

HELOÍSA STRAZZER VILAS BÔAS

ANÁLISE DO TERRITÓRIO:
UM INSTRUMENTO INTERVENTIVO NA PRÁTICA
DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

MESTRADO EM SERVIÇO SOCIAL

PUC/SP
SÃO PAULO
2007

HELOÍSA STRAZZER VILAS BÔAS

ANÁLISE DO TERRITÓRIO:
UM INSTRUMENTO INTERVENTIVO NA PRÁTICA DO
PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

MESTRADO: Dissertação apresentada à
Banca Examinadora da Pontifícia Universidade
Católica de São Paulo, como exigência parcial
para obtenção do título de Mestre em Serviço
Social, sob orientação da Prof^ª. Dra. Regina
Maria Giffoni Marsiglia.

PUC/SP
SÃO PAULO
2007

Agradecimentos

Primeiramente a Deus, por ter proporcionado condições intelectuais, físicas, mentais e psicológicas para que eu pudesse desenvolver este trabalho.

Depois, ao meu marido Marco Antônio, pelo apoio, compreensão e companheirismo demonstrados ao longo de todo este caminho percorrido.

Assim como também, aos meus três filhos, Henrique, Ivan e Larissa, pelo incentivo, paciência e dedicação, cada um tendo participado ativamente desta conquista, extensivo à minha nora Carolina e ao meu futuro genro Mateus, que também com suas colaborações no entendimento e discussão do trabalho participaram deste feito.

Ainda à minha primeira e única neta Laura, por ser fonte de estímulo permanente.

Aos meus pais, pela semente plantada da sede do conhecimento.

À professora Dra. Maria Lúcia Martinelli, que desencadeou essa história, despertando o desejo do retorno à academia.

À minha amiga Denise Cristina Guelfi, pelo exemplo e contribuições preciosas que acabou por tornar real o que parecia só um sonho impossível.

À minha ex-chefe Lídia Batista Colombani, pela insistência inicial em mostrar que era possível.

À minha orientadora Professora Dra. Regina Maria Giffoni Marsiglia, pela sábia condução deste trabalho.

À minha professora de Inglês e amiga Paula, pelo ânimo constante na continuidade desta conquista.

A todos os professores, por compartilharem seus conhecimentos e dividirem momentos ricos e determinantes.

A outros tantos amigos que direta ou indiretamente apoiaram, técnica ou afetivamente esta construção, incluindo aqui as coordenadoras do Programa de Saúde da Família e suas equipes dos municípios de Jacareí, Jambéiro e Caraguatatuba, que tão prontamente aceitaram participar da pesquisa.

Ao CAPS, pela bolsa concedida sem a qual seria inviável a realização deste estudo.

Creio que é uma bênção chegar até aqui com tantos para agradecer e com a certeza de ter transformado um sonho em realidade concreta. Encontrar forças para não desistir é um constante desafio, que uma vez vencido, leva-nos à plenitude. Nada pode se comparar à alegria da conquista de um objetivo.

“A melhor maneira que nós temos de pensar mais ou menos certo é pensar a prática e saber que esta prática não é individual, mas social”.

Paulo Freire

Índice

Resumo	7
Abstract.....	8
Introdução.....	9
O Programa de Saúde da Família - PSF.....	10
Metodologia	22
Capítulo 1 - O Território	25
Capítulo 2 - Caracterização dos municípios	37
2.1 Município de Jacareí	40
2.2 Município de Jambeiro:	48
2.3 Município de Caraguatatuba	54
2.4 Considerações comparativas	60
Capítulo 3 - Entrevistas e Grupos focais.....	62
3.1 Município de Jacareí - Entrevista com a coordenadora do <i>PSF</i>	62
3.2 Município de Jacareí - Grupo Focal	71
3.3 Município de Jambeiro - Entrevista com a Coordenadora do <i>PSF</i>	78
3.4 Município de Jambeiro - Grupo Focal.....	89
3.5 Município de Caraguatatuba - Entrevista com a Coordenadora do <i>PSF</i>	97
3.6 Município de Caraguatatuba - Grupo Focal.....	103
3.7 Semelhanças/Diferenças entre entrevistados/Grupos Focais dos três municípios	111
Conclusão.....	113
Bibliografia.....	119
Anexos	124
Carta de solicitação para a pesquisa de campo nos municípios:	124
Roteiro da Entrevista	125
Roteiro do Grupo Focal	125

Resumo

O objetivo deste trabalho foi levantar a importância que o conceito de território tem entre as equipes do Programa de Saúde de Família – *PSF*, para que se converta num instrumento de diagnóstico e intervenção eficaz. O Ministério da Saúde reconhece a relevância do conceito de território como instrumento de trabalho, desde a criação do *PSF*, em 1994. No entanto, percebe-se que, embora haja uma abordagem do conceito nas capacitações das equipes, ele não é utilizado como algo essencial para a prática das equipes de *PSF*. A metodologia desta pesquisa buscou captar as dimensões teórico-práticas do conceito de território. Somou-se à análise bibliográfica e documental, entrevistas com as coordenações do Programa de Saúde da Família e Grupos Focais com as equipes do *PSF* de três municípios pertencentes à Diretoria Regional de Saúde XXI – *DIRXXI* do Estado de São Paulo: Jacareí, Jambuí e Caraguatatuba. Independentemente das diferenças demográficas, sociais e de saúde locais, que implicam em diferentes necessidades, as equipes reconheceram que a questão do território como instrumento de trabalho fez parte da capacitação inicial que receberam. No entanto, na prática, constatou-se que o conceito de território, além de não ser bem compreendido, não foi atualizado, nem reforçado nas supervisões que as equipes receberam posteriormente. Isto tem levado, entre outras coisas, ao bloqueio da criatividade das equipes, ao uso insuficiente dos recursos disponíveis, a sua não responsabilização pelos problemas de saúde e famílias da área, ao não estabelecimento das parcerias necessárias com as outras políticas públicas, e à falta de mobilização das forças locais. Enfim, um prejuízo considerável para a saúde da população e empobrecimento das diretrizes do *PSF* na prática.

Abstract

This work objective is to detect the importance of the concept of territory between the teams of the Programa de Saúde da Família – *PSF* (Family Health Program), in order it becomes an effective diagnosis and intervention tool. Brazilian Ministry of Health recognizes the relevance of the concept of territory as a work instrument since the *PSF* was created in 1994. However, it is perceptible that, despite the concept appearing in the training of the *PSF* teams, it is not used as an essential in the practice. The research methodology intended to apprehend the theoretical and practical dimensions of the concept of territory. To the bibliographic and document analysis it was added interviews with the coordinators of the Programa de Saúde da Família and focal groups with the *PSF* teams of three cities belonging to the Diretoria Regional de Saúde XXI – *DIRXXI* (Health Regional Branch XXI) of the State of São Paulo: Jacareí, Jambéiro e Caraguatatuba. Regardless the demographic, social and local health differences, which imply different needs, the teams recognized that the question of the territory as work instrument was part of the initial given training. However, in practice, it was noticed that the concept of territory, beyond not being well understood, it was neither up to date nor it was reinforced in late supervisions. This leads, among others, to a block of the teams' creativity, to an incomplete use of the available resources, to not felling responsible for the health problems and for the families in the area, to not establishing needed partnerships with others public policies, and to a lack of mobilization of local forces. In short, a considerable loss for the population health and the impoverishment of the guidelines of the *PSF* in the practice.

Introdução

Desde a redemocratização do Estado brasileiro, consolidada com a promulgação da Constituição Federal de 1988, há a perspectiva de se construir um modelo eficaz de atenção à saúde, baseado nos princípios de promoção, proteção, diagnóstico precoce e tratamento.

O eixo central deste trabalho é analisar uma das concretizações dessa perspectiva que é a atuação das equipes do Programa de Saúde da Família – *PSF* e o uso que fazem do conceito de “território” como instrumento de trabalho em suas áreas de abrangência.

O objetivo principal foi compreender como o conceito de território foi trabalhado na literatura em geral e na documentação específica de saúde, bem como ele aparece na prática das equipes do *PSF*, que trabalham com as diferentes necessidades da população que residem em uma mesma área. Secundariamente, refletir como lidar com essas diferenças e como o conceito de território, se empregado na prática das equipes do *PSF*, poderia apresentar alternativas que levem tanto a melhoria na qualidade de vida da população, quanto sua inclusão social.

Cada município é único em sua estrutura, sua origem, e na sua relação com outros. Assim também o são as micro-regiões das áreas de atuação de cada equipe do *PSF*, pelas quais são responsáveis em termos de saúde.

Partiu-se da hipótese de que o uso do conceito de território pode contribuir para o planejamento e tomada de decisões na atuação diária das equipes de saúde, permitindo que se tornem mais assertivas e aumentem o controle e a prevenção das doenças na população dessa área. Com isso, há uma possibilidade real de uma atenção mais equitativa à saúde.

Este trabalho é um desdobramento de minha experiência profissional. Em 23 anos de carreira pública, prestando atendimento psicológico nas Unidades Básicas de Saúde da Prefeitura Municipal e do Estado de São Paulo, foram inúmeras as situações nas quais a saúde mental era comprometida por condições precárias de vida, exigindo uma abordagem mais abrangente para um atendimento completo. Não bastava ser psicóloga, era preciso alcançar também a perspectiva social.

A oportunidade de aprofundar o tema surgiu ao trabalhar com as equipes do *PSF* dos doze municípios sob coordenação da *DIR XXI* da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, em São José dos Campos. Trabalhando diretamente com a capacitação das equipes para o *PSF*, constatou-se que o conceito de território não estava sendo utilizado plenamente e desejou-se despertar essa necessidade, enfatizando seus benefícios.

O Programa de Saúde da Família - PSF

O *PSF*, desde sua implantação em 1994, reconhece a importância do território e indica sua análise, apoiando um modelo de atuação local para as equipes. Isso é repisado nos documentos oficiais, principalmente em “*Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial* – Diretrizes para o PSF”.

No Brasil, segundo autores (NOVAES e outros, 1998), o *PSF* sofreu influência de três propostas: Medicina da Família, Medicina Comunitária e Atenção Básica em Saúde.

A Medicina da Família foi um movimento da escola médica, que se configurava em uma prática de saúde com uma visão mais ampla do indivíduo. Surgiu nas décadas de 60 e 70 e denominou-se Medicina da Família. Ocorreu em resposta à crescente especialização na medicina que, ao mesmo tempo em que

impulsionava extraordinários avanços em diversos campos, apresentava como efeitos colaterais um grave dano na relação médico-paciente.

Com a evolução dos métodos de tratamento e diagnóstico, houve um encarecimento progressivo da atenção médica, atribuído a uma falta de racionalidade no uso das novas tecnologias, o que ocasionou efeitos desastrosos, principalmente nos países subdesenvolvidos. Assim, a Medicina da Família, ao ser mais voltada para o indivíduo, também tinha uma preocupação de ordem econômica.

A Medicina Comunitária surgiu nos anos 60, nos Estados Unidos, como alternativa aos altos custos dos serviços médicos. Baseava-se na necessidade de integração dos marginalizados da sociedade americana, valorizando as ações coletivas de promoção e proteção a saúde, com referência a um determinado território. O principal problema verificado na Medicina Comunitária é que, mesmo voltada para a comunidade e propondo o trabalho em equipes multiprofissionais, o processo continuava centrado no médico e em suas decisões para o tratamento. Assim, os altos custos referentes a exames e intervenções médicas não eram resolvidos pela Medicina Comunitária, que se encontrava em estágio de estagnação quando a Organização Mundial de Saúde convocou a Conferência Internacional de Alma Ata, em 1978, com o tema central de “Cuidados Primários em Saúde”.

Alma Ata propõe um novo paradigma para a assistência a saúde e abre com o reconhecimento da enorme desigualdade existente entre os países desenvolvidos e os em desenvolvimento. Coloca os cuidados primários em saúde como a grande saída para os problemas do setor, buscando métodos e uma tecnologia viável e socialmente aceitável para garantir um acesso universal aos indivíduos. A proposta deixa claro uma forma de assistir a população com procedimentos coletivos e de baixo custo e aposta no trabalho em equipe como alternativa ao trabalho centrado no médico.

No entanto, na prática, o modelo de atendimento centrado no médico mantinha-se hegemônico. Considerando a complexidade dos problemas de saúde, a proposta se mostra impotente para alterar o modelo assistencial.

Apesar destas propostas alternativas, o que se verifica é que tanto a Medicina de Família, como a Medicina Comunitária e os Cuidados Primários em Saúde não conseguiram alterar o quadro na prestação de serviços assistenciais de saúde.

O *PSF* também aparece como estratégia para mudança do modelo hegemônico. Inicialmente, o Sistema Único de Saúde (*SUS*), regulamentado pelas Leis Orgânicas 8.080 e 8.142 de 1990, materializou o princípio constitucional de que o acesso universal à saúde é um direito público a ser garantido pelo Estado. O primeiro nível dessa universalização é a Atenção Básica, estratégia prioritária para a reorganização da atenção à saúde. Parte da avaliação consensual dos altos custos dos sistemas de saúde, centrados apenas em níveis secundários e terciários de atenção, incompatíveis com as possibilidades de financiamentos do Estado.

Em continuidade, alguns elementos levaram à criação, em 1994, do *PSF*, como uma estratégia de atenção básica. O Ministério da Saúde reconheceu a dificuldade da integração dos serviços de saúde no cotidiano das pessoas, a desqualificação do profissional, a ineficiência do setor, a crise do modelo assistencial e a insatisfação da população, entre outros.

Dentre os pontos principais da proposta do *PSF*, destacam-se:

- *cada equipe básica do PSF seria responsável pela cobertura de uma área geográfica onde habitassem de 800 a 1000 famílias. Este critério poderia ser alterado, em função das condições de acesso e da densidade demográfica do município;*

- *as equipes do PSF seriam compostas por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e quatro agentes de saúde. A estrutura das equipes poderia ser modificada de acordo com a realidade local.*
- *a equipe do PSF deveria residir na comunidade onde iria atuar e trabalhar em regime de dedicação exclusiva. Posteriormente, tendo em vista as dificuldades, esse critério de residência ficou como obrigatório apenas para o agente comunitário de saúde;*
- *cada pessoa da família receberia atenção integral da equipe do PSF, independentemente da idade e do estado de saúde. As equipes seriam responsáveis pela execução de ações para prevenção e controle da incidência de doenças;*
- *o PSF seria a porta de entrada ao Sistema de Saúde em todas as localidades onde estivesse implantado;*
- *o controle da qualidade de serviços prestados pelo PSF e a avaliação do desempenho do profissional da saúde seriam exercidos por grupos de supervisão, pelos Conselhos de Saúde, e pelas comunidades atendidas. (SILVA, Joana Azevedo e DALMASO, Ana Sílvia W. “Agente Comunitário de Saúde: o ser, o saber, o fazer”. Rio de Janeiro, Ed. FioCruz, 2002. pp.57-58).*

Uma das grandes inovações do Programa é a criação de um elo entre o profissional de saúde e a população pela introdução da função de agente comunitário de saúde (ACS). Este profissional é selecionado entre os habitantes do espaço geográfico a ser atendido. Com a proximidade, espera-se um melhor reconhecimento das condições de vida para que as ações propostas sejam as

mais adequadas às necessidades do local, privilegiando áreas de maior exclusão social.

Dentre as atribuições específicas do ACS, destaca-se:

- *Realizar mapeamento de sua área de atuação;*
- *Cadastrar e atualizar as famílias de sua área;*
- *Identificar indivíduos e famílias expostos a situações de risco;*
- *Realizar, através de visita domiciliar, acompanhamento mensal de todas as famílias sob sua responsabilidade; (As visitas domiciliares são compulsórias e apresentadas como o grande trunfo do Programa, para mudar o modelo de assistência);*
- *Coletar dados para análise da situação das famílias acompanhadas;*
- *Desenvolver ações básicas de saúde nas áreas de atenção à criança, à mulher, ao adolescente, ao trabalhador e ao idoso, com ênfase na promoção da saúde e prevenção de doenças;*
- *Promover educação em saúde e mobilização comunitária, visando uma melhor qualidade de vida mediante ações de saneamento e melhorias do meio ambiente;*
- *Incentivar a formação de conselhos locais de saúde;*
- *Orientar as famílias para a utilização adequada dos serviços de saúde;*

- *Informar os demais membros da equipe de saúde acerca da dinâmica social da comunidade, suas disponibilidades e necessidades;*
- *Participar do processo de programação e planejamento local das ações relativas ao território de abrangência da unidade de Saúde da Família, com vistas à superação dos problemas identificados.* (Ministério da Saúde, 1997, pp.17-18).

Apesar do grande número de atribuições do ACS e de seu papel fundamental para o *PSF* não se trata de uma profissão legalmente reconhecida. Só doze anos depois do início do Programa, em novembro de 2006, o Ministério da Saúde iniciou a capacitação dos ACSs em exercício, para transformá-los em técnicos.

Como se percebe, a atenção está centrada na família, no ambiente em que vive, o que possibilita às equipes uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e das necessidades de intervenção que vão além de práticas curativas.

O novo formato da assistência proposto no âmbito do *PSF* é focado na localização do espaço territorial, o que delimita a área de responsabilização de determinada equipe e é o *locus* operacional do Programa.

O *PSF* representa uma mudança no paradigma assistencial, passando de um eixo curativo para o preventivo, da ação monosetorial para a intersetorial, da exclusão para a universalidade. Portanto, necessita de estratégias multidimensionais, envolvendo recursos diversificados, que localizem não só as famílias e os agentes comunitários de saúde, mas, principalmente, o intercâmbio entre eles. A escuta qualificada do problema de saúde, atendida pela equipe de forma singular e individualizada, levará a um acolhimento pleno, à criação de laços

de compromisso e de co-responsabilidade entre os profissionais de saúde e a população.

É de se esperar que uma interação mais intensa entre agentes de saúde e famílias produza modificações no próprio contexto familiar.

Reconhece-se, portanto, seus referenciais de natureza epidemiológica: a base territorial, a adscrição da população, o planejamento e a programação local, a oferta organizada de ações, a perspectiva da intersetorialidade e o princípio da integralidade.

O *PSF* traz como determinante para a intervenção em saúde o fato de que neste setor o trabalho humano é fundamental e insubstituível. Os pequenos atos do cotidiano dão perfil novo à assistência, quando articulados entre trabalhadores e usuários, numa dada situação onde um e outro colocam-se como sujeitos de um mesmo processo, o da produção da saúde.

Como coloca MENDES:

“[...] é da inter-relação dos diversos autores em situação num determinado território que se poderá dar uma negociação de um projeto de saúde, sobre as formas para desenvolvê-lo e sobre os compromissos e responsabilidades, a assumir para atingir os objetivos estabelecidos”. (MENDES, 1999, p.140)

Além do vínculo, a territorialização é outra idéia nuclear à proposta do *PSF*, ou seja, o espaço territorial deve ser o lugar de ações para conservação da saúde da população.

Em uma perspectiva mais geral, o *PSF* pretende, de um lado, responder a uma maior atuação intersetorial do Sistema de Saúde, para aumentar

a equidade social, e de outro, introduzir uma maior racionalidade técnica e financeira no Sistema de Saúde, para aumentar a efetividade da atenção primária e propiciar uma utilização mais adequada dos níveis secundários e terciários.

Como em saúde estão presentes problemas complexos, para resolvê-los, não se pode esquecer que a produção de saúde requer intervenções singulares, a partir de problemas específicos que se apresentam. Para regiões com baixa cobertura assistencial e populações muito pobres, o *PSF* constitui uma alternativa decisiva na atenção à saúde.

Para citar apenas um exemplo da efetividade do *PSF* na redução da mortalidade infantil, uma pesquisa inédita feita pelo Ministério da Saúde, intitulada *Uma Avaliação do Impacto do PSF na Mortalidade Infantil*, demonstrou que houve um declínio da taxa de mortalidade infantil (mortes em menores de 1 ano) no Brasil. Em 1990, registrava-se 49,7 mortes para cada 1000 crianças nascidas vivas; em 2002, a taxa caiu para 28,7; uma redução de mais de 40% (Erno H. e Airton Stein – Jan/Fev/2006).

Embora a redução não seja unicamente atribuível à implantação do *PSF*, havendo outros indicadores a serem considerados, como saneamento, renda, escolaridade materna, número de médicos, enfermeiros e leitos hospitalares, os autores MACINKO, GUANAIS e SOUZA (2006) revelaram a importante contribuição do *PSF* no descenso da mortalidade infantil no país. Estimam que um aumento de 10% na cobertura do *PSF* poderia levar a um decréscimo de 4,5% na mortalidade infantil. Portanto, é de essencial importância que se dê ênfase a continuidade dos treinamentos dos profissionais, para que se possam atingir níveis ideais em todos os indicadores de saúde.

Como coloca Mendes:

“[...] Há que se implementar o PSF, tornando-o mais resolutivo, mais eficaz, mais eficiente e mais humanizado” (MENDES, 1999, pp.66/67).

Quando da criação do *PSF*, no primeiro documento do Ministério da Saúde, denominado *“Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial – Diretrizes para o PSF”*, de 1997, ao se referir à adscrição da clientela (p.11), enfatiza o uso do conceito do território como instrumento de trabalho das equipes de saúde.

“A unidade de Saúde da Família deve trabalhar com a definição de um território de abrangência, que significa a área sob sua responsabilidade”.

Quando coloca sobre o cadastramento (p.12), mais uma vez, reforça o uso do conceito de território:

“As equipes de saúde deverão realizar o cadastramento das famílias através de visitas aos domicílios, segundo a definição da área territorial pré-estabelecida para a adscrição.

Nesse processo, serão identificados os componentes familiares, a morbidade referida, as condições de moradia, saneamento e condições ambientais das áreas onde essas famílias estão inseridas. Essa etapa inicia o vínculo da unidade de saúde/equipe com a comunidade, a qual é informada da oferta de serviços disponíveis e dos locais, dentro do sistema de saúde, que, prioritariamente, deverão ser a sua referência.

A partir da análise da situação de saúde local e de seus determinantes, os profissionais e gestores possuirão os dados iniciais necessários para o efetivo planejamento das ações a serem desenvolvidas. O cadastramento possibilitará que, além das demandas específicas do setor saúde, sejam identificadas outros determinantes para o desencadeamento de ações das demais áreas da gestão municipal, visando contribuir para uma melhor qualidade de vida da população”.

E ainda complementa na p. 19:

“Para planejar e organizar adequadamente as ações de saúde, a equipe deve realizar o cadastramento das famílias das áreas de abrangência e levantar indicadores epidemiológicos e sócio-econômicos. Além das informações que compõem o cadastramento das famílias, deverão ser também utilizadas, as diversas fontes de informação que possibilitem melhor identificação da área trabalhada, sobretudo as oficiais, como dados do IBGE, cartórios e secretarias de saúde.

Igualmente, devem ser valorizadas fontes qualitativas e de informações da própria comunidade.

Para planejar localmente, faz-se necessário considerar tanto quem planeja como para quê e para quem se planeja. Em primeiro lugar, é preciso conhecer as necessidades da população, identificadas a partir do diagnóstico realizado e do permanente acompanhamento das famílias adscritas.

O pressuposto básico do PSF é o de que quem planeja deve estar imerso na realidade sobre a qual se

planeja. Além disso, o processo de planejamento deve ser pensado como um todo e direcionado à resolução dos problemas identificados no território de responsabilidade da unidade de saúde, visando a melhoria progressiva das condições de saúde e de qualidade de vida da população assistida”.

O aumento da eficácia do *PSF* exige a constante avaliação e revisão de suas práticas. O Ministério da Saúde na recente Portaria Ministerial nº 648 de 28/03/2006, estabelece a revisão das diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o *PSF* e *PACS*.

A Portaria define as competências das Secretarias Estaduais de Saúde no processo de reorientação do modelo de Atenção Básica, estimulando a estratégia de Saúde da Família como prioritária para sua organização dentro dos princípios do *SUS*.

No capítulo 2, título 4 (*Do Processo de Trabalho da Saúde da Família*), o documento refere-se, especificamente, ao território no itens I e II:

“I - Manter atualizado o cadastramento das famílias e dos indivíduos e utilizar, de forma sistemática, os dados para a análise da situação de saúde, considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território”.

“II - Definição precisa do território de atuação, mapeamento e reconhecimento da área adstrita, que compreenda o segmento populacional determinado, com atualização contínua”.

A Portaria reforça a importância da análise do território, enquanto recurso que auxilia significativamente a tomada de decisões e atuação das

Equipes de Saúde da Família, contribuindo para um contínuo planejamento e replanejamento de ações de controle e prevenção de doenças que levam ao encontro de resultados eqüitativos nos territórios que vivem as populações.

Metodologia

O desenvolvimento deste trabalho deu-se em três etapas e os resultados de cada uma constituem os seus capítulos.

1. Análise bibliográfica e documental
2. Levantamento dos dados dos municípios
3. Entrevistas com coordenadores do *PSF* e Grupos Focais com equipes do *PSF*.

Capítulo 1

Inicialmente, buscou-se fundamentação teórica em vários autores que já haviam comprovado o impacto resultante da utilização do conceito de território plenamente explorado e nos documentos oficiais.

Apresentam-se os conceitos de território no debate teórico e sua incorporação na área de saúde pública, há várias décadas. Posteriormente, nos anos 90, coloca-se o uso do conceito de território como instrumento de trabalho no *PSF* pelo Ministério da Saúde e sua reafirmação no documento Política Nacional de Atenção Básica –Série Pactos pela saúde -2006.

Capítulo 2

Para o estudo em questão do universo dos doze municípios pertencentes à *DIRXXI*, elegeram-se três, um industrial - Jacareí, outro rural - Jambuí e outro turístico – Caraguatatuba. A escolha destes municípios levou em consideração também, as facilidades de acesso e a disponibilidade para que a pesquisa de campo fosse desenvolvida.

Apresenta-se uma caracterização preliminar destes três municípios apontando as características demográficas, sociais, as condições de saúde e dos serviços locais, em cada um dos municípios escolhidos.

Capítulo 3

Apresenta-se especialmente a história de implantação do *PSF*, opiniões, percepções, bem como o funcionamento do *PSF* no cotidiano das equipes dos municípios estudados, procurando conhecer a importância atribuída ao conceito de território nas práticas das equipes do *PSF*. Para tanto, recorreu-se a entrevistas com os coordenadores do *PSF* nos três municípios e a sessões de Grupos Focais com uma equipe do *PSF* de cada município. (Roteiros das entrevistas e Grupos Focais em anexo).

Optou-se por utilizar a entrevista semi-estruturada, espécie da conversação de natureza profissional que, na concepção de Marconi e Lakatos:

“É uma forma de poder explorar mais amplamente uma questão. Em geral, as perguntas são abertas e podem ser respondidas dentro de uma conversação informal. Na modalidade focalizada há um roteiro de tópicos relativos ao problema que se vai estudar”.

(MARCONI e LAKATOS, p. 94)

Estas entrevistas foram marcadas com bastante antecedência pelo Programa de Estudos Pós-Graduados em Serviço Social, após uma carta para os Secretários de Saúde dos três municípios, que autorizaram os coordenadores do *PSF* a atender a solicitação. Em seguida, eles deveriam indicar as equipes, que seriam compostas com representantes de todas as categorias profissionais, para a realização dos Grupos Focais. As entrevistas durariam, em média, uma hora, e os Grupos Focais, uma hora e meia.

O Grupo Focal:

“Permite fazer emergir uma multiplicidade de pontos de vista e processos emocionais pelo próprio contexto de interação criado, permitindo a captação de significados que, com outros meios, poderiam ser difíceis de se manifestar” (GATTI, 2005, p. 09).

Em Jacareí, a coordenadora destacou para participar do grupo a equipe da Unidade do *PSF* mais distante do centro, por entender que a análise posterior seria mais rica. Como Jambéiro só tem uma equipe, a coordenadora permitiu a participação de todos, com exceção de algumas *ACS*s envolvidas em outras atividades do dia. Já em Caraguatatuba, pela impossibilidade da coordenadora atender a solicitação, esta indicou uma enfermeira para substituí-la. Nessa situação, o médico da equipe, bem como a auxiliar de enfermagem, estavam em atendimento no dia, portanto, participaram a própria enfermeira e seus agentes comunitários de saúde. Como as informações foram suficientes e satisfatórias, entendeu-se não ser necessário agendar um novo encontro.

Tanto as entrevistas, como os Grupos Focais, foram gravados com prévia autorização dos participantes. A análise do conteúdo ocorreu através de transcrição pessoal da gravação para que se mantivesse a fidedignidade das entrevistas e dos Grupos Focais

Por fim, segue a conclusão, que busca concatenar a literatura específica com o material recolhido na pesquisa qualitativa com as equipes do *PSF*.

Capítulo 1 - O Território

A grande complexidade do território é evidente. Com o objetivo de fornecer ao leitor um ponto de partida, inicia-se esta discussão com a definição do termo *território* apresentada em Caldas Aulete (1968):

Território:

- *Área ou região ocupada por um país, província, cidade, vila, etc.*
- *Circuito que abrange a jurisdição de uma autoridade, comarca.*
- *Praça, ou praças em que uma empresa, um agente, um viajante, exerce a sua atividade.*

A primeira percepção é a do território como conceito geográfico físico. Entretanto, o principal elemento deste conceito para a análise em foco é o humano; não o espaço em si, mas o uso que os indivíduos fazem deste espaço. O que se pretende neste trabalho é entendê-lo como instrumento de intervenção social na saúde.

Essa percepção é compartilhada por diversos autores:

“O território é o cenário estabelecido por atores sociais no desenvolvimento de um processo em que problemas de saúde se confrontam com serviços prestados e onde necessidades cobram ações. Representa muito mais que uma superfície geográfica, tendo um perfil demográfico, epidemiológico, administrativo, tecnológico, político e social que o caracteriza e se expressa em um território em permanente construção” (UNGLERT, 1999, p.222).

“É produto de uma dinâmica social onde se tensionam sujeitos sociais postos na arena política. Uma vez que estas tensões são permanentes, o território nunca está acabado, mas ao contrário, como já dito, em constante construção e reconstrução”. (MENDES, 1999, p.166).

“Uma definição consensual, à primeira vista, parece tarefa quase impossível dada à heterogeneidade de concepções percorridas. Referências como ‘lugar’, ‘espaço’, ‘pedaço’, também são utilizadas no contexto de território”. (KOGA, 2003 p. 34).

“A noção de território se constrói a partir da relação entre o território e as pessoas que dele se utilizam. Ele só se torna um conceito utilizável para a análise social quando o consideramos a partir do seu uso, a partir do momento em que o pensamos juntamente com aqueles atores que dele se utilizam”. (SANTOS, 2000, p. 22).

“O território mostra todos os movimentos da sociedade. Reúne pessoas das mais diversas origens, dos mais diversos níveis de instrução, de riqueza, de entendimento. Portanto, o território e o povo são realidades indissoluvelmente relacionadas. A vizinhança obriga as pessoas a se compararem e a se perguntarem sobre as suas diferenças. Há uma enorme riqueza de perspectivas”. (SANTOS, 2000, p. 52).

O conhecimento do território socialmente utilizado é um forte elo na corrente que segura os sujeitos sociais expostos a toda espécie de necessidade na dinâmica de suas relações diárias. *“E como precisamos compreender para poder transformar”* (SANTOS, 2000, p.07), queremos priorizar

nesta reflexão alguns elementos básicos, entre tantos presentes no território: acessibilidade, eqüidade, estratégias de planejamento, vulnerabilidade e movimentos sociais.

Acessibilidade

O acesso é o primeiro elemento que se destaca, uma vez que as desigualdades a que a população do mesmo local está submetida não permitem que todos tenham condições na busca dos serviços de saúde. Os recursos não conseguem atender a demanda, pois esta é muito heterogênea.

“O sistema institucional de saúde, na prática diária, apresenta dificuldades que impedem a satisfação das necessidades de assistência à saúde da totalidade da população. Um dos fatores que contribuem para essa situação é a inacessibilidade de numerosos grupos da população aos serviços de saúde. (...) A oferta de serviços não depende da simples existência dos mesmos. A acessibilidade deve ser considerada sob diversas abordagens, quais sejam, a geográfica, a cultural, a econômica e a funcional. (...) O grau de acesso real aos serviços de saúde depende da distância que se deve percorrer para obtê-los, do tempo que leva a viagem e o do seu custo. (...) A definição do que seja ‘acessível’ deve ser adaptada a cada realidade e a cada região. (...) A acessibilidade dos serviços de saúde é um fator de fundamental importância para que a eqüidade seja concretizada” (UNGLERT, 1987, pp. 439 e 445).

KOGA enfatiza a necessidade “dos sujeitos estabelecerem uma sintonia, uma conjugação, com o território, pois ninguém melhor do que eles para conhecer o que é necessário para a satisfação das necessidades que apresentam” (KOGA, 2003, p.247).

E também verificamos em SANTOS, que:

“As diferenças estruturais precisam ser avaliadas para que as ações tenham valor diferenciado dentro do todo e o acesso possa ser garantido”. (SANTOS, 2000, p.122).

Eqüidade

A eqüidade é um elemento de justiça social, imprescindível para o sucesso das ações interventivas. O território não é homogêneo. Necessidades diferentes necessitam ser abordadas diferentemente. Se não forem utilizadas providências diversificadas não se atingirá o resultado desejado para todos de um mesmo local. Como exemplo, se em um mesmo espaço de atuação há trechos devidamente saneados e outros com esgoto a céu aberto, não se pode querer que medidas preventivas que ignorem essa diferença dêem o mesmo resultado.

Para que a eqüidade seja caracterizada, todos os “pedaços” necessitam ter suas necessidades consideradas individualmente para um resultado igual. Esse resultado eqüitativo, tão buscado, requer um intenso planejamento de ações, envolvimento das políticas públicas locais e decisões integradas no estabelecimento de prioridades.

Segundo UNGLERT, a eqüidade é:

“Disposição de reconhecer igualmente o direito de cada um, como se fosse sinônimo de igualdade. (...) A eqüidade é a igualdade no acesso à saúde e deve ser provida como um direito de todo cidadão. (...) Portanto, a eqüidade em saúde é perseguida não só através de modelos propostos no nível central, mas reconhecendo-

se as desigualdades existentes e através de ações de saúde específicas”. (UNGLERT, 1987. pp. 440 e 445).

Reciprocamente, KOGA e SPOSATI observaram que:

“O sofrimento interfere diretamente nas capacidades humanas e torna-se uma medida de desigualdade social quando é possível observar que algumas coletividades sofrem mais que outras. (...) Diante de padrões tão desiguais, aponta-se na possibilidade de se referenciar um padrão básico para todos os cidadãos de um mesmo território. É sobre o chão cotidiano que se encontra o desafio, para além da constatação das desigualdades, parte para pensar sobre estratégias de armas políticas públicas voltadas para a inclusão social e para a justiça social. (...) Considerar as diferenças internas de um mesmo território e conseqüentemente elencar prioridades diferenciadas, seguindo as necessidades da cada população” (KOGA, 2003, pp. 234 e 245).

“O território é considerado como acidente de percurso, não como condição efetiva e real de distribuição de acessos à riqueza e às condições de vida de uma população. Essa releitura é necessária para uma cidade que se quer cidade por ter qualidade de vida e inclusão em todos os seus pedaços. Uma cidade que se quer justa com todos” (SPOSATI, 2001, p. 135).

Estratégias de Planejamento

Consideradas a acessibilidade e a equidade como princípios, passa-se às estratégias de planejamento como meio para alcançá-los.

“(...) quando se incursiona nas técnicas de planejamento propostas, acaba-se defrontando com modelos teóricos que nem sempre podem apresentar-se como adequados a distintas realidades locais. (...) Surgem questões como a heterogeneidade, tanto da distribuição geográfica da população quanto de características dessa mesma população; o que acaba por conduzir o planejador a se deter na análise de conceitos fundamentais, de acessibilidade e de equidade, para a realização concreta que é objeto do seu estudo. (...) O planejamento efetuado precisa partir da realidade específica de cada local, das características de cada área e do confronto entre seus problemas e recursos de saúde, considerando suas peculiaridades. (...) Qualquer modelo técnico que não leve em conta esses fatores está fadado ao insucesso” (UNGLERT, 1990, pp. 445-446).

Além das estratégias de planejamento, a integração das políticas é uma preocupação complementar. KOGA deixou bem explícita como essa é uma questão de vontade política:

“(...) a leitura sobre o território vem acompanhada de forte teor político, isto é, de vontade política de se fazer valer a diversidade e a inter-relação das políticas locais. (...) Não bastam referências detalhadas ou fotografias generalistas que demonstrem as características de cada território. (...) A possibilidade de construir parâmetros objetivos de aferição, e ao mesmo tempo de comparação entre os territórios poderá contribuir para um desenho mais concreto das políticas da cidade. (...) A intervenção das políticas públicas deveria estar atenta não só às condições individuais de vida das pessoas, mas também às construções de relações acumuladas na coletividade. Significa um novo olhar sobre a população e o território.

(...) O lócus, o habitat, deve ser foco da ação pública. (...) O território merece ser considerado como um novo elemento nas políticas públicas. (...) Uma busca de toda a sociedade para quebra de muros, os quais separam, discriminam e distanciam cidadãos de um mesmo lugar. (...) Políticas públicas tendem a uma normalização ou a uma descrição de um tipo ideal que não é de fato real” (KOGA, 2003, pp. 241, 243 e 259).

O conteúdo político que contamina a discussão sobre as estratégias de planejamento é também preocupação de SANTOS:

“Como introduzir o território nas políticas de forma menos aleatória, voluntária ou oportunista?” (SANTOS, 2000, p. 121).

A politização do problema decorre de um cenário com problemas graves como, por exemplo, falta de saneamento, condições precárias de moradia, doenças crônicas e desemprego. Assim, as estratégias de planejamento da intervenção em saúde não podem se esgotar no seu próprio tema, devendo ser sensíveis às necessidade de outras políticas públicas para transformar um quadro de sérias desigualdades sociais.

Vulnerabilidade

Uma população que convive, em um mesmo território, com graus de risco diferentes exige que a equipe de saúde esteja preparada para privilegiar os mais vulneráveis.

“Existem grupos desfavorecidos que não têm acesso a nenhuma forma permanente de atenção à saúde. Esses grupos, localizados principalmente nas zonas

rurais e nos bairros periféricos, representam uma parcela bastante significativa, cujos riscos de agravos à saúde os tornam muito mais vulneráveis". (UNGLERT, 1980, p.23).

A vulnerabilidade é precisamente definida por SANTOS:

"A vulnerabilidade diz respeito preponderantemente às situações de vida das pessoas nas suas relações com as condições imperativas de vida. Ou seja, uma mesma condição de risco pode atingir diferentes setores de uma cidade, mas dentre estes, alguns se encontram mais vulneráveis a tal risco que outros. (...) Partindo dessa idéia, depreendemos as diferenças estruturais e avaliamos o valor diferenciado das diversas ações dentro do todo". (SANTOS, 2000, p.122).

Movimentos sociais

Como a intervenção na saúde esbarra em um contexto de necessidades muito mais amplo, a comunidade local se une para articular propostas de enfrentamento das questões levantadas. A ação das equipes do *PSF* devem se beneficiar dos movimentos populares estabelecidos.

Os movimentos sociais se apresentam como uma alternativa de integração viável, desde que encaminhados sem violência e apatia e organizados estrategicamente. Essencialmente, a mobilização da comunidade deve ser um forte aliado na sensibilização das políticas públicas.

Segundo UNGLERT os movimentos sociais são:

“Forte organização espontânea de comunidades que se expressam como ‘movimentos de bairros’ em torno de questões que lhes são fundamentais, como moradia, educação e saúde”. (UNGLERT, 1987, p. 441).

KOGA faz uma relação direta do território com os movimentos sociais:

“O território representa uma forma de fazer valer as diferenças sociais, culturais, que também deveriam ser consideradas nos desenhos das políticas locais. Há regras de convivência estabelecidas e consagradas nos ‘pedaços’, que significam muitas vezes solidariedade nas necessidades, segurança contra riscos sociais, enfim, relações que não se resumem apenas ao âmbito da família nuclear, mas se estendem a outros parentescos ‘conterrâneos’, vizinhos. Território como lugar privilegiado de emancipação, de descobertas das potências, do fortalecimento, da coletividade”. (KOGA, 2003, p. 53).

SANTOS adverte, entretanto, que os movimentos sociais precisam reinventar-se em um contexto atual de maior complexidade:

“(...) não receber com euforia soluções que eram válidas no passado, mas que hoje não são mais duradouras. (...) Os movimentos sociais precisam atravessar a fase atual. (...) Ainda que o povo tenha uma sensibilidade maior que a nossa, o mundo se tornou muito complicado, precisando de uma explicação mais sistêmica”. (SANTOS, 2000, pp. 56 e 58).

Políticas Públicas

Exploradas essas cinco dimensões de relação do território com as práticas de saúde, percebe-se um novo enfoque a ser dado às políticas públicas de um modo geral. A análise do território não tem sido explorada em todo alcance que o instrumento permite.

“Estas diferentes interfaces do território vêm denotar não somente sua complexidade, mas também sua riqueza para o campo das políticas públicas, no sentido de representar outros parâmetros que ultrapassem a segmentação de demandas ou a focalização de ações. Dessa forma, o território diz respeito não somente aos aspectos objetivos da realidade vivida pelas populações, mas envolve igualmente sua dimensão subjetiva, que aparece de forma também concreta, através das manifestações de sofrimentos, desejos, expectativas, etc”. (KOGA, 2003, p. 39).

Em síntese, é consenso que o desenvolvimento local é uma meta desejável, ecoando juridicamente em diretriz constitucional e base estratégica na reforma do Estado, mundialmente difundida para enfrentar as desigualdades. O território é, sem dúvida, a maneira mais eficaz de solucionar a desigualdade social.

“Em contextos de fortes desigualdades sociais, de tendências a focalizações cada vez mais presentes nas propostas de políticas sociais, o território representa uma forma de fazer valer as diferenças sociais, culturais, que também deveriam ser consideradas nos desenhos das políticas públicas locais”. (KOGA, 2003, p.53).

Deve-se enfatizar que enfocar os problemas sociais a partir de uma perspectiva local significa uma melhor maneira de compreender e desenvolver o todo.

“É preciso entender, que ‘pedaço’ só o é por ser ‘parte’, isto é, por não ser o todo. Assim, o ‘pedaço’, só encontra significado ao se reencontrar no todo. Ao se pensar em ‘pedaço’ de uma cidade, não se está tratando de matéria morta, inanimada, isolada, mais de um espaço vivo relacionado com outros espaços, entrelaçando histórias, geografias, vidas e lugares” (SPOSATI, 2001, p.19).

Diante de mediações assertivas entre o particular e o global, entre o singular e o coletivo, aparece a difundida expressão: pensar globalmente e agir localmente. Para que a gestão pública se faça gestão social de proximidade, é necessário que se mergulhe na exploração do território.

Há necessidade de uma mudança radical no modo de governar situações complexas, como as que são enfrentadas no cotidiano das cidades. O maior desafio é gerenciar a ação intersetorial, isto é, conjugar esforços de distintos setores: saúde, educação, saneamento, segurança, transporte, habitação, entre outros, visando a racionalização dos recursos existentes.

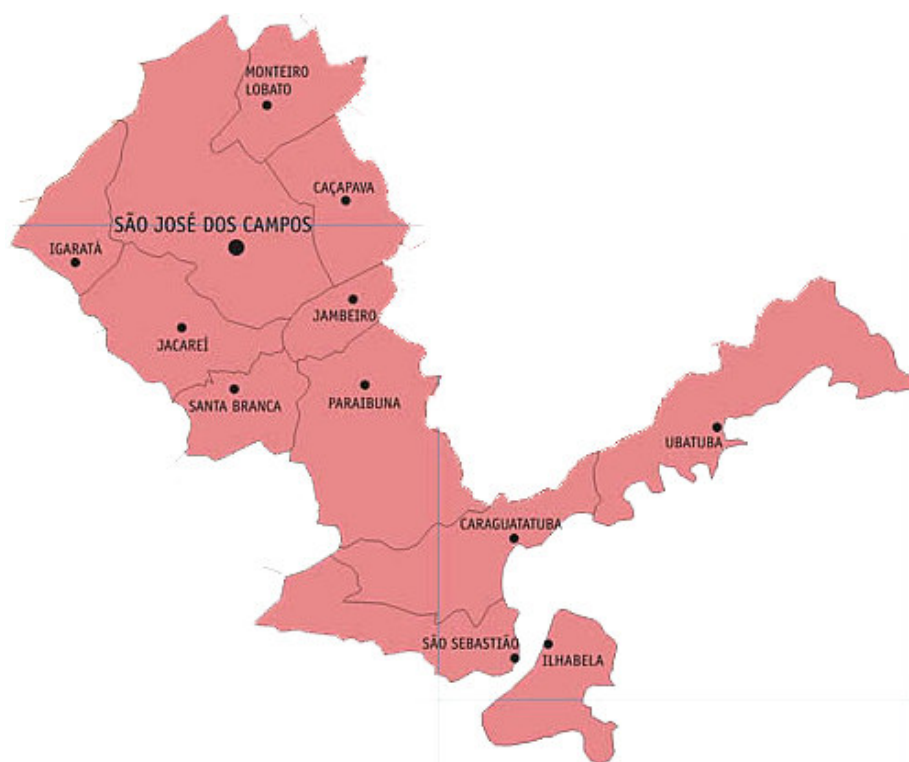
No campo da saúde, que é o foco do presente estudo, encontrar soluções para os problemas depende de melhorar o grau de interação da equipe do *PSF* com a comunidade, com estratégias oportunas, com uma reflexão crítica, mobilizando a sociedade para a formação de redes sociais de sustentação entre o Estado e a sociedade. Só resta a proposição de políticas públicas que alcancem *“novas estratégias, com uma conjugação de esforços, conhecimento da particularidade do*

território e da população onde se localiza a ação do órgão gestor da administração pública” (KOGA, 2003, p. 231).

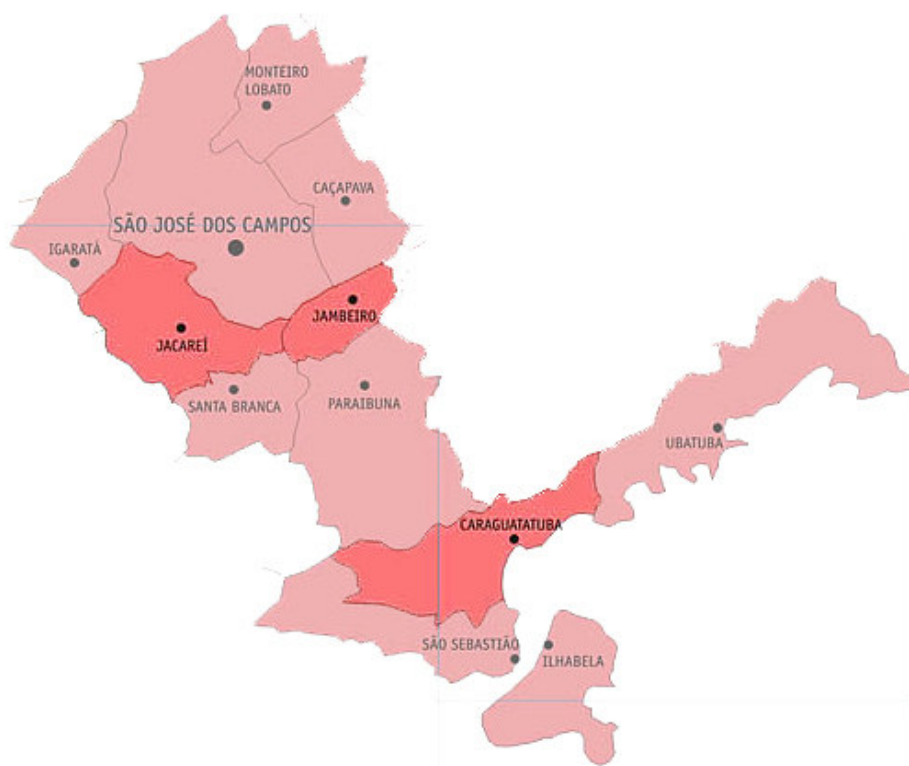
O território é o lugar ideal para se concentrar na busca de soluções não paliativas, mas consistentes e definitivas, para a melhoria da qualidade de vida da população.

Capítulo 2 - Caracterização dos municípios

Estendendo a análise do território à pesquisa de campo concentrada no universo dos doze municípios, que fazem parte da Diretoria Regional de Saúde XXI, em São José dos Campos,



Foram destacados três deles, cada um com características próprias bem diferenciadas. Um industrial - Jacareí, um rural - Jambuí e outro turístico – Caraguatatuba.



É importante apresentar alguns dados principais dos municípios estudados. Além de dados demográficos gerais, apresenta-se o Índice Paulista de Responsabilidade Social – *IPRS*, o Índice de Desenvolvimento Humano – *IDH* e o Índice Paulista de Vulnerabilidade Social – *IPVS*.

IPRS (Índice Paulista de Responsabilidade Social)

Sistema de Indicadores Socioeconômicos de cada município do estado de São Paulo, destinado a subsidiar a formulação e a avaliação de políticas públicas na esfera municipal. Permite o ordenamento dos 645 municípios do estado de São Paulo, segundo as dimensões: riqueza municipal, longevidade e escolaridade.

Apesar de representar as mesmas dimensões do *IDH* (Índice de Desenvolvimento Humano), usa componentes distintos para os indicadores setoriais.

O Sistema de Indicadores Socioeconômicos é dividido em cinco grupos:

Grupo 1: Alta riqueza, alta longevidade e média escolaridade

Alta riqueza, alta longevidade e alta escolaridade

Alta riqueza, média longevidade e média escolaridade

Alta riqueza, média longevidade e alta escolaridade

Grupo 2: Alta riqueza, baixa longevidade e baixa escolaridade

Alta riqueza, baixa longevidade e média escolaridade

Alta riqueza, baixa longevidade e alta escolaridade

Alta riqueza, média longevidade e baixa escolaridade

Alta riqueza, alta longevidade e baixa escolaridade

Grupo 3: Baixa riqueza, alta longevidade e alta escolaridade

Baixa riqueza, alta longevidade e média escolaridade

Baixa riqueza, média longevidade e alta escolaridade

Baixa riqueza, média longevidade e média escolaridade

Grupo 4: Baixa riqueza, baixa longevidade e média escolaridade

Baixa riqueza, baixa longevidade e alta escolaridade

Baixa riqueza, média longevidade e baixa escolaridade

Baixa riqueza, alta longevidade e baixa escolaridade

Grupo 5: Baixa riqueza. Baixa longevidade e baixa escolaridade (2004, Fundação Seade)

IDH (Índice de Desenvolvimento Humano)

Adotado mundialmente, esse índice mede a qualidade de vida e resulta da média aritmética de três indicadores: esperança de vida ao nascer (longevidade), educação e renda. Ele varia de 0 a 1. Até 0,499 é igual a desenvolvimento humano baixo; entre 0,500 e 0,799 é igual a desenvolvimento médio e maior que 0,800 é igual a desenvolvimento considerado alto.

IPVS (Índice Paulista de Vulnerabilidade Social)

Resume os seguintes indicadores: população residente nos grupos de vulnerabilidade média, alta e muito alta, responsáveis pelo domicílio alfabetizados, responsável pelo domicílio com Ensino Fundamental completo, anos médios de estudo do responsável pelo domicílio, rendimento nominal médio do responsável pelo domicílio, idade média do responsável pelo domicílio, mulheres responsáveis pelo domicílio, crianças de 0 a 4 anos no total de residentes, tamanho médio do domicílio em número de pessoas.

2.1 Município de Jacareí



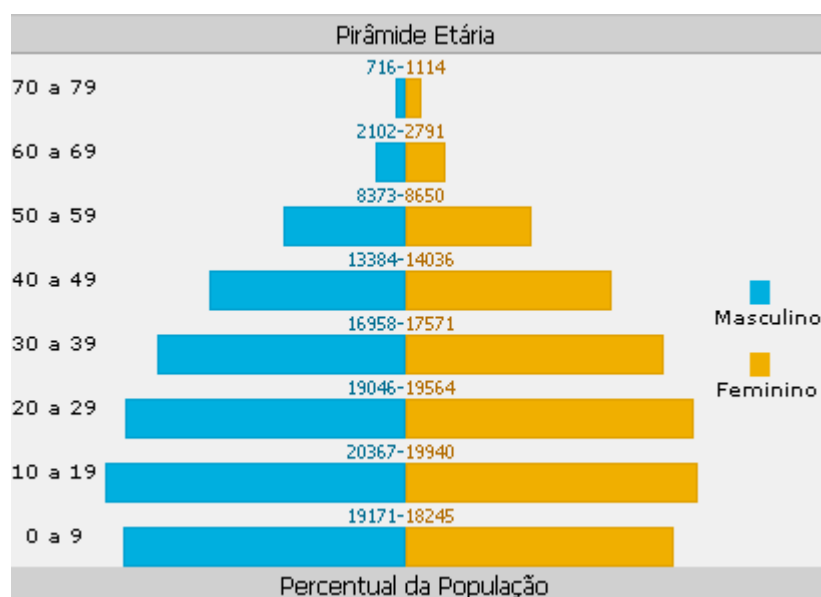
- **Fundação:** 1653
- **População:** 199.739 habitantes
- **Rural** – 370 Km²
- **Urbana** – 62 Km²
- **Área total:** 463 Km²

- **Densidade demográfica:** 415.85 habitantes/Km²

População Residente por Faixa Etária e Sexo, 2006

Faixa Etária	Masculino	Feminino	Total
0 a 4 anos não detalhado	-	-	-
Menor 1 ano	1.839	1.702	3.541
1 a 4 anos	7.756	7.345	15.101
5 a 9 anos	9.576	9.198	18.774
10 a 14 anos	9.835	9.629	19.464
15 a 19 anos	10.532	10.311	20.843
20 a 29 anos	19.046	19.564	38.610
30 a 39 anos	16.958	17.571	34.529
40 a 49 anos	13.384	14.036	27.420
50 a 59 anos	8.373	8.650	17.023
60 a 69 anos	4.542	4.990	9.532
70 a 79 anos	2.102	2.791	4.893
80 anos e mais	716	1.114	1.830
Idade ignorada	-	-	-
Total	104.659	106.901	211.560

Fonte: IBGE, Censos e Estimativas



População Residente por Ano			Proporção da População Residente		
Ano	População	Método	Alfabetizada por Faixa Etária		
2006	211.560	Estimativa	Faixa Etária	1991	2000
2005	208.469	Estimativa	5 a 9 anos	53.4	59.9
2004	202.407	Estimativa	10 a 14 anos	97.3	98.2
2003	199.739	Estimativa	15 a 19 anos	97.7	98.8
2002	197.060	Estimativa	20 a 29 anos	96.3	98.1
2001	194.734	Estimativa	30 a 39 anos	94.7	96.9
2000	191.291	Censo	40 a 49 anos	89.4	94.8
1999	170.356	Estimativa	50 a 59 anos	80.6	89.3
1998	169.535	Estimativa	60 a 69 anos	68.7	80.1
1997	168.718	Estimativa	70 a 79 anos	61.8	70.5
1996	167.751	Contagem populacional	80 anos e mais	-	63.0
Fonte: IBGE, Censos e Estimativas			Idade ignorada	-	-
			Total	87.3	91.1

Fonte: IBGE, Censos Demográficos

Taxa de Crescimento Anual Estimada(%) (1996-2000)	3.3
Mulheres em Idade Fértil(10-49),2005	71.111
Proporção da População Feminina em Idade Fértil,2005 (%)	0.0

Fonte: IBGE, Censos e Estimativas

O município de Jacareí encontra-se no grupo 2 do *IPRS*. Município bem posicionado na dimensão riqueza (50^a), mas com deficiências em longevidade (485^a) ou escolaridade (127^a). No caso, os níveis de escolaridade são superiores a média do Estado, ficando a riqueza e a longevidade em patamares inferiores aos valores observados para a média estadual.

O *IDH* de Jacareí é 0,809, ou seja, considerado alto. Com relação ao *IPVS*, tem-se:

- População residente nos grupos de vulnerabilidade média, alta e muito alta (em %): 35,4
- Responsáveis pelo domicílio alfabetizados (em %): 92,8
- Responsável pelo domicílio com Ensino Fundamental completo (em %): 45,3
- Anos médios de estudo do responsável pelo domicílio (em anos): 6.8
- Rendimento nominal médio do responsável pelo domicílio (em \$): 827
- Idade média do responsável pelo domicílio (em anos): 45
- Mulheres responsáveis pelo domicílio (em %): 22,3
- Crianças de 0 a 4 anos no total de residentes (em %): 8,8
- Tamanho médio do domicílio (em número de pessoas): 3,7

Jacareí apresentou incremento nas dimensões escolaridade e longevidade, ganhando posições especialmente em escolaridade, embora a longevidade continue inferior à média estadual.

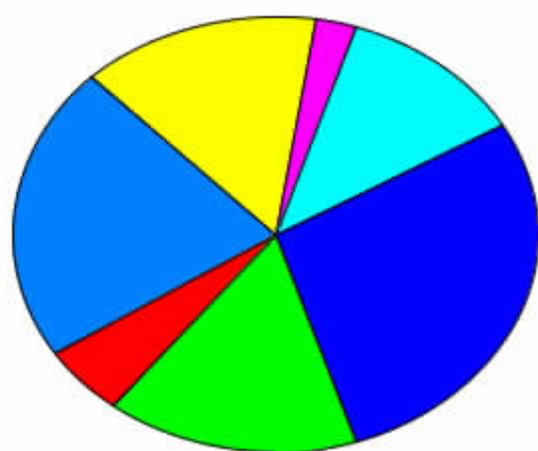
<u>Indicador</u>	<u>Riqueza</u>	<u>Longevidade</u>	<u>Escolaridade</u>
<u>Posição 2000</u>	64 ^a	532 ^a	299 ^a
<u>Posição 2002</u>	50 ^a	485 ^a	127 ^a

Para a complementação dos dados estatísticos do município, têm-se, abaixo, outras tabelas com mais alguns indicadores importantes, como estatísticas vitais e saúde, mortalidade (gráfico de todas as idades, doenças mais freqüentes e causas de óbito).

Estatísticas Vitais e Saúde	Ano	Município	Reg. Gov.	Estado
<u>Taxa de Natalidade (Por mil habitantes)</u>	2005	15,69	15,15	15,50
<u>Taxa de Fecundidade Geral (Por mil mulheres entre 15 e 49 anos)</u>	2005	54,77	52,01	53,86
<u>Taxa de Mortalidade Infantil (Por mil nascidos vivos)</u>	2005	12,68	12,41	13,44
<u>Taxa de Mortalidade na Infância (Por mil nascidos vivos)</u>	2004	16,15	14,57	16,50
<u>Taxa de Mortalidade da População entre 15 e 34 Anos (Por cem mil habitantes)</u>	2004	182,40	160,00	152,66
<u>Taxa de Mortalidade da População de 60 Anos e Mais (Por cem mil habitantes)</u>	2004	4.057,39	3.858,32	3.960,17
<u>Mães Adolescentes (com menos de 18 anos) (Em %)</u>	2004	6,27	7,08	7,76
<u>Mães que Tiveram Sete e Mais Consultas de Pré-natal (Em %)</u>	2004	66,34	77,08	72,61
<u>Partos Cesáreos (Em %)</u>	2004	54,88	56,02	52,48
<u>Nascimentos de Baixo Peso (menos de 2,5kg) (Em %)</u>	2004	8,76	8,80	9,07
<u>Gestações Pré-termo (Em %)</u>	2004	5,29	6,67	7,67
<u>Leitos SUS (Coeficiente por mil habitantes)</u>	2003	0,94	1,30	1,97

Mortalidade - Município:Jacarei/SP									
Mortalidade Proporcional (%) por Faixa Etária Segundo Grupo de Causas - CID10									
2004									
Grupo de Causas	Menor 1	1 a 4	5 a 9	10 a 14	15 a 19	20 a 49	50 a 64	65 e mais	Total
I.Algumas doenças infecciosas e parasitárias	7.3	-	25.0	-	-	13.4	3.4	2.7	5.4
II. Neoplasias (tumores)	-	-	-	12.5	9.5	14.2	22.6	15.0	15.6
IX. Doenças do aparelho circulatório	4.9	-	-	-	-	11.4	34.6	37.7	28.4
X. Doenças do aparelho respiratório	2.4	50.0	-	12.5	4.8	2.0	5.1	19.4	11.7
XVI. Algumas afecções originadas no período perinatal	65.9	-	-	-	-	-	-	-	2.4
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	-	30.0	75.0	62.5	76.2	38.6	8.5	3.4	14.7
Demais causas definidas	19.5	20.0	-	12.5	9.5	20.5	25.6	21.7	21.8
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Fonte: SIM (Sistema de Informação Municipal)									

Mortalidade Proporcional (%) (todas as idades)



- I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias
- II. Neoplasias (tumores)
- IX. Doenças do aparelho circulatório
- X. Doenças do aparelho respiratório
- XVI. Algumas afec originadas no período perinatal
- XX. Causas externas de morbidade e mortalidade
- Demais causas definidas

Coefficiente de Mortalidade para algumas causas selecionadas (Por 100.000 habitantes)

Causas do Óbito	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Aids	27.7	10.6	18.3	20.5	15.7	12.0	15.8
Neoplasia maligna da mama (/100.000 mulheres)	12.9	16.4	20.7	9.1	15.1	15.9	24.4
Neoplasia maligna do colo do útero (/100.000 mulh)	2.4	9.4	6.2	5.1	-	7.9	8.8
Infarto agudo do miocárdio	33.0	23.5	29.3	33.4	27.4	30.5	32.6
Doenças cerebrovasculares	67.2	64.0	53.8	46.2	47.7	50.1	44.0
Diabetes mellitus	33.0	31.1	29.3	31.3	35.0	32.5	35.1
Acidentes de transporte	27.7	20.5	25.1	18.5	19.8	22.0	17.8
Agressões	50.7	42.9	47.0	54.9	44.7	34.0	37.5

Fonte: SIM (Sistema de Informações Municipais)

Outros indicadores de Mortalidade	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Total de Óbitos	1181	1138	1217	1150	1198	1185	1222
Nº de Óbitos por 1.000 habitantes	7.0	6.7	6.4	5.9	6.1	5.9	6.0

% Óbitos por causas mal definidas	10.5	12.0	11.5	7.0	9.6	6.7	7.9
Total de óbitos infantis	85	87	71	71	59	43	41
Nº de óbitos infantis por causas mal definidas	3	4	5	1	6	1	-
% de óbitos infantis no total de óbitos *	7.2	7.6	5.8	6.2	4.9	3.6	3.4
% de óbitos infantis por causas mal definidas	3.5	4.6	7.0	1.4	10.2	2.3	-
Mortalidade infantil por 1.000 nascidos-vivos **	-	87000.0	35500.0	-	59000.0	-	-

Fonte: SIM

* Coeficiente de mortalidade infantil proporcional

** Considerando apenas os óbitos e nascimentos coletados pelo *SIM/SINASC*

2.2 Município de Jambeiro:



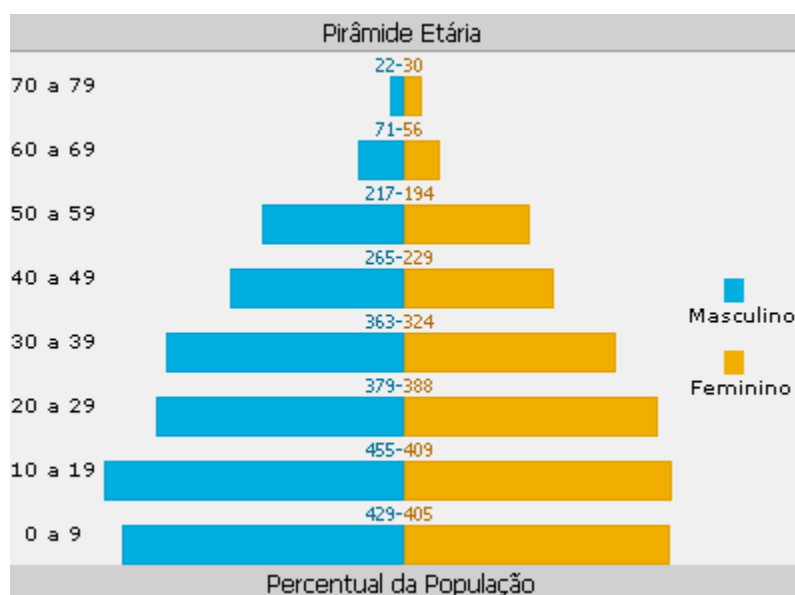
- **Fundação:** 1876
- **População:** 4.740 habitantes
- **Rural:** 2.214 habitantes
- **Urbana:** 2.526 habitantes
- **Área total:** 183.7 Km²

Densidade Demográfica: 21.74 habitantes/Km²

População Residente por Faixa Etária e Sexo, 2006

Faixa Etária	Masculino	Feminino	Total
0 a 4 anos não detalhado	-	-	-
Menor 1 ano	35	42	77
1 a 4 anos	162	161	323
5 a 9 anos	232	202	434
10 a 14 anos	228	205	433
15 a 19 anos	227	204	431
20 a 29 anos	379	388	767
30 a 39 anos	363	324	687
40 a 49 anos	265	229	494
50 a 59 anos	217	194	411
60 a 69 anos	152	126	278
70 a 79 anos	71	56	127
80 anos e mais	22	30	52
Idade ignorada	-	-	-
Total	2.353	2.161	4.514

Fonte: IBGE, Censos e Estimativas



População Residente por Ano

Ano População Método

2006	4.514	Estimativa
2005	4.434	Estimativa
2004	4.277	Estimativa
2003	4.208	Estimativa
2002	4.144	Estimativa
2001	4.085	Estimativa
2000	3.992	Censo
1999	3.525	Estimativa
1998	3.506	Estimativa
1997	3.483	Estimativa
1996	3.457	Contagem populacional

Fonte: IBGE, Censos e Estimativas

Proporção da População Residente Alfabetizada por Faixa Etária

Faixa Etária	1991	2000
5 a 9 anos	51.7	61.5
10 a 14 anos	96.2	99.2
15 a 19 anos	96.1	98.7
20 a 29 anos	92.7	95.1
30 a 39 anos	86.5	93.1
40 a 49 anos	76.0	88.8
50 a 59 anos	66.8	78.8
60 a 69 anos	55.6	67.5
70 a 79 anos	32.9	52.7
80 anos e mais	-	45.7
Idade ignorada	-	-
Total	79.3	85.8

Fonte: IBGE, Censos Demográficos

Taxa de Crescimento Anual Estimada(%) (1996-2000)	3.7
Mulheres em Idade Fértil(10-49),2005	1.350
Proporção da População Feminina em Idade Fértil,2005 (%)	0.0
Fonte: IBGE, Censos e Estimativas	

Quanto ao *IPRS*, Jambéiro está no Grupo 1. O Nível de riqueza municipal (70^a) é próximo a média do Estado, ao passo que a longevidade (87^a) e escolaridade (258^a) são superiores à média estadual. Inclusive, Jambéiro evoluiu do grupo 2 para 1 graças a melhora em escolaridade e longevidade.

O *IDH* é 0,779 (índice médio). Com relação ao *IPVS*, tem-se:

- População residente nos grupos de vulnerabilidade média, alta e muito alta (em %): 72,8
- Responsáveis pelo domicílio alfabetizados (em %): 85,3
- Responsável pelo domicílio com Ensino Fundamental completo (em %): 26,7
- Anos médios de estudo do responsável pelo domicílio (em anos): 5,2
- Rendimento nominal médio do responsável pelo domicílio (em \$): 685
- Idade média do responsável pelo domicílio (em anos): 46
- Mulheres responsáveis pelo domicílio (em %): 14,8
- Crianças de 0 a 4 anos no total de residentes (em %): 8,9
- Tamanho médio do domicílio (em número de pessoas): 3,5

Jambeiro evoluiu nas dimensões longevidade e escolaridade, galgando muitas posições no ranking estadual.

<u>Indicador</u>	<u>Riqueza</u>	<u>Longevidade</u>	<u>Escolaridade</u>
<u>Posição 2000</u>	94 ^a	269 ^a	403 ^a
<u>Posição 2002</u>	70 ^a	87 ^a	258 ^a

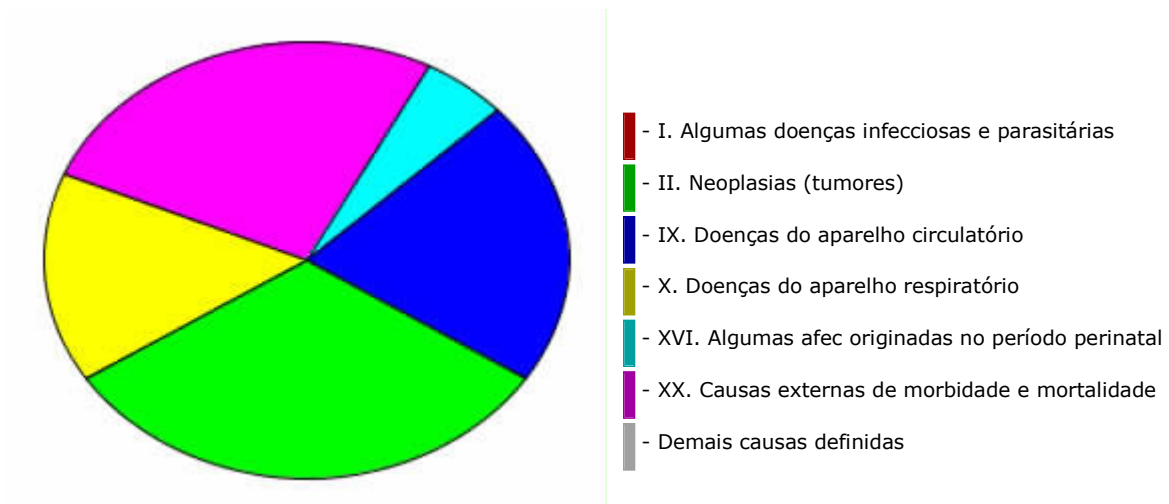
Para a complementação dos dados estatísticos do município, têm-se, abaixo, outras tabelas com mais alguns indicadores importantes, como estatísticas vitais e saúde, mortalidade (gráfico de todas as idades, doenças mais freqüentes e causas de óbito).

Estatísticas Vitais e Saúde	Ano	Município	Reg. Gov.	Estado
Taxa de Natalidade (Por mil habitantes)	2005	10,17	15,15	15,50
Taxa de Fecundidade Geral (Por mil mulheres entre 15 e 49 anos)	2005	37,88	52,01	53,86
Taxa de Mortalidade Infantil (Por mil nascidos vivos)	2005	-	12,41	13,44
Taxa de Mortalidade na Infância (Por mil nascidos vivos)	2004	38,46	14,57	16,50
Taxa de Mortalidade da População entre 15 e 34 Anos (Por cem mil habitantes)	2004	129,45	160,00	152,66
Taxa de Mortalidade da População de 60 Anos e Mais (Por cem mil habitantes)	2004	2.464,07	3.858,32	3.960,17
Mães Adolescentes (com menos de 18 anos) (Em %)	2004	7,69	7,08	7,76
Mães que Tiveram Sete e Mais Consultas de Pré-natal (Em %)	2004	76,92	77,08	72,61
Partos Cesáreos (Em %)	2004	57,69	56,02	52,48
Nascimentos de Baixo Peso (menos de 2,5kg) (Em %)	2004	7,69	8,80	9,07
Gestações Pré-termo (Em %)	2004	9,62	6,67	7,67
Leitos SUS (Coeficiente por mil habitantes)	2003	4,01	1,30	1,97

Mortalidade - Município: Jambeiro/SP

Mortalidade Proporcional (%) por Faixa Etária Segundo Grupo de Causas - CID10									
2004									
Grupo de Causas	Menor 1	1 a 4	5 a 9	10 a 14	15 a 19	20 a 49	50 a 64	65 e mais	Total
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	-	-	-	-	-	-	-	-	-
II. Neoplasias (tumores)	-	-	-	-	-	16.7	80.0	11.1	26.1
IX. Doenças do aparelho circulatório	-	-	-	-	-	33.3	20.0	11.1	17.4
X. Doenças do aparelho respiratório	-	-	-	-	-	-	-	44.4	17.4
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	100.0	-	-	-	-	-	-	-	4.3
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	-	100.0	-	-	-	50.0	-	-	21.7
Demais causas definidas	-	-	-	-	-	-	-	33.3	13.0
Total	100.0	100.0	-	-	-	100.0	100.0	100.0	100.0
Fonte: SIM (Sistema de Informação Municipal)									

Mortalidade Proporcional (%) (todas as idades)



**Coeficiente de Mortalidade para algumas causas selecionadas
(Por 100.000 habitantes)**

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Causas do Óbito							
Aids	28.5	-	-	24.5	-	-	-
Neoplasia maligna da mama (/100.000 mulheres)	-	-	-	-	-	-	48.9
Neoplasia maligna do colo do útero (/100.000 mulh)	-	-	-	-	-	-	-
Infarto agudo do miocárdio	-	-	25.1	49.0	24.1	-	70.1
Doenças cerebrovasculares	57.0	56.7	25.1	24.5	24.1	-	-
Diabetes mellitus	57.0	28.4	50.1	24.5	-	-	23.4
Acidentes de transporte	28.5	28.4	25.1	-	24.1	118.8	46.8
Agressões	-	56.7	-	-	-	-	-

Fonte: *SIM* (Sistema de Informação Municipal)

Outros indicadores de Mortalidade	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Total de Óbitos	22	22	16	27	14	19	23
Nº de Óbitos por 1.000 habitantes	6.3	6.2	4.0	6.6	3.4	4.5	5.4
% Óbitos por causas mal definidas	9.1	18.2	12.5	11.1	7.1	15.8	-
Total de óbitos infantis	1	-	-	2	1	-	1
Nº de óbitos infantis por causas mal definidas	-	-	-	-	-	-	-
% de óbitos infantis no total de óbitos *	4.5	-	-	7.4	7.1	-	4.3
% de óbitos infantis por causas mal definidas	-	-	-	-	-	-	-
Mortalidade infantil por 1.000 nascidos-vivos **	-	-	-	1000.0	-	-	-

Fonte: *SIM*

* Coeficiente de mortalidade infantil proporcional

** Considerando apenas os óbitos e nascimentos coletados pelo SIM/SINASC

2.3 Município de Caraguatatuba



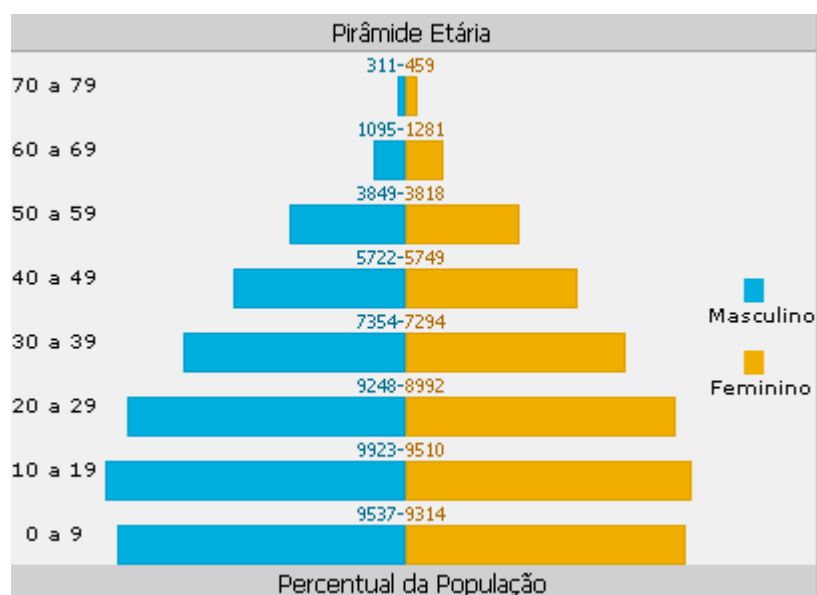
- **Fundação:** 1857
- **População:** 78. 836 habitantes
- **Rural:** 3665 habitantes
- **Urbana:** 75.171 habitantes
- **Área total:** 483, 7 Km².

Densidade Demográfica: 162, 99 habitantes/Km²

População Residente por Faixa Etária e Sexo, 2006

Faixa Etária	Masculino	Feminino	Total
0 a 4 anos não detalhado	-	-	-
Menor 1 ano	889	911	1.800
1 a 4 anos	3.870	3.859	7.729
5 a 9 anos	4.778	4.544	9.322
10 a 14 anos	4.931	4.618	9.549
15 a 19 anos	4.992	4.892	9.884
20 a 29 anos	9.248	8.992	18.240
30 a 39 anos	7.354	7.294	14.648
40 a 49 anos	5.722	5.749	11.471
50 a 59 anos	3.849	3.818	7.667
60 a 69 anos	2.372	2.342	4.714
70 a 79 anos	1.095	1.281	2.376
80 anos e mais	311	459	770
Idade ignorada	-	-	-
Total	49.411	48.759	98.170

Fonte: IBGE, Censos e Estimativas



População Residente por Ano			Proporção da População Residente Alfabetizada por Faixa Etária		
Ano	População	Método	Faixa Etária	1991	2000
2006	98.170	Estimativa	5 a 9 anos	54.5	52.0
2005	95.239	Estimativa	10 a 14 anos	95.8	98.1
2004	89.482	Estimativa	15 a 19 anos	96.4	98.3
2003	86.944	Estimativa	20 a 29 anos	93.5	96.5
2002	84.401	Estimativa	30 a 39 anos	90.6	93.9
2001	82.021	Estimativa	40 a 49 anos	83.7	91.5
2000	78.921	Censo	50 a 59 anos	78.9	84.9
1999	74.702	Estimativa	60 a 69 anos	72.2	80.4
1998	72.398	Estimativa	70 a 79 anos	65.4	75.3
1997	70.112	Estimativa	80 anos e mais	-	65.6
1996	67.398	Contagem populacional	Idade ignorada	-	-
Fonte: IBGE, Censos e Estimativas			Total	84.8	88.4

Taxa de Crescimento Anual Estimada(%) (1996-2000) 4.0

Mulheres em Idade Fértil(10-49),2005 31.545

Proporção da População Feminina em Idade Fértil,2005 (%) 0.0

Fonte: IBGE, Censos e Estimativas

Caraguatatuba está no Grupo 2 do *IPRS* com bons indicadores de riqueza (32^a), mas pelo menos com um dos indicadores sociais insatisfatórios. No caso, o indicador de longevidade (578^a). Apesar de melhoras registradas, não conseguiu atingir a média estadual. Ocupa a 351^a posição em escolaridade.

O *IDH* é 0,802 (índice alto). Quanto ao *IPVS*, tem-se:

- População residente nos grupos de vulnerabilidade média, alta e muito alta (em %): 51,5
- Responsáveis pelo domicílio alfabetizados (em %): 90,4
- Responsável pelo domicílio com Ensino Fundamental completo (em %): 37,5
- Anos médios de estudo do responsável pelo domicílio (em anos): 6,2
- Rendimento nominal médio do responsável pelo domicílio (em \$): 703
- Idade média do responsável pelo domicílio (em anos): 44
- Mulheres responsáveis pelo domicílio (em %): 23,9
- Crianças de 0 a 4 anos no total de residentes (em %): 9,7
- Tamanho médio do domicílio (em número de pessoas): 3,5

A dimensão que Caraguatatuba registrou os maiores progressos foi a escolaridade. Quando à longevidade, a diferença foi tímida, fazendo com que o município permanecesse abaixo da média estadual. Os indicadores de riqueza tiveram pior desempenho, mas o município ficou no patamar da média estadual.

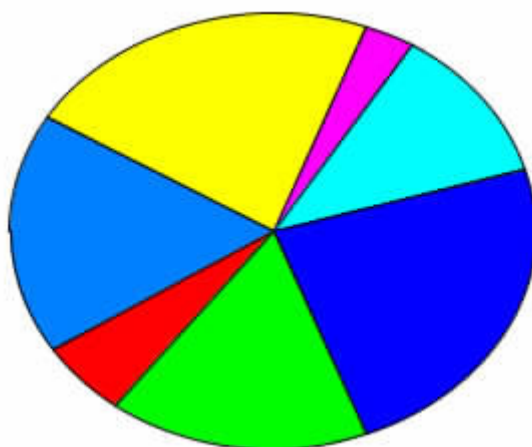
<u>Indicador</u>	<u>Riqueza</u>	<u>Longevidade</u>	<u>Escolaridade</u>
<u>Posição 2000</u>	24 ^a	571 ^a	471 ^a
<u>Posição 2002</u>	32 ^a	578 ^a	351 ^a

Para a complementação dos dados estatísticos do município, têm-se, abaixo, outras tabelas com mais alguns indicadores importantes, como estatísticas vitais e saúde, mortalidade (gráfico de todas as idades, doenças mais freqüentes e causas de óbito).

Estatísticas Vitais e Saúde	Ano	Município	Reg. Gov.	Estado
<u>Taxa de Natalidade (Por mil habitantes)</u>	2005	15,69	17,04	15,50
<u>Taxa de Fecundidade Geral (Por mil mulheres entre 15 e 49 anos)</u>	2005	55,03	59,10	53,86
<u>Taxa de Mortalidade Infantil (Por mil nascidos vivos)</u>	2005	19,14	16,32	13,44
<u>Taxa de Mortalidade na Infância (Por mil nascidos vivos)</u>	2004	24,23	20,08	16,50
<u>Taxa de Mortalidade da População entre 15 e 34 Anos (Por cem mil habitantes)</u>	2004	232,98	208,42	152,66
<u>Taxa de Mortalidade da População de 60 Anos e Mais (Por cem mil habitantes)</u>	2004	3.844,60	3.809,21	3.960,17
<u>Mães Adolescentes (com menos de 18 anos) (Em %)</u>	2004	7,81	8,84	7,76
<u>Mães que Tiveram Sete e Mais Consultas de Pré-natal (Em %)</u>	2004	73,15	70,88	72,61
<u>Partos Cesáreos (Em %)</u>	2004	54,11	46,10	52,48
<u>Nascimentos de Baixo Peso (menos de 2,5kg) (Em %)</u>	2004	8,82	8,63	9,07
<u>Gestações Pré-termo (Em %)</u>	2004	5,28	5,99	7,67
<u>Leitos SUS (Coeficiente por mil habitantes)</u>	2003	0,76	0,78	1,97

Mortalidade - Município:Caraguatatuba/SP									
Mortalidade Proporcional (%) por Faixa Etária Segundo Grupo de Causas - CID10									
2004									
Grupo de Causas	Menor 1	1 a 4	5 a 9	10 a 14	15 a 19	20 a 49	50 a 64	65 e mais	Total
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	6.9	-	-	-	-	9.8	5.5	2.6	5.5
II. Neoplasias (tumores)	-	-	-	-	-	16.3	22.9	16.0	16.0
IX. Doenças do aparelho circulatório	3.4	-	-	-	-	8.5	33.9	35.6	23.7
X. Doenças do aparelho respiratório	17.2	16.7	-	-	7.7	5.2	5.5	19.6	11.6
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	51.7	-	-	-	-	-	-	-	3.0
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	3.4	50.0	-	66.7	92.3	48.4	10.1	5.2	22.3
Demais causas definidas	17.2	33.3	-	33.3	-	11.8	22.0	21.1	17.9
Total	100.0	100.0	-	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Fonte: SIM									

Mortalidade Proporcional (%) (todas as idades)



- I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias
- II. Neoplasias (tumores)
- IX. Doenças do aparelho circulatório
- X. Doenças do aparelho respiratório
- XVI. Algumas afec originadas no período perinatal
- XX. Causas externas de morbidade e mortalidade

Coeficiente de Mortalidade para algumas causas selecionadas

(Por 100.000 habitantes)

Causas do Óbito	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Aids	19.3	6.7	6.3	14.6	10.7	1.2	12.3
Neoplasia maligna da mama (/100.000 mulheres)	14.1	2.7	10.2	12.3	7.2	9.3	11.3
Neoplasia maligna do colo do útero (/100.000 mulh)	2.8	-	2.6	2.5	2.4	4.6	11.3
Infarto agudo do miocárdio	24.9	21.4	15.2	14.6	37.9	32.2	35.8
Doenças cerebrovasculares	55.3	41.5	43.1	43.9	39.1	36.8	39.1
Diabetes mellitus	23.5	25.4	20.3	21.9	11.8	13.8	25.7
Acidentes de transporte	20.7	32.1	25.3	29.3	21.3	24.2	41.3
Agressões	49.7	62.9	60.8	70.7	68.7	71.3	53.6

Fonte: *SIM*

Outros indicadores de Mortalidade	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Total de Óbitos	507	446	495	547	524	524	592
Nº de Óbitos por 1.000 habitantes	7.0	6.0	6.3	6.7	6.2	6.0	6.6
% Óbitos por causas mal definidas	21.1	23.5	21.2	23.0	17.4	18.9	14.4
Total de óbitos infantis	42	34	29	33	27	26	30
Nº de óbitos infantis por causas mal definidas	3	3	-	3	-	-	1
% de óbitos infantis no total de óbitos *	8.3	7.6	5.9	6.0	5.2	5.0	5.1
% de óbitos infantis por causas mal definidas	7.1	8.8	-	9.1	-	-	3.3
Mortalidade infantil por 1.000 nascidos-vivos **	42000.0	-	-	-	-	-	-

Fonte: *SIM*

* Coeficiente de mortalidade infantil proporcional

** Considerando apenas os óbitos e nascimentos coletados pelo SIM/SINASC

2.4 Considerações comparativas

Para facilitar a visualização, foram eleitos alguns indicadores para comparação:

Indicadores	Jacareí	Jambeiro	Caraguatatuba
Ano de Fundação	1653	1876	1857
População	199.739	4.740	78.836
Densidade demográfica (hab/km ²)	415,85	21,74	162,99
Faixa etária predominante (anos)	10 a 19	10 a 19	10 a 19
IPRS	Grupo 2	Grupo 1	Grupo 2
IPRS riqueza	50	70	32
IPRS longevidade	485	87	578
IPRS escolaridade	127	258	351
IDH	0,809	0,779	0,802
IPVS – residentes em áreas vulneráveis	35,4%	72,8%	51,5%
Taxa de natalidade (por mil hab.)	15,69	10,17	15,69
Taxa de mortalidade infantil (por mil nascidos vivos)	12,68	-	19,14
Taxa de mortalidade entre 15 e 34 anos (por 100 mil hab.)	182,40	129,45	232,98
Mães adolescentes	6,27%	7,69%	7,81%
Leitos SUS (Coeficiente por mil hab.)	0,94	4,01	0,76
Mortalidade – causa mais freqüente	Doenças do aparelho circulatório	Neoplasias (Tumores)	Doenças do aparelho circulatório

Inicialmente, estes indicadores permitem reconhecer a classificação dada a cada um dos municípios estudados. Jacareí, município industrial, é o mais antigo (fundado ainda no século XVII), o mais populoso e o de maior densidade demográfica. Em oposição, Jambeiro, município rural, tem 42 vezes menos habitantes e uma densidade demográfica 19 vezes menor do que a

de Jacareí. Caraguatatuba, município turístico, está numa posição intermediária, duas vezes e meia menor do que Jacareí.

Há maior semelhança demográfica entre Jacareí e Caraguatatuba e uma proximidade entre seus indicadores, ambos têm a mesma taxa de natalidade, a mesma causa mais freqüente de mortalidade e estão no grupo 2 do *IPRS*, por apresentarem o índice longevidade muito baixo. Por sua vez, a condição econômica e populacional de Jambeiro imprime algumas diferenças consideráveis, como se nota nas taxas de natalidade e mortalidade. Entretanto, o indicador mais chamativo diz respeito ao número de leitos *SUS* por mil habitantes. Jambeiro tem quatro vezes mais leitos do que os outros.

Apesar das diferenças demográficas e econômicas, a pirâmide etária dos três é muito semelhante, apresentando uma concentração maior na população jovem, ente 10 e 19 anos. O *IDH* dos três também é razoavelmente próximo, embora Jambeiro ainda se mantenha abaixo do índice esperado.

Por fim, com relação aos indicadores paulistas, chama a atenção o fato de Jambeiro estar no grupo 1 do *IPRS*, mas ter o pior quadro no *IPVS*. Jacareí e Caraguatatuba, que estão no grupo 2 do *IPRS*, estão melhor posicionados no *IPVS*. Assim, embora Jambeiro tenha melhores índices de riqueza, escolaridade e longevidade, ao se considerar o *IPVS*, percebe-se que a situação alcançada não tem um lastro tão seguro quanto o dos outros dois municípios maiores.

Capítulo 3 - Entrevistas e Grupos focais

3.1 Município de Jacareí - Entrevista com a coordenadora do PSF



A coordenadora iniciou expondo como funciona o Sistema de Saúde do município, que detalhou minuciosamente:

“Nós temos três níveis. A Atenção Básica está dividida assim: São dezesseis Unidades Básicas, sendo que sete delas têm Estratégia de Saúde da Família e nove delas estão no modelo tradicional. Nós estamos no processo de reversão de modelo.

Na Atenção Especializada, nós temos uma Unidade de Referência de Especialidade com, se não me engano,

são 27 especialidades diferentes. Temos a parte de fonoaudiologia, toda parte de reabilitação, fisioterapia, terapia ocupacional, nós temos dois CAPS, um que a gente chama de novos caminhos e outro para álcool e drogas, nós temos um centro de especialidade odontológica, que é o São Francisco, temos duas Unidades de Pronto Atendimento. Aqui a gente chama Centro do Sorriso, nós temos um laboratório municipal que faz toda parte de exames laboratoriais para a gente, o Centro de Imagens, que faz endoscopias, radiografias. E na Atenção Terciária nós temos o Hospital Municipal.

A nossa Santa Casa está sob intervenção do município, então, o Pronto Socorro é nosso. Nós temos um hospital de referência que a gente compra serviço, que é o Hospital São Francisco. Nós temos duas Unidades de Pronto Atendimento: uma adulto e uma infantil. A nível de serviços, nós estamos organizados dessa maneira. A parte particular nós temos mais quatro hospitais no município”.

Explicou as diferenças do município:

“Aqui é uma cidade industrial e agropecuária. Na parte industrial, nesta parte que a gente está aqui, a gente tem a VCP, que é a Votorantim Papel e Celulose, mas também nós temos o IDH não muito alto. Nós temos algumas áreas de grandes bolsões de pobreza. Uma parte proporciona convênios para os seu funcionários. Mas, hoje, 75% da população de Jacareí é SUS dependente. Mesmo esses que tem convênio particular é uma categoria de convênio que cobre o básico do básico, então a área secundária e terciária, normalmente é o SUS que acaba cobrindo”.

Verificou-se haver coerência nas informações e conhecimento da problemática do município.

Quanto ao histórico do *PSF* no município, descreveu assim:

“O PSF começou aqui em 1998, com o modelo piloto de um PACS no bairro do Pagador Andrade. Um médico de família foi contratado, no bairro, os líderes natos foram chamados para estar compondo esta equipe. Numa maneira meio precária, mas tentando seguir os moldes. Isso ficou, mais ou menos, por dois anos, em 2002, que daí realmente o prefeito assinou pacto com o Ministério, com o Banco Mundial. Para implantar o restante do modelo. Em 2003, nós transformamos o Pagador Andrade realmente numa equipe completa de PSF, e depois disso, fizemos mais sete equipes. Aqui em Jacareí, mais sete unidades, desculpe, são doze equipes”.

Explicou a escolha que se deu no município:

“Aqui em Jacareí, a gente optou por fazer um cinturão no município. É onde tem mais pobreza, onde as pessoas têm mais difícil acesso aos serviços de saúde. Aí nós começamos em 2003, e em 2004 nós estávamos com todas as equipes implantadas. Hoje, nós temos nove equipes do PSF, três PACS, (na realidade por dificuldade de contratação de médicos generalistas) porque nossa intenção é ser PSF”.

Apontou alguns problemas que apareceram quanto ao financiamento e expansão do Programa:

“Íríamos implementar mais quatorze equipes em 2005, só que aí, com o problema do Brasil junto ao Banco Mundial, o financiamento foi bloqueado, porque o Brasil não cumpriu a proporcionalidade que ele tinha, a gente não teve como receber o incentivo, então, nós não ampliamos. Isso se repetiu em 2006”.

Mas deixou claro que o município tem interesse no crescimento do PSF:

“Nós devemos ampliar para mais cinco Unidades Básicas e mais quatorze equipes. São unidades maiores, então vai ter mais que uma equipe em cada uma”.

Frisou a posição do município em relação à Atenção Básica:

“Essa foi a trajetória do PSF e o investimento do município em Atenção Básica mesmo. A visão do município é investir em Atenção Básica, o modelo tradicional está saturado, ninguém consegue mais bancar, o que está acontecendo é que a gente está gastando muito, está dando uma saúde de má qualidade, então, a gente tem que fazer alguma coisa para reverter isso”.

Especialmente no modelo do PSF, salientando suas vantagens:

“Acho que a estratégia da Saúde da Família vem bem a calhar, porque investindo em Atenção Básica, você dá qualidade de vida para as pessoas, evita que elas adoçam, ou seja, seu custo é menor, e seu custo sendo menor, você pode fazer melhor investimento. Então, eu acho que é tão bom do lado administrativo, como do da saúde pública”.

Em relação às capacitações das equipes ela respondeu como o município encaminha esta questão:

“[...] a gente usa muito aqui a própria equipe se capacitar... então, capacitação em saúde bucal, o dentista faz para os agentes comunitários dele, capacitação de saúde mental, o psicólogo dá essa noção, nós trabalhamos muito com isso, num momento que a gente chama de reunião de equipe, que acontece semanalmente... A manutenção é rotina, com essas mini capacitações”.

Quanto à importância do conhecimento e uso do território como instrumento de trabalho, demonstrou entender e apontou as diferenças marcantes no município:

“Foi a primeira coisa que a gente abordou, cada um desenhou a sua área... Primeiro foi assim, conhecemos o território mesmo, montamos um mapa para visualizar o que era esse território. Essa idéia de território muda muito a maneira de você planejar...”

Cada Unidade de Saúde, cada equipe, trabalha de maneira diferente, isso aí é nítido, é nítido. A gente está numa área mais industrial, então, você vai ter sedentarismo maior, você vai ter o índice de hipertensão maior, diabete maior, isso a gente já consegue ver...

Em contrapartida, tenho áreas que são cem por cento rurais, você vai ter mais etilismo, mais problemas de saúde mental.

Eu tenho uma área de invasão, nessa área de invasão, eu tenho hepatite A, hepatite C, leptospirose. Aqui eu não tenho. A gente tem bolsões de pobreza, a gente tem sem-teto, então tem muita verminose, a gente não tem saneamento básico, aqui você tem cem por cento. Então, é muito heterogêneo...”

Foi mostrando os recursos oferecidos pelo território:

“A idéia de território para eles é que você tem que se concentrar mais naquilo, o território é limítrofe também, de falar até aqui é a sua parte, a partir dali é a parte do outro... Então, volta para a sua área, porque a gente vai ter áreas que você não tem agravos, então o trabalho é mais preventivo”.

Falou do limite físico e acrescentou como é a visão do município em particular, que é a solução encontrada para a problemática da substituição de agentes comunitários de saúde.

“O território é para dar esse limite, você é responsável pela saúde dessas pessoas, independente de você ser médica, é você que está ali e é responsável por essa área, tudo que acontece.

Mas também nesse limite, uma coisa que a gente tem muito legal, é o território ampliado, que é quando tem que se cobrir férias, licença gestante, essas coisas. Como não temos substituto, nós trabalhamos com o território ampliado. Para isso, nós temos o caderno do Agente Comunitário. Nesse caderno, eles têm a família de alto risco, todos os hipertensos, os diabéticos. Sabe aquela fichinha que o Ministério manda, que muita gente fala que é um monte de papel? Pra nós não é um

monte de papel não. A gente fez um caderno com todo esse registro. A Agente ficou grávida, a Agente saiu, então, o outro Agente, vai pegar esse caderno, vai visualizar as áreas de risco, e planejar o que fazer. Neste caso, o Agente deixa de lado o usuário chamado de “verde”, vamos dizer assim, esse que não tem nenhum agravo, a família está tranqüila. O que é “amarelo”, que é um crônico controlado, o Agente faz visita, o “vermelho”, que são os com agravo de saúde, o Agente tem que ver, não tem como deixar. Então, é feito um planejamento com a equipe, o Agente cobre a sua micro-área e todos os “vermelhos” da área que está descoberta temporariamente. Isso é o que a gente chama de território ampliado. Acabamos fazendo assim, para que a assistência continue mesmo não tendo um substituto”.

Além disso, a coordenadora identificou, o que a equipe também colocou, o que eles chamam de Projeto Terapêutico, que é a discussão em equipe, semanalmente dos casos apontados como insolúveis.

“... se na minha micro-área, eu tenho dificuldade com uma família, que tem alguma patologia e eu não sei como fazer, o que eu podia como Agente Comunitário eu fiz, mas cheguei no meu limite, e aí? Por isso é que eu trago para a equipe... Faz-se uma discussão e disso aí você tira um norte. Então, tira-se como vai ficar, vamos tentar fazer assim... Quem vai ser responsável pela aquela ação que o grupo planejou junto.

Essa é a tentativa da equipe, desta Unidade, em trabalhar melhor com esta questão, aliás, uma questão fundamental para o êxito do Programa.

Se tem um caminho é esse. Como nada na vida é muito simples, a gente está quebrando a cabeça, tem muita coisa para melhorar. Acho que aqui a gente está fazendo um trabalho muito legal, tenho muito orgulho disso daqui, de estar no meio, de estar fazendo; acho que vale a pena.

Se você deixar eu fico duas horas falando de PSF”.

Percebe-se o quanto a entrevistada está envolvida com a proposta, fazendo empenho para manter o que se tem e crescer mais ainda.

A única coisa que a coordenadora não colocou, e que foi enfatizada pela equipe, foi a falta do carro para as visitas domiciliares na área mais afastada da Unidade, já considerada área rural, provavelmente porque as coisas boas, no seu entender é que devem ser salientadas:

“Eu sempre procuro, principalmente quando a gente está nas reuniões de equipe, mostrar as coisas boas, que na realidade, são muito maiores, defeito sempre tem alguém que aponta, as coisas boas, às vezes, a gente não enxerga....”.

Percebeu-se que há um envolvimento muito grande para que se encontre o resultado buscado.

“...um trabalho legal, tenho muito orgulho disso daqui... acho que vale a pena.”

O trabalho é feito de forma cuidadosa e a falta da viatura pode até deixar alguns moradores sem a tão esperada visita domiciliar, mas não os deixam sem atendimento, atenção e informação necessárias.

Vale salientar, que é necessária uma proposta efetiva que resolva esse problema da falta de viatura, não apenas da forma improvisada, feita até aqui. E, por que não dizer, encarada com alguma acomodação pela equipe, que deve encontrar uma solução definitiva que atenda a população e a equipe plenamente; uma vez que a estratégia que diferencia o *PSF* é, justamente, o atendimento domiciliar, com todos os seus ganhos e efeitos, comprovados como altamente eficazes.

Destaca-se que foi perceptível uma sintonia entre a coordenadora e a equipe. Em uma realidade com desigualdades intensas, como as que foram apontadas, é exigido um olhar mais sensível para o encontro de soluções que amenizem essas diferenças e alcancem condições mais satisfatórias no entendimento e no atendimento das necessidades da população.

3.2 Município de Jacareí - Grupo Focal



O Grupo Focal, no município de Jacareí, foi realizado com a equipe São Silvestre, na Vila São João, uma Unidade que está localizada num bairro afastado do centro, por cerca de oito quilômetros. A unidade do *PSF* mais próxima do centro é a do bairro Parque Santo Antônio.

A equipe estava completa, com médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, psicólogo e dois agentes comunitários de saúde.

O clima foi muito amigável e colaborativo, sentiu-se uma total liberdade na colocação das idéias, mesmo quando se abordava assuntos mais polêmicos, ninguém apresentou dificuldade em colocar sua opinião.

Da equipe, apenas a médica já tinha experiência anterior com o PSF, no Pará.

Apontaram como a maior dificuldade a impossibilidade do sistema de saúde do município absorver a demanda existente. Além disso, como esta Unidade é muito distante do centro, a população reclama a falta de um atendimento completo, em todas as suas necessidades, inclusive emergência:

"... aqui é uma Unidade de Saúde da Família, mas na verdade não funciona plenamente como Unidade de Saúde da Família, principalmente porque não temos um carro para visita domiciliar...". (Médica)

Essa é outra dificuldade apontada, a falta de veículo para visita domiciliar, que segundo a equipe relatou, pelas características deste lugar, aumenta muito a demanda que chega até a Unidade:

"... as pessoas vêm aqui e ficam cobrando emergência, aonde elas vão? Uma dor de garganta, por exemplo, tem que correr para algum lugar, então sobrecarrega...". (Médica)

Na verdade, uma dor de garganta não é uma emergência, foi só uma força de expressão, porém, indica a necessária correspondência entre qualquer ocorrência e um atendimento:

"... Aqui são atendidas várias pessoas do centro também, de convênio também, que pela qualidade do atendimento da Unidade, acham muito melhor, dão prioridade...". (Enfermeira)

Colocaram como ponto positivo o comprometimento da equipe:

“... o que depende da gente aqui sai e muito bem feito, da melhor maneira...”. (Médica)

“... eles sabem que aqui é uma Unidade facilitadora... A escuta é uma questão diferenciada e esse é o aspecto mais relevante. Todos os profissionais aqui são envolvidos”. (Enfermeira)

Quando perguntou-se o motivo da escolha do *PSF*, no entanto, verificou-se que a maioria apenas estava procurando uma colocação no mercado de trabalho:

“... eu não escolhi PSF, escolhi trabalhar na Prefeitura, se fosse outro posto que não tivesse PSF...”. (Psicólogo)

“Fiz concurso público, não tinha nem idéia de como seria...”. (ACS-1)

Só a enfermeira escolheu trabalhar no *PSF* por acreditar na proposta:

“... Queria ter a experiência de fato... Na prática a gente não chegou ao ideal, por conta de uma série de fatores, sociais, econômicos, falta de visão, falta de compromisso, até mesmo por parte dos nossos governantes... Nós gostaríamos que funcionasse na íntegra, até porque a comunidade teria essa visão, ao lado da promoção e prevenção e não curativa, não área hospitalar. Isso falta muito, principalmente da comunidade, o que ela busca ainda é um tratamento, não promoção e prevenção, porque isso engloba um todo, alimentação com qualidade, educação e isso indireta ou

diretamente eles cobram de nós profissionais e não tem essa realidade do que seja de fato Saúde da Família...”
(Enfermeira)

Neste último depoimento, pode-se constatar que a visão colocada é de alguém que sabe qual é a proposta do *PSF*, e que tem, também claros, os seus elementos limitantes. Embora ainda não tenha identificado qual seria o caminho para vencer essas barreiras, veio trabalhar no *PSF* com convicção e não como os demais, que apenas buscavam colocação profissional, e, com o tempo, incorporaram o sentido da exigência e só não o aplicam completamente pelo que já foi apontado até aqui.

Quanto à capacitação foi colocado que é constante, usando as potencialidades do próprio município, usam os médicos generalistas, os especialistas e se fala de Saúde Mental, Saúde da Mulher e Saúde da Criança.

Houve uma sensibilização inicial na implantação do *PSF*:

”... aqui funcionava de uma maneira e passou a ser uma Unidade de Saúde da Família, então todo mundo tem que estar sensibilizado... Num primeiro momento foi muito interessante, a dinâmica era a mesma para o grupo... Foi, o que eles lá na DIR, chamam de Treinamento Introdutório, né? As capacitações estão continuando. A nossa de médico, psicólogo deu uma parada e a gente agora está retomando, com reuniões com especialistas da URE, que é uma dificuldade muito grande, um dos problemas maiores aqui na saúde é esta interligação entre os setores....”. (Médica)

Percebeu-se que, em todo o momento, qual fosse o teor da pergunta, sempre acabavam dando ênfase para os problemas no cotidiano das

ações. O esforço da equipe muitas vezes fica restrito só ao desejo, mas não é viabilizado na prática, por uma série de fatores, como foram apontando ao longo da conversa:

“... Se fosse tudo uma maravilha seria muito monótono. A gente tenta melhorar, tirar o melhor daquela situação, a nossa intenção, de todos aqui, é dar uma qualidade de saúde, em todos os sentidos para o paciente.... No geral, na balança entre os pontos positivos e negativos, a gente conseguiu fazer uma diferença muito grande....”. (Médica)

Quando o assunto abordou a questão do território, as colocações do grupo foram:

“... A importância de você conhecer seu território, delimitar a área, conhecer ‘in loco’ quais são as dificuldades de acesso, as demandas, as necessidades, isso é que foi colocado”. (Enfermeira)

“... A gente fez até um mapa da nossa área, colocamos ali o que tinha de físico, colocamos a igreja, o comércio, quem são as lideranças do bairro... Foi o que a gente colocou naquele mapa, agora faríamos um mapa muito mais completo...”. (ACS-1)

Essas colocações mostram que não é feita uma atualização constante desses mapas, o que faz com que o conhecimento adquirido possa não estar sendo colocado em prática no cotidiano do trabalho.

Embora coloquem que o mais importante no trabalho que realizam é o resultado positivo, quando a equipe consegue dar qualidade de saúde, fazer a

diferença. Porém, não estão usando todos os recursos que o território oferece para tanto.

Existe já um esforço para suprir essa deficiência, que começa ao perceber que há o que melhorar. A equipe implantou o que chamou de Projeto Terapêutico, que é a tentativa de se debruçar pelo menos sobre os casos considerados críticos, trazidos pelos Agentes Comunitários de Saúde, que uma vez por semana procuram elencar todas as possibilidades para encontrar uma “saída” para casos considerados insolúveis. Embora louvável é preciso que não fique só no verbal, só na intenção. De fato, poderão estar no caminho de um resultado com consistência e significância para a heterogeneidade das necessidades da população e encontrando como evitar a acentuada desigualdade:

“... O Projeto Terapêutico é o centro do PSF, negligenciar isso é um problema. A gente levanta muita demanda que depois não consegue ...”. (Enfermeira)

Para concluir, percebeu-se que a equipe é bem integrada, como eles mesmos destacaram mais de uma vez, e que as dificuldades apresentadas são passíveis de serem resolvidas. As visitas domiciliares só são feitas como rotina nos lugares mais próximos da Unidade, onde é viável fazer sem carro. Nas áreas afastadas só são feitas nas ocasiões de extrema necessidade, pois, segundo a equipe, as distâncias dessa região, particularmente, inviabilizam que ocorram sem uma viatura. Ainda que não contem com uma viatura para as visitas domiciliares como rotina, toda vez que há uma necessidade imperativa acabam, de um jeito ou de outro, deslocando-se, seja com carro improvisado ou próprio e as visitas acontecem.

O grupo possibilitou que todos pudessem expressar suas idéias; embora, em alguns momentos, um ou outro monopolizasse um pouco a discussão, o que foi totalmente contornado com alguma intervenção.

Em relação ao conceito de território, é importante frisar que eles entendem a necessidade de uma maior ênfase, pois a realidade do município, por demais heterogênea, assim o exige. Se assim não o fizerem, o resultado esperado acabará fragmentado, o que sempre gera uma grande insatisfação, pelo fato que todo o empenho da equipe não é suficiente para chegar onde exatamente se deseja.

Muitas vezes a equipe acaba aceitando, com alguma acomodação, as limitações impostas, como falta de carro, recursos insuficientes e informações imprecisas. Fica embotada em sua criatividade para propostas de transformação de uma realidade adversa.

Portanto, necessita-se de grande esforço para não cair na armadilha de resolver os problemas só na cabeça, no verbal, não viabilizando nenhuma real ação transformadora e assertiva.

3.3 Município de Jambeiro - Entrevista com a Coordenadora do PSF



A Coordenadora sempre morou no município e está no *PSF* desde seu início no município, em 2000.

Iniciou falando como funciona o Sistema de Saúde do Município, descrevendo em detalhes como a área de saúde está composta:

"[...] Tem uma Unidade Básica de Saúde da Prefeitura, este prédio aqui que é o do PSF e a Santa Casa que está funcionando como um Pronto Socorro para o básico do básico (tem um médico clínico todos os dias das 7 às 17hs). Não tem Raio-X, quer dizer, tem, mas está desativado. Este Hospital é da Irmandade das Pequenas

Missionárias e não conseguiram entrar em acordo com a Prefeitura, então elas atendem emergências simples, suturas simples apenas. Qualquer coisa coloca na ambulância e vai para Caçapava, que são 22 quilômetros daqui e é a nossa referência. Então, qualquer dúvida, entorse de tornozelo, pneumonia... Como não tem como fazer raio-X... Médico fica muito limitado, vem todos de fora e são contratados pela Prefeitura:

1 Clínico geral sempre, das 7 às 17hs. .

1 Cardiologista – uma vez por semana, oito horas. Não tem estrutura também, pois não tem eletrocardiógrafo, por exemplo.

1 Ginecologista – uma vez por semana, oito horas, pré-natal.

1 Ortopedista – quatro horas por semana, uma vez por semana.

1 Dermatologista – quatro horas por semana

1 médico da equipe do PSF, das 8hs às 17hs. No momento, abrange a cidade toda.

11 ACSs

Duas enfermeiras

Duas auxiliares de enfermagem

Falta mais um médico que ficou para o ano que vêm, e que atenderá a zona urbana. Então, o PSF ficou assim: Uma equipe na zona rural, com seis ACSs, uma auxiliar de enfermagem, uma enfermeira e um médico. E, ao ser contratado o novo médico, contará com cinco ACSs, uma auxiliar de enfermagem e uma enfermeira na zona urbana”.

Salientou as vantagens que um município pequeno tem:

“Como a cidade é pequena, todo mundo que mora na cidade vai no “postinho”, porque é perto. O Dr. Alberto, o

médico do PSF, só para a área rural e pessoas acamadas da cidade”.

Porém, apontou também os limites:

“Não tem convênio médico nem de empresa e nem particular. Os trabalhadores têm convênios, mas aqui no município a Santa Casa é credenciada, mas não tem médico. Todos são SUS dependentes, porque não tem infra-estrutura”.

Estendeu a explicação para a saúde bucal:

“A Saúde Bucal têm dois dentistas, que são muito importantes para a equipe, pois, nós fazemos muito trabalho educativo e os dentistas são muito envolvidos. Um fica em uma escola estadual e outro tem um gabinete no “Postinho”. Temos um Gabinete comprado que está montado, parado, mas por falta de vontade política que está parado. E nós queríamos muito que esse gabinete fosse montado, mas quero acreditar que vão botar para funcionar, senão se deteriora. Daí a gente consegue pegar as crianças do Ensino Fundamental, que seriam atendidos nesse Gabinete, o que seria ideal.

Temos trabalho de escovação e fluoretação na zona rural, orientado pelo dentista.

A equipe é muito boa, senão estaríamos perdidos.

Não temos farmacêutico, o que é uma falha seriíssima. A farmácia é controlada por quem estiver no momento, é um problema. Cidade pequena tem disso. Eu esperneio, mas não resolve nada”.

Ela demonstrou conhecer muito bem como funciona o Sistema de Saúde, suas limitações e seu alcance. Também destacou que o Sistema de Saúde não tem uma infra-estrutura para garantir que haja atendimento para todo agravo de saúde, precisando contar com a estrutura do município de Caçapava, a 22 quilômetros de distância. Como ela mesma colocou, ainda que não da forma ideal, alcança-se um atendimento para todas ocorrências.

Ao falar do histórico do *PSF* no município, descreveu-o com detalhes, do início até hoje, pois esteve presente desde a sua implantação e vivenciou todas as suas etapas e evolução:

“... Iniciou em 2000. Mas ele foi implantado, ou melhor, o Projeto para adesão no Ministério foi no final de 1999. Eu iniciei em 18/01/2000. No começo, era quase que inteiramente fantasma. Eu existia, mas eu ficava também na Unidade Básica de Saúde (postinho) e resolvia a sala de vacina.

Tentei montar a equipe, mas, infelizmente, ele, o prefeito da época, estava mais interessado no dinheiro do Ministério do que em montar a equipe. Então, o que ele fez, ele pegou pessoas da recepção, da informática, faxineira, e as colocou como agentes comunitárias, contratou uma enfermeira e uma auxiliar de enfermagem, e o médico era o mesmo que ficava na Unidade Básica de Saúde e já estava lá mesmo. Essa situação durou dois anos. Depois, houve uma inspeção do Ministério, graças a Deus, e foram contratados mais agentes.

No final de 2002, a equipe tinha seis agentes comunitárias de saúde, um médico, que foi contratado em 2003, 2004, o primeiro médico que era só do PSF, o

outro era, como te disse, o mesmo clínico que ficava na Unidade Básica. Do PSF, ele era médico só no papel.”

Apontou a grande dificuldade que permanece até hoje para a fixação de médicos na equipe:

“Aí ficou um entra e sai de médico até agora, que entrou esse que parece estar com vontade de ficar aqui.

Agora, este ano, foi contratada mais uma enfermeira, que está coordenando a zona urbana e cinco Agentes de Saúde, só está faltando o médico, para que possamos ter duas equipes do PSF. Oficialmente já temos autorização para duas equipes, mas como não temos médico, não podemos ainda. O prefeito prometeu para o ano que vem esse médico”.

Explicou a capacitação da equipe mostrando a dificuldade inicial para a formação da mesma:

“Eu fui capacitada, antes de eu ser efetivada, em 18/01/2000, eu já estava freqüentando um Curso Introdutório, que foi dado pela Regional (DIR XXI), em Paraibuna. Bons e velhos tempos aqueles que eles pagavam para ficarmos em uma Pousada durante uma semana, só estudando. Foi muito bom o meu Curso Introdutório.

Como não tinha nenhum agente contratado, nós convidamos pessoas indicadas pela Secretaria de Saúde, que já sabia quais seriam, e mesmo que não estivessem contratadas, eu levaria junto comigo, pois eu ia com o meu carro mesmo, a Prefeitura não dispunha carro. Aí nós levamos duas pessoas, que ao final do Curso

Introdutório, não tinham perfil, percebi que não adiantaria contratar aquelas pessoas. Acabou que as outras meninas foram contratadas depois, mas, naquela época, tinha bastante Curso Introdutório, então, não tinha problema. Essas meninas mais antigas já fizeram duas vezes o Curso Introdutório. E essas outras que entraram agora, ainda não têm nada. Então, a gente tenta fazer aquele trabalho de Educação continuada. A médica anterior, que estava aqui, e eu, montamos um Projeto que toda Sexta-feira pegávamos as meninas e falávamos de um tema. Hipertensão, diabetes, SUS, PSF, Territorialização e Família; assim, a gente conseguiu manter a capacitação”.

Quanto ao território, num primeiro momento destacou apenas uma característica, a física:

“Nós não tivemos problemas aqui, pois a cidade é muito pequena. Nós começamos pegando uma menina de cada bairro. Quando elas entraram, já conheciam o território delas, porque elas conhecem todo mundo e ficou bem fácil dividir cada região.”

Ainda acrescentou o quanto estão no início nesta questão:

“Agora que eu estou pedindo para elas fazerem o mapa. Nós tínhamos um feito, mas nós tivemos problemas de vandalismo aqui. Houve uma invasão aqui um dia. Nós chegamos aqui e estava tudo de cabeça para baixo. Vandalismo puro e simples. Espalharam o material de limpeza por todo o lado, mais os ingredientes da nossa cozinha, como óleo, sal, açúcar, daí colocaram Varsol e tentaram pôr fogo, acho que eles pensaram que Varsol ia incendiar, mas pegou fogo só numa cadeira.

Fotografias que a gente tinha desde o comecinho, perdemos tudo, inclusive os mapas, as pastas, os prontuários, tudo. Foi um bando de moleques, não se sabe até hoje se incentivado por alguém, segundo eles, foi só vontade de fazer bagunça. Eu, sinceramente, não acredito, eu acho que alguém queria desestabilizar o prefeito, eu não sei. Mas se foi isso, o tiro “saiu pela culatra”, porque a população ficou indignadíssima. Isso aconteceu em Maio, então, agora que as meninas estão confeccionando do novo os mapas e tudo o mais”.

Colocou que precisa de reforços e melhor capacitação:

“Eu estou esperando esse curso do Cefor, que eu creio que vai ter isso, aí eu vou unir as duas coisas. Vai começar às Quintas-feiras, das 8 às 18hs. Esse curso não é Introdutório, é um curso para fazer delas técnicas em Agentes Comunitárias. Seremos nós e Paraibuna juntos, porque cada turma precisa ter vinte e cinco. É o primeiro Curso Técnico em Saúde da Família para Agentes Comunitários. Essa primeira etapa não exige escolaridade ainda. Tomara que não mude, que continue. Já está marcado pra dia 16/11 para começar”.

Apontou dificuldades na delimitação das áreas de atenção de cada equipe, especialmente nos limites de município:

“Agora, o que acontece aqui, é que, às vezes a menina que pega na divisa de Jacareí, diz: “Será que eu devo ir?”. O território de abrangência dela é o que ela questiona, porque pertence a Jacareí, mas muitas vezes, Jacareí não chega até ali, daí a gente fica de olho, se Jacareí não chega, a gente chega, porque essas crianças estudam aqui. Existe um acordo da Prefeitura de Jacareí

conosco, assim como a Prefeitura de Caçapava também. A menina que pega na dívida de Caçapava sabe que foi feito esse acordo e que Caçapava manda suas crianças para cá, pois é um lugar de difícil acesso e fica mais fácil elas estudarem aqui, do que lá. Então, na verdade, elas são nossas, embora estejam no limite do território. Nossa divisa com Redenção também acontece assim”.

Indicou também possibilidade de melhora:

“O território elas conhecem por limite e conhecem as áreas mais críticas ou passaram a conhecer depois do cadastramento. Inicialmente, nós tínhamos seis áreas, agora temos onze. Nós redividimos o município todo, porque as seis primeiras ACSs, pegavam a cidade inteira, e essas novas agora, vieram dividir com elas, então, tivemos que mexer com todas as micro-áreas. Por exemplo: onde era micro-área um, agora é uma parte da micro-área um e uma parte da micro-área três. Então, isso foi feito com ajuda delas, com o conhecimento delas. Elas já pegaram bem as coisas, como eu disse pra você, elas conhecem bem todo mundo.”

Facilidades de um município pequeno:

“Todo mundo conhece todo mundo. A da micro-área dois conhece a da um. Porque, na verdade, o território nosso é pequeno, mesmo a zona rural. Têm lugares distantes que uma Agente não gosta de andar sozinha, e nós não aconselhamos mesmo que ande, então, a outra vai junto, e aí ela acaba conhecendo a área dela e da outra. E isso tem favorecido nosso trabalho. Eu sempre acreditei na equipe integrada e elas são amigas e uma ajuda a outra, dá um bom resultado fazer assim”.

Mais uma vez enfatizou só a área física, geográfica:

“Sabe, quanto ao território, nós nunca tocamos muito no assunto, porque está tão delimitado... Não tem porque discutir o assunto.”

Apareceu inicialmente uma visão fragmentada do instrumento território e depois o reconhecimento do equívoco:

“Na reunião de toda semana, falamos de tudo, mas do território não falamos muito não. A cada quarenta e cinco dias, o médico vai em cada micro-área. Para as prioridades, deixamos às Sextas-feiras, vamos nas prioridades de todas as áreas. Valorizar as diferenças do território é prioridade, não só a delimitação geográfica. Você não pode tratar do mesmo jeito todo mundo. O território influencia diretamente”.

Apontou como um grande problema do município a questão do transporte (Inclusive, a segunda maior causa de mortalidade no município, são mortes ocasionadas por acidentes de trânsito, levantando-se a hipótese que seja pela precariedade do sistema de transporte):

“O transporte aqui é meio precário. Têm locais aqui onde só o transporte escolar chega. O prefeito liberou o transporte escolar para todo mundo. Os ônibus aqui são todos com horários, os circulares, as pessoas sabem, daí alguns usam o ônibus que vai para São José, Paraibuna.

A Prefeitura dispõe de Kombis para o transporte, embora esteja mal distribuído. A Prefeitura não faz diferenciação, é para todo mundo, mas as pessoas vão

na ambulância, porque só tem uma Kombi, mas está bom demais até”.

Apareceu alguma conscientização:

“O território é valorizado pelas Agentes, e elas sabem dar a devida importância ao território delas. Elas são bem conscientes do território e das dificuldades que ele tem”.

E agora, a constatação de uma evolução:

“Na verdade, deixei que cada uma usasse a criatividade para refazer os mapas, e eu notei que elas estão com os mapas mais ricos que os anteriores, mais completos, elas estão detalhando mais. Se eu colocar o dedo aqui no mapa, e perguntar: “quem é que mora aqui?”. “Fulano, ele faz isso, faz aquilo...”. Elas têm que saber.

Elas estão com o número reduzidíssimo de famílias. Têm Agentes da zona rural que estão com setenta e oito famílias. Então, tem mais é que saber onde e quem mora, qual a dificuldade dessas famílias, o que precisam. O que tem que fazer, elas conhecem muito bem.

Com certeza, o mapa está mais rico. Tudo o que acontece a gente incentiva que elas coloquem lá. Casa nova. “Já colocou?”. E o orelhão que foi colocado perto da igreja?, não pode esquecer”. Nós precisamos ter um mapa bem atual.

A nossa maior dificuldade é, mesmo, a rotatividade dos médicos. Nos três primeiros anos, não dava nem para contar, pois não tinha um específico do PSF, como

eu já te falei. Depois, o que foi contratado, não ficou nem seis meses. Um, conseguiu ficar um ano, e esse, só faz quinze dias que foi contratado.

Esperamos que ele fique bastante tempo conosco, para conseguirmos desenvolver um trabalho que tenha continuidade”.

A coordenadora demonstrou conhecer bem o município, porém, em sua fala, apareceu alguma contradição em relação ao conceito de território, que parece estar reconhecido mais como área geográfica, apenas. Refletindo mais ao longo da entrevista, apontou uma compreensão mais ampliada e valorizou o território como um instrumento de trabalho.

3.4 Município de Jambeiro - Grupo Focal



Há apenas uma equipe no *PSF*, formada por moradores do município. Conhecem bem as características do lugar. É uma equipe bem unida.

O Grupo Focal foi formado por um médico, uma dentista, uma enfermeira, uma auxiliar de enfermagem e quatro agentes comunitários de saúde.

O clima, desde o início, foi de descontração, o que possibilitou que a conversa transcorresse de forma bem natural, com facilidade para a colocação e respostas das perguntas.

Percebeu-se, apesar dos problemas levantados, que a equipe se ocupa em buscar soluções alternativas constantemente.

As colocações foram espontâneas, aparentemente sem a preocupação de omitir nada, o que permitiu um rápido entendimento do funcionamento da equipe.

Da equipe apenas o médico e a dentista tinham experiência anterior com o *PSF*, a dentista no próprio município e o médico no *PSF* do município de Redenção da Serra.

Quanto ao Sistema de Saúde do município responderam:

“Vai aos trancos e barrancos”. (ACS-2)

*“Para conseguir marcar uma consulta com especialista é uma briga. Demora, não tem vaga. Precisa arrumar transporte e depois acaba não adiantando nada”.
(ACS-3)*

“Por isso e outras coisas mais é que eu disse que vai aos trancos e barrancos. Todos concordam, não tem como”. (ACS-2)

Apontaram como positivo a possibilidade de intervir na dinâmica da população:

*“Positivo é você ver o paciente atendido. É, por exemplo, você conseguir convencê-lo a não tomar mais um medicamento que ele não precisa, mas que acostumou a tomar. Tem que ganhar a confiança dele. Tem que ir aos poucos. Esse trabalho é gratificante”.
(Médico)*

E como negativo, como dificuldade, colocaram um problema típico de município pequeno, que é a falta de especialistas:

“Aqui temos a maior dificuldade para encaminhar. Daí, ele não acrescenta nada, fala o óbvio, o que eu já sabia, apenas para se ver livre do paciente. Isso é muito frustrante”. (Médico)

Quando perguntou-se o motivo da escolha do *PSF*, verificou-se que a maioria estava só procurando uma oportunidade de trabalho:

“Precisava trabalhar”. (ACS-1)

“Estava desempregada” (ACS-3)

Só o médico fez a escolha por acreditar na proposta do *PSF*:

“Vontade de fazer um trabalho diferente. Como uma doação mesmo, dedicação aos mais carentes. Já tirei berne de paciente na hora do almoço. Parei de comer, fui no átrio, espremi o berne, lavei a mão e continuei a comer. Já dei receita em papel de pão, guardanapo, o que tiver à mão. Acho que eu gosto, entende?”. (Médico)

Quanto à capacitação, colocaram que a das *ACSs* contratadas recentemente foi feita pelas mais antigas. As mais antigas fizeram Curso Introdutório:

“As mais velhas fizeram Curso Introdutório. Fomos em Monteiro Lobato, Paraibuna. As mais novas ainda não tiveram oportunidade. Mas nós, as mais velhas, vamos juntas e vamos dizendo como é para fazer”. (ACS-1)

“É, a gente aprendeu com as mais velhas. Eu entrei em Janeiro. A enfermeira ficou uma semana com a gente explicando tudo certinho como é que era o PSF, daí foi assim...”. (ACS-2)

O acompanhamento é semanal, feito pela enfermeira e o médico, que procuram abordar todos os conteúdos; embora essa não seja a forma ideal, conseguiram encontrar uma alternativa para manter a equipe atualizada, usando os recursos próprios.

“Toda sexta-feira a Dra. vem fazer uma conversa com elas”. (Enfermeira)

“A gente está sempre procurando a enfermeira, tentando saber como e porque e passando para ela o que está acontecendo”. (ACS-2)

O que mais chamou a atenção foi um certo desânimo das agentes comunitárias de saúde, que se sentem impotentes diante da complexidade do que precisam enfrentar no cotidiano de trabalho. Mesmo com todo o empenho, não alcançam o esperado. Esse desânimo acaba atingindo toda a equipe, que o atribui à falta de um envolvimento político satisfatório:

“Não há vontade política, não dão importância à prevenção. Você pede escova e não consegue. Não tem material pra trabalhar”. (Dentista)

“Remédios mudam toda hora. Médico receita o que tem, daí já não tem mais. Receita outro, acaba também. Tem que ser heroína para conseguir fazer um trabalho bem feito”. (Auxiliar de enfermagem)

“É, quando você precisa encaminhar para um especialista, tudo fica pior, porque ele quer só descartar o paciente, dá uma receita de ‘Dipirona’ e pronto! É só uma perda de tempo, não faz a investigação que precisa. O paciente volta e depois de todo o esforço para que ele consiga a consulta, nada acontece, para esclarecer o seu caso”. (Médico)

“Há muitas dificuldades, mas vamos levando como dá. O pior mesmo é como a nossa dentista falou, a falta de vontade política”. (Enfermeira)

Essa frustração apareceu no decorrer do debate. Foi tão forte que chegaram a pedir um trabalho terapêutico para a equipe, já que “andam muito cansadas” e sem ter com quem discutir seus próprios problemas, que vão se acumulando, interferindo no trabalho que executam.

“Você é que tem que dar a cara para bater. Você é quem vai na casa do paciente. Ele fala desaforo. Recebe você mal...”. (ACS-1)

“Daí você fica sem credibilidade...”. (Médico)

Apesar dessas colocações, há um grande entendimento entre eles e uma vontade de superar as dificuldades, buscando alternativas que representem uma transformação na situação.

“Quis pedir demissão mil vezes, mas sou apaixonada pelo que faço”. (ACS-2)

“Também já pensei em sair, mas aí vem alguém na minha porta pedir pra fazer alguma coisa. Penso então,

não está na hora de sair, vou continuar. São quatro anos já. Vamos em frente!”. (ACS-3)

*“Até que a gente se diverte. É bom a gente saber que a pessoa conta com você. Que você é importante”.
(Enfermeira)*

Em relação ao conceito de território, percebeu-se claramente que não o valorizam no cotidiano de seus trabalhos, não enxergam o território com a amplitude que oferece, estando mais presas apenas ao conceito geográfico.

“Não entendi o que você perguntou...”. (ACS-1)

“Deixa ver se eu entendi a pergunta...”. (ACS-2)

“Ela está perguntando das diferenças nas micro-áreas de vocês”. (Enfermeira)

“Ah! A minha micro-área é aqui na cidade. Então não adianta bater antes das nove da manhã”. (ACS-1)

“A minha micro-área é mais sossegada, é sem carência. O que tem, são muitas pessoas depressivas. É mais freqüente que diabetes e hipertensão”. (ACS-3)

“Sabe, as pessoas aqui são muito limitadas, casam muito cedo, cidade pequena, não tem o que fazer, então, acaba todo mundo com depressão”. (ACS-4)

“Eu já percebi a necessidade de um projeto aqui, uma programação a ser implantada de mais atividade física, caminhada, por exemplo, acompanhamento de um

professor de Educação Física, necessidade de atividades de lazer, de cultura, pra combater, não só a obesidade, a diabetes, colesterol aumentado, mas muito mais essa parte psicológica, porque as pessoas acabam somatizando, como ela disse, cidade pequena que não tem o que fazer. Vamos ‘arranjar’ o que fazer, ensinar a fazer pão, bolo, crochê, jogar conversa fora e por aí vai...”. (Médico).

Após essas colocações, foi ponderado que há como mediar essa situação com atividades que levem à descontração, ao prazer de criação. Assim, vínculos são estabelecidos e consegue-se um melhor resultado geral.

Percebeu-se que a necessidade de transformação dessa realidade é possível, com recursos que dependam apenas da equipe e da boa sensibilização que fizerem para adesão da população às novas propostas. Inclusive, a própria equipe sairia beneficiada, porque encontraria alívio para as suas próprias frustrações, de maneira que, cuidando, seriam também cuidadas.

Existiu uma unanimidade em reconhecer a necessidade de criar alternativas para aliviar os problemas enfrentados pela população (p. ex. depressão, insatisfação com a vida que levam, com a cidade pequena, “que não tem o que fazer”). Em contrapartida, as propostas (p.ex. ensinar a fazer bolo, pão, crochê ter atividade física, “jogar conversa fora”) parecem insuficientes para um adequado enfrentamento desses problemas.

Além disso, não se colocavam como agentes dessas propostas, atribuindo a possível solução dos problemas à atuação de um psicólogo no município. Entretanto, o debate serviu para rever essa posição:

“Não temos psicólogo no município, nenhum. Mas, isso podemos fazer, e não vamos perder a oportunidade de

colocar isso em prática. Vamos tratar de planejar bem esse projeto que nasceu hoje aqui, arregaçar as mangas, e começar pra valer!". (Enfermeira)

3.5 Município de Caraguatatuba - Entrevista com a Coordenadora do *PSF*



Embora o encontro estivesse agendado com mais de um mês de antecedência, a coordenadora do *PSF* não compareceu, indicando a enfermeira responsável por um dos bairros do município.

A enfermeira responsável pela Unidade do Bairro Jaraguazinho, indicada pela coordenadora também afirmou, de pronto, que o Grupo Focal seria realizado apenas com os Agentes Comunitários de Saúde sob sua liderança.

Embora a recepção tenha sido decepcionante, longe das condições esperadas tendo em vista os contatos anteriores com a coordenadora

do PSF. A prontidão da enfermeira indicada tornou o resultado das atividades propostas bastante satisfatório, não sendo necessária uma nova visita.

Sobre o Sistema de Saúde do Município, ela respondeu e destacou a dificuldade do município nesse momento:

“Aqui só temos um hospital, que é Casa de Saúde Stella Maris. A Stella Maris possui serviços de radiologia, eletrocardiograma, laboratório de análises, anatomopatologia, serviços de enfermagem, serviço social e medicina no trabalho. Lá é atendido público, particular e convênio também. No momento, não estão sendo feitas cirurgias pelo SUS. Foram todas canceladas, por causa de uma briga política, creio eu. Só emergências eletivas estão sendo atendidas. Também está sendo feito o atendimento no Pronto Socorro. Aqui a demanda é muito grande, há um projeto para a construção de um Hospital Municipal, que eu espero que aconteça mesmo. Porque um hospital só para noventa e seis mil habitantes, não tem como.

Faz parte do sistema de saúde do município três ou quatro centros de especialidades abrangendo odontologia, fisioterapia, moléstias infectocontagiosas e central de vagas”.

Salientou como está complicada a saúde no município:

“Nós temos um cardiologista para a população inteira, o que gera uma lista de espera absurda. É bem complicado isso. Atrapalha demais o trabalho da gente, porque a população acaba perdendo crédito na equipe, porque não entende que isso não depende da equipe. Há

uma grande dificuldade em trabalhar assim. Por enquanto, a única proposta que temos é a Central de vagas que foi criada, mas são dadas só trinta vagas por mês, o que é o mesmo que nada.

Eu não sei o que acontece aqui, que os médicos contratados não ficam. É um troca-troca absurdo, que faz com que o serviço não ande. Se o paciente precisa de uma avaliação, para que qualquer procedimento seja feito, vira um verdadeiro inferno! Para você ter uma idéia do tamanho do problema, só a médica da minha equipe, atendeu o mês passado, mais ou menos, seiscentos e oitenta consultas. É muito difícil, é muito complicado. Não tem estrutura para a população. Isso tem que mudar. Não temos nenhum dentista no PSF, aqui no Posto não tem Saúde Bucal. Todos os casos precisam ser encaminhados. Precisa se contar com a boa vontade dos profissionais que não são do PSF, e que já têm a sua demanda pra atender. Emperra qualquer serviço. Desanima qualquer um. Tudo acaba caindo aqui, pra você ter uma idéia, até exame médico de admissão de rotina de empresa, a referência são os Postos”.

Percebeu-se que o município passa por um momento de dificuldades na área da saúde, devido a desentendimentos políticos, o que está acarretando uma sobrecarga de atendimentos nas Unidades do Programa de Saúde da Família e uma grande insatisfação, tanto da equipe, quanto da população.

Ao falar do histórico do PSF no município colocou, de forma sucinta o processo de implantação, porém, destacou a grande dificuldade do Programa:

“O Programa foi implantado em 1999 e conta, atualmente, com vinte equipes completas, com médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, e agentes comunitários de saúde. Conta, ainda, com duas equipes de PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde), que atendem a região central da cidade, que só conta com a enfermeira e os Agentes Comunitários de Saúde. Essas equipes têm muitas dificuldades, porque só com a enfermeira e os agentes para resolver todos os problemas sem contar com um médico, você já imaginou, né?” Temos cento e setenta e seis Agentes Comunitários de Saúde, e cada um deles atende, mais ou menos, cento e noventa famílias”.

Quanto à capacitação da equipe, explicou que se deu em duas etapas, os Agentes Comunitários de Saúde que iniciaram, tiveram uma preparação diferente dos ACSs de hoje:

“Inicialmente, a capacitação foi feita pela DIR XXI, nem eu e nem ninguém tínhamos qualquer experiência anterior com o PSF. Desde o início do ano, as capacitações passaram a ser feitas pela UNIFESP (Universidade Federal de São Paulo), que assumiu o PSF aqui em Caraguatatuba. Nós enfermeiros, treinávamos nossa equipe de agentes. Agora, é tudo feito por eles da UNIFESP. Estamos nos adaptando às mudanças, que são, ainda, bem recentes”.

O que se percebeu, é que a equipe está confiando totalmente nessas mudanças, embora, nesta fase, não haja qualquer garantia quanto ao resultado.

Quanto ao conceito de território, colocou claramente que não era utilizado de forma completa:

“No treinamento introdutório, ele foi abordado. E nós estamos, justamente, trabalhando com isso, agora. Quando você chegou, estávamos refazendo os mapas, você não viu? Não se trabalhava tão direcionado assim. Tínhamos só a visão geral. Agora, estamos vendo as áreas de riscos, as diferentes formas de abordar. É mais trabalhoso. Leva muito mais tempo. Mas, com certeza, o resultado vai ser melhor. Não tem nem comparação”.

Explicou o quanto as equipes estão voltadas para isso:

“Todas as equipes estão investindo nesse aspecto, agora. Por exemplo, antes, se via as doenças básicas, apenas. Agora, estamos enfatizando e priorizando outros problemas, que podem melhorar, e muito, a qualidade da saúde como um todo.

Esse treinamento que a UNIFESP está dando, está valorizando demais o território, e as diferenças que ele apresenta. Minha equipe está trabalhando como nunca nisso. Desde que a UNIFESP assumiu, em Janeiro, a gente vê diferença em tudo. A preocupação é diferente, a turma é muito mais interessada. Antes, não tinha essa preocupação com o território, por exemplo. Agora, até nisso vemos diferença. Porque você sabe, aqui a Unidade do PSF é sempre lotada, você não dá conta. E o trabalho do PSF é de prevenção, e não de tratamento. E nem isso a população conseguiu absorver até agora. Com certeza, tudo vai mudar e para melhor!”.

Verificou-se que o teor da entrevista foi, o tempo todo, de expectativas de mudanças ou de consolidação das que estão ocorrendo para melhorar os indicadores de saúde do município. O que parece é que isso está servindo de estímulo para que as equipes se envolvam mais no trabalho e que superem as dificuldades até aqui encontradas.

3.6 Município de Caraguatatuba - Grupo Focal



A grande área do município resulta em micro-áreas heterogêneas, aumentando o desafio dos agentes comunitários de saúde.

A equipe que participou do grupo focal é a da Unidade Jaraguazinho. Participaram a enfermeira e seus agentes comunitários.

O clima foi de reflexão e reivindicação. Aproveitaram o grupo para colocar os entraves das ações, transparecendo insegurança e solidão nas decisões que precisam tomar.

Em alguns momentos, a enfermeira frisava que estava ali para ajudar, mas que ela também tinha limites e muita coisa também não dependia dela.

Apesar do clima reivindicatório, o grupo transcorreu sem bloquear colocações e constatações.

“O Sistema de Saúde do município de Caraguá era basicamente só o SUS e, agora, com o PSF, houve um reforço na saúde, um suporte para a qualidade de vida da população. Antes, os pacientes ficavam ‘a Deus dará’ aguardando a ambulância quando precisavam ser removidos para atendimento, agora, o médico vai na casa. Não está a mil maravilhas, mas vai melhorar mais ainda para a população”. (ACS-2)

Quando responderam por que escolheram o PSF, todos colocaram que, inicialmente, foi apenas uma oportunidade de trabalho, porém, hoje, pensam diferente.

“Hoje a gente gosta, é um trabalho com pessoas e, então, tem que se dedicar, tem que gostar do que faz, senão não fica. Tem que respeitar, ter dom de saber lidar com as pessoas”. (ACS-3)

Quanto à capacitação e o acompanhamento da equipe, colocaram ter recebido indiretamente, através da enfermeira coordenadora:

“A enfermeira fez um curso na DIR e nós, agentes, fizemos com ela. Foi abordado prevenção, hipertensão, diabetes, mais saúde da criança, da mulher, etc. Agora,

estamos tendo mais cursos, diretamente com a equipe que assumiu , da UNIFESP, você sabe, né?”. (ACS-1)

Quanto ao território, descreveram como é diferente em suas necessidades:

“Cada micro-área tem que ter um combate diferente, por exemplo, a minha, é problema com a pavimentação, só que é um problema que não depende de mim. Tem que aguardar”. (ACS-4).

“O território é cheio de contrastes, varia muito, mesmo numa área só. Tem área de preservação ambiental, tem área de barranco, de beira de rio, tem área com poder aquisitivo melhor...”. (ACS-5)

“O PSF é bom, porque abrange todos. É para orientação, por exemplo, na minha área, também o problema é com a pavimentação, é buraco, é lama, a bicicleta que vive no conserto”. (ACS-6).

“Na minha área, tem ponto de droga, e como eu conheço todo mundo lá, eles me aceitam, eles dizem assim: “Essa aí é de boa, é limpeza!”. Então dá pra trabalhar”. (ACS-7).

“Na minha micro-área, o problema é a falta de saneamento básico, gestantes adolescentes....” (ACS-9).

“Na minha, tem uma clínica transitória, é uma clínica tipo albergue, que foi projetada para moradores de rua, mas que acabou um problema na minha área, porque virou ponto de encontro para fugitivos da polícia, para

fumar maconha na porta. Sabe como é que é, chega de noite, come, dorme, e depois, rua. Não tem nem como cadastrar. E o que era para ser para a melhora, acabou piorando a área. Já tentaram roubar a casa de várias vizinhos... Está, realmente, um problemão". (ACS-1)

Apontaram uma peculiaridade do município:

"Tem outra coisa complicada que acontece aqui, que é a época de temporada. O pessoal sai muito cedo pra trabalhar e chega tarde. Não param em casa. Não dá pra trabalhar direito nessa época". (ACS-4)

"Bem que poderia ter hora extra, né? Fora do horário, depois das cinco. Precisamos rever isso. Porque, por exemplo, aos Sábados e Domingos, a gente pegava as pessoas que não ficam em casa de dia de semana, aí, poderia ter uma melhoria no salário da gente". (ACS-1)

"Meu horário é muito apertado, tenho dois filhos pequenos. Nem pensar em hora extra". (ACS-2)

O assunto da hora-extra gerou uma certa polêmica, com a maioria contra, porém, acabou superado, quando a enfermeira colocou ser impossível pensar em horas extras para gerar ganhos extras. Para atender toda a demanda, a coordenadora colocou a possibilidade de viabilizar o trabalho em horários diferenciados. Porém, a partir daí, todos se desinteressaram, tornando evidente que o interesse não era atender os ausentes, mas conseguir um acréscimo no salário de forma justificada.

“Poderíamos pensar num banco de horas, e depois, vocês tirariam essas horas. Agora, parece que todos se desinteressaram, engraçado, né?” (Enfermeira)

“Imagine horários aos Sábados, a maioria das pessoas trabalha na praia aos Sábados, é onde conseguem aumentar seus ganhos. Só se formos trabalhar na praia, que tal?” (ACS-3)

“Tem outra coisa, têm alguns moradores daqui que não conseguem alvará da Prefeitura para trabalharem aqui, mas conseguem em Ubatuba, em São Sebastião, então, vão trabalhar lá. E aí, não encontramos nem na praia (risos)”. (ACS-5)

“Na minha área é muito mineiro que vem aqui para trabalhar nas temporadas, não se consegue pegar eles em casa. Seis e trinta da manhã já saíram. A Prefeitura dá apoio financeiro nessas temporadas para trabalhar. E esse é um problema grande da minha área”. (ACS-6)

“Aqui embaixo, tem muita casa fechada também, só lá no Morro que não tem. O pessoal só vem para passar férias aqui. Não aceitam orientação, não aceitam que se bata na porta da casa, porque, se bater, com certeza, batem a porta na sua cara”. (Enfermeira)

Apontaram mais características de suas áreas de abrangência:

“O que tem mais aqui é hipertenso, sabe por quê? É porque ele não faz o regime que precisa. Não resiste a comer feijão com bacon. Não quer ter trabalho de fazer uma saladinha, e é aí que eles nunca ficam bons. Eles

são indisciplinados, não fazem caminhada, não querem fazer exercício, não tomam o remédio direito. Dá para trabalhar assim?”. (ACS-1)

Dificuldades no cotidiano de trabalho:

“É, você chega na casa, e acha quatro cartelas de remédio sem tomar...” (ACS-7)

Visualizaram o alcance do empenho de suas ações:

“O mais importante no trabalho, acaba sendo a satisfação de fazer a diferença para essa população carente”. (Enfermeira)

Porém, as dificuldades continuam presentes e exigem mais empenho:

“A maior dificuldade, é a adesão e, também, a teimosia do povo”. (ACS-3)

Apareceu, também, descontentamento:

“Eles só querem remédio. Se fala que tem que passar no médico primeiro, eles não concordam, vira uma briga. Alguns falam assim: ‘Vocês ficam fazendo tantos cursos de capacitação, que adianta, se não tem remédio? Não tem nem um esparadrapo?’ Eles pensam que somos assistentes sociais, são sem respeito pelo nosso trabalho...”. (ACS-2)

E, em contrapartida, o lado positivo:

“Ah! Mas também tem uns, que você faz uma coisinha de nada e eles não sabem como te agradecer...”
(ACS-4)

Chegaram à realidade e apareceu a constatação do grau de exigência para o trabalho:

“É... Tem de tudo. O que as pessoas precisam mesmo, é de uma boa conversa, um pouco de atenção, como se você fosse um psicólogo, sabe? Se você não der atenção direito, te tratam mal, às vezes, eles vêm na sua casa bem na hora do almoço, e se você não atender, quando você precisar ir na casa dele, daí ele não tem recebe também”. (ACS-9)

Em relação ao território, colocaram não ter dado, até agora, importância diferenciada. Coincidentemente, estavam refazendo o mapa justamente no dia do grupo, para tentar compreender melhor o território e como é que poderiam modificar as abordagens feitas para encontrar um resultado mais efetivo. Por exemplo, colocaram que um dos maiores problemas que enfrentam são as casas fechadas, para temporada. A falta de abordagem deste espaço, segundo eles, impede o controle correto da epidemia de dengue, doença comum no município, e motivo de grande insatisfação da população com o trabalho dos agentes. Até agora, esse parece um problema sem solução.

Acreditam, no entanto, que tudo vai melhorar agora que estão submetidos à capacitação contínua, que enfatiza que a análise do território precisa ser revista e melhor explorada.

Infelizmente, a ausência do médico e de outras categorias profissionais, inviabilizou que outras visões sobre o problema pudessem ser conhecidas. Porém, segundo a equipe, todos pensam que precisam encontrar

novas abordagens na ação cotidiana, para tentar solucionar problemas crônicos como o citado. A falta de saneamento básico em algumas micro-áreas, também é outro problema apontado como prioritário, seguido da pavimentação. Quando chove, além do risco de desmoronamento, fica inviável o acesso em alguns locais, bloqueando a comunicação entre agentes e população.

Por causa desses problemas crônicos, os agentes, muitas vezes, ficam desacreditados. *“O povo não entende que não depende de nós”* (ACS-1).

A equipe também reivindicou ações de descontração e de acolhimento dos problemas que enfrentam, por estar na “linha de frente” entre a população e muitas dificuldades e limitações, cujas soluções são lentas demais ou “nunca” chegam. Percebe-se que a vulnerabilidade também se aplica aos próprios agentes.

Portanto, apesar de toda a equipe do *PSF* não ter sido ouvida, o grupo foi valioso, pois colocou com clareza idéias, situações adversas, problemas mais freqüentes, e dificuldades no cotidiano das ações, possibilitando um entendimento muito satisfatório de como funciona o *PSF* no município.

3.7 Semelhanças/Diferenças entre entrevistados/Grupos Focais dos três municípios

As queixas foram muito semelhantes, apesar dos municípios serem diferentes em sua estrutura.

As equipes ouvidas estão insatisfeitas, por não conseguirem encontrar soluções satisfatórias para os problemas e necessidades apontadas, apesar do seu empenho e comprometimento. Sentem-se vulneráveis, pois perdem a credibilidade junto à população que não percebe as limitações em seu poder de ação. Há necessidade de um maior empenho do governo, principalmente porque alguns problemas são crônicos e sua solução exige ações continuadas, além da esfera da saúde e de longo prazo.

Evidentemente, os que mais sofrem são os agentes comunitários de saúde, pois concentram as reclamações de toda precariedade da intervenção estatal no espaço em que vive a população atendida. Sofrem o impacto da não resolutividade dos problemas enfrentados. Parecem incompetentes quando, por exemplo, uma epidemia de dengue aparece. É como se o agente fosse pego em falta, o que não corresponde com a complexidade dos problemas, como podemos perceber pelas evidências apontadas pelos grupos focais dos municípios.

Pontos comuns verificados nos três grupos:

- Heterogeneidade da população;
- Demanda maior que a oferta;
- Insatisfação com a insuficiência de políticas públicas mais abrangentes;
- Frustração cotidiana com a incompletude do resultado das ações interventivas, sempre diferente do esperado.
- Necessidade de algum trabalho terapêutico com a equipe;

Os três municípios estão comprometidos com o trabalho. Concordam que a análise do território feita com mais cuidado é um instrumento para encontrar novas possibilidades e melhorar. A análise com atenção diferenciada de cada micro-área, de cada família dessa micro-área, de cada pessoa dessa família, e de cada necessidade apresentada por ele é, sem dúvida, um diferencial na busca plena de uma solução adequada para as carências e necessidades.

Há peculiaridades que diferenciam as dificuldades da equipe em cada município. Jacareí aponta a falta de carro para as visitas domiciliares, Jambéiro tem problemas com a permanência dos médicos no município e o transporte precário, Caraguatatuba, por sua vez, tem as casas fechadas de turistas e trabalhadores nas temporadas, o que dificulta muito o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde.

Enfim, para modificar efetivamente uma situação adversa, a ação desencadeada não pode ser pré-determinada, mas deve diferenciar-se para cada um, no momento da necessidade.

Conclusão

O território é tão rico, que “fala” por ele mesmo e pode propiciar uma intervenção imediata, se a equipe “ouvir sua voz”. É consenso na literatura especializada de que há necessidade de uma mudança na análise do território, que, como diz MARICATO (1996), “*é palco, além de objeto e sujeito de profundas contradições e desigualdades*”.

A área de saúde pública valoriza a abordagem do território desde a sua origem e também a mesma importância tem sido dada nas capacitações iniciais das equipes do *PSF*. Do mesmo modo, diante da necessidade de encontrar novas formas de enfrentamento dos problemas, os participantes dos grupos focais reconhecem a importância da análise do território no cotidiano de suas ações de trabalho, para a melhoria da qualidade de vida das populações locais.

A despeito da valorização teórica, as equipes de saúde da família analisadas não conseguem dialogar devidamente com o território no seu cotidiano de trabalho. Não se relacionam com a realidade de forma eficaz e, portanto, acabam por perder o compromisso com o resultado. Conseqüentemente, é visível a necessidade de um outro olhar, que possa transformar o território em um instrumento usual de diagnóstico e intervenção. Mas há dificuldades para se chegar a isso, devido à complexidade que um uso acurado deste instrumento exige.

Tratar devidamente o cenário apresentado pelo espaço geográfico e social de aplicação da política de saúde demanda um olhar seletivo, uma escuta sensível, e o envolvimento de todos os recursos disponíveis pelas instâncias de poder existentes, além de uma relação harmoniosa entre eles.

As dificuldades são muitas, esbarrando em uma nova maneira de coordenar a atuação do Estado, que demanda uma visão integrada dos problemas sociais – a intersectorialidade. Como diz JUNQUEIRA (2001):

“A intersectorialidade incorpora a idéia de integração do território, de equidade, enfim, dos direitos sociais. É uma nova maneira de abordar os problemas sociais. Constitui uma concepção que deve informar uma nova maneira de planejar, executar e controlar a prestação de serviços, para garantir um acesso igual dos desiguais”.

Não se pode continuar com um discurso novo, mas com uma prática antiga. Os recursos que o território oferece não resolverão milagrosamente problemas crônicos, mas é indiscutível que eles servem para um combate mais realista das diferenças encontradas e, por conseguinte, para atingir um resultado mais equitativo frente a tantas desigualdades.

Infelizmente, as equipes de saúde do *PSF* utilizam o conceito de território como uma fonte estática para levantamento dos recursos locais, deixando de reconhecer os elementos dinâmicos presentes nesse território. Na concepção é um programa inovador, mas na prática, perde a eficiência por não valorizar nos *ACS*s um instrumento de grande valor diagnóstico e posterior intervenção.

Nesse sentido, discutir a análise do território e seu impacto na atuação das equipes do *PSF* levanta questões mais gerais sobre a maneira como o Estado se relaciona com os cidadãos. Uma certeza, é que a busca de uma justiça social pela implementação de políticas públicas de saúde demanda que elas não sejam aplicadas sem uma consideração individualizada das necessidades presentes no território. Todos os que militam na área de saúde sofrem com resultados insuficientes na luta contra as desigualdades para efetivar a inclusão social.

Não há respostas prontas, a análise do conceito de território significa que as equipes precisam estar preparadas para explorar situações variadas, para dar suporte, colocando propostas assertivas que, muitas vezes podem ir além da área de ação da saúde. As equipes de saúde da família devem trabalhar com as diversidades do território, com uma gama muito grande de elementos problemáticos e situações crônicas aparentemente sem solução. Assim, o bom uso do conceito de território deve significar, acima de tudo, a garantia de que as equipes saberão fazer uma boa análise da realidade e poderão lidar com um cenário constantemente transformado, tendo capacidade de manejar e apresentar sempre estratégias novas, pois as demandas não são fixas. Para isso, precisam lidar com todos os limites e atingir o equilíbrio de vários elementos que podem trazer bem-estar e conforto às famílias da sua área de abrangência.

É preciso repensar o cotidiano para evitar a frustração cotidiana, constante queixa das equipes de saúde da família. Para dar conta do que pedem os sujeitos do território é indispensável aprender a negociar, aceitar os desafios com determinação e adotar estratégias que privilegiem um amplo envolvimento.

Foi possível verificar que o trabalho cotidiano das equipes, ainda que limitado, pode ser determinante para solucionar problemas graves da população, pode ser potente para desencadear mudanças significativas. Portanto, as equipes precisam saber sair das “ciladas”, “armadilhas” e “nós”. *“Se os problemas são muito profundos para serem curados, podem, ao menos, serem cuidados”*. (VASCONCELOS, 1999).

Certamente, esta pesquisa não esgota toda complexidade do assunto, cuja natureza parece ser mesmo inesgotável. A despeito de eventuais limitações, espera-se ter delineado uma linha de estudo que, além da constatação da presente insuficiência do uso da análise do território pelas equipes do *PSF*, permita compreender como dotá-las de materiais para a implementação do efetivo uso do território, o que merece um aprofundamento futuro.

De qualquer forma, parece evidente que o melhor emprego da análise do território começa junto aos componentes de cada equipe de saúde, eles que necessitam prontidão para o enfrentamento de uma gama de questões complexas. Para que possa cuidar, a equipe precisa ser antes cuidada. Portanto, a saúde mental dos componentes das equipes é um requisito fundamental, não podendo ser negligenciada.

Nesse sentido, as capacitações continuadas são indispensáveis, não apenas para uma revisão de natureza técnica, que, além de avaliar e recuperar pontos não assimilados, devem investir em escutas pontuais dos elementos da equipe do *PSF*, valorizar o acolhimento de problemas comuns e, principalmente, oferecer apoio psicológico aos componentes da equipe.

O aconselhamento deve ser sistemático, não eventual, permitindo que as equipes, com discernimento e clareza, possam entender os reais limites de suas responsabilidades. É preciso desenvolver a capacidade contínua de rever o plano de suas ações, toda vez que as circunstâncias exigirem, para alcançar a possibilidade de melhoria no atendimento. Embora a solução integral dos problemas enfrentados pelas famílias atendidas esteja além do alcance das equipes do *PSF*, a discussão constante destas dificuldades permitirá aos seus membros transformar frustração em motivação no trabalho.

Esse aconselhamento deve priorizar os *ACSs*, porque são os que trabalham sob maior pressão, uma vez que compartilham das necessidades da população que atendem, já que muitos deles fazem parte dela. Ao mesmo tempo, precisam saber estabelecer um distanciamento frente a essa realidade, para que sua atuação seja imparcial, ética e transparente. Os *ACSs* são a espinha dorsal da melhoria da análise do território, sendo imprescindível que não sejam tratados como meros executores, mas participem do planejamento estratégico das resoluções da equipe em conjunto com as lideranças locais.

O processo de ganho de confiabilidade dentro da equipe e na comunicação com a população é contínuo e exige negociação e construção conjunta.

Em suma, é fundamental frisar que as equipes de saúde lidam no seu cotidiano com situações que exigem uma prontidão no atendimento. Precisam enfrentar desafios constantes, não só no âmbito da saúde, mas também no acolhimento de problemas de ordem psicológica. Assim, apenas se tiverem equilíbrio afetivo-emocional, as equipes poderão fazer um trabalho consistente.

Por fim, percebe-se que as propostas para melhorar o atendimento prestado pelo *PSF* se inserem no profundo e difícil tema da articulação do individual com o coletivo. A proposta coletiva do Estado ganha destaque individual nas equipes de saúde de cada localidade – e em cada um de seus componentes. Em última análise, é na relação individual dos membros da equipe com as famílias atendidas que a política pública se estabelece. O sucesso do plano coletivo de saúde depende da estruturação eficaz de cada um desses contatos individuais, sendo inestimável a ferramenta da análise do território.

A necessidade de aperfeiçoar o *PSF* precisa ser enfrentada. Como falou Eymard Mourão Vasconcelos:

“É fundamental a ampliação e o aperfeiçoamento do Programa da Saúde da Família, com uma estratégia de aprofundamento da qualidade dos serviços diante da complexidade das situações de exclusão social tão fortemente presentes até mesmo nas regiões mais industrializadas e modernas da sociedade capitalista contemporânea. A necessidade de sociedade e Estado se responsabilizarem por essas famílias correlaciona-se com o reconhecimento social do caráter excludente e

perverso do atual modelo de desenvolvimento econômico” (VASCONCELOS, 1999, pp.258-59).

É indubitável que o emprego da análise do conceito de território, de maneira aprofundada e dinâmica na prática das equipes de saúde da família, deve ser o foco dos esforços para o aperfeiçoamento do *PSF* na realidade de cada município. O trabalho é árduo, há limitações que geram angústia, mas a experiência vivida nesta pesquisa leva a acreditar que é possível.

Bibliografia

CALVINO, I. *As Cidades Invisíveis*. São Paulo, Cia das Letras, 1998.

CANEVACCI, M. *A cidade polifônica*. São Paulo, Studio Nobel, 2004.

COHN, Amélia, NAKAMURA, Eunice e COHN, Clarice. *O PSF entre o público e o privado. In Proteção Social, Dilemas e Desafios*. São Paulo, Hucitec, 2005.

DALMASO, W. Ana Sílvia, SILVA, Azevedo Joana da. *Agente comunitário de Saúde: O ser, o saber, o fazer*. Rio de Janeiro, FioCruz, 2002.

ECO, Umberto. *Como se faz uma tese*. São Paulo, Editora Perspectiva, 1996.

FRANCO, BUENO e MERHY. *O trabalho em saúde – olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. São Paulo, Hucitec, 2003.

GATTI, Bernardete A. *Grupo Focal na Pesquisa em Ciências Sociais e Humanas*. Brasília, Líber Livro, 2005.

GUARESCHI, P. e JOVCHELOVITCH, S. (orgs.) *Textos em Representações sociais*. Petrópolis, Vozes, 1995.

HAGUETTE, Teresa M. F. *Metodologias Qualitativas na Sociologia*. 4.ed. Petrópolis, Vozes, 1995.

HELLER, Agnes e FEHER Ferenc. *A condição política pós – moderna*. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 2002.

KOGA, Dirce. *Medidas de Cidades*. São Paulo, Cortez, 2003.

MACINKO, J., GUANAIS, F.C, SOUZA, M.F.M. *A evolução do impacto do PSF na Mortalidade Infantil no Brasil – 1990-2002*. São Paulo, Jornal de Epidemiologia e Saúde Comunitária, nº 60, pp. 13/19, 2006

MARCONI e LAKATOS. *Técnicas de Pesquisa*. São Paulo, Editora Atlas, 2006.

MARTINELLI, Maria Lúcia et alii (orgs.) *O uno e múltiplo nas relações entre as áreas do saber*. São Paulo, Cortez, 1995.

MARTINELLI, Maria Lúcia (org.) *Pesquisa Qualitativa – um instigante desafio*. São Paulo, Veras Editora, 1999.

MENDES, Eugênio V. (org). *A organização da Saúde no nível local*. São Paulo, Hucitec, 1998.

MENDES, Eugênio V. (org). *Distrito Sanitário. O processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. Rio de Janeiro, Abrasco, 1999.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.) *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis, Vozes, 2000.

MINISTÉRIO DA SAÚDE – Secretaria de Assistência à Saúde Coordenação de Saúde da Comunidade. Brasília, 1998.

MINISTÉRIO DA SAÚDE - Política Nacional de Atenção Básica, série pactos pela Saúde – Vol. 4. Brasília, 2006.

MUNIZ, Egli. *Os serviços de proteção social*. São Paulo, Cortez, 2005.

NEGRI, Barjas, FAMI, Regina, VIANA D'AVILA, Ana Luíza (org.) *Recursos Humanos em Saúde – Política, Desenvolvimento e Mercado de Trabalho*. Unicamp, 2002.

NETTO, J. P., M.C. Brant. *Cotidiano: Conhecimento e crítica*. São Paulo, Cortez, 2005.

NOVAES, H.M.D e colab. *Novos modelos de Assistência à Saúde – Avaliação do PSF – Qualis no município de São Paulo* (Apoio FAPESP). São Paulo, 1999.

RIVERA, F. J. U (Org.) *Planejamento e Programação em Saúde: Um enfoque estratégico*. São Paulo, Cortez, 1989.

SANTOS, M. *Território e Sociedade*. Fundação Perseu Abramo, São Paulo, 2000.

SANTOS, M. e SILVEIRA, M. Laura. *O Brasil: Território e Sociedade no início do século XXI*. Rio de Janeiro, Record, 2005.

SAÚDE DA FAMÍLIA – *uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial*. Brasília, Ministério da Saúde, 1997.

SAÚDE e SOCIEDADE (Revista) – Vol. 13 – Janeiro/Abril, 2004. Promoção da Saúde, Intersectorialidade e Políticas Públicas em questão. São Paulo, Faculdade de Saúde Pública da USP e Associação Paulista de Saúde Pública, 2004.

SAWAYA, B. Bader. *A temporalidade do agora cotidiano na análise da identidade territorial*. São Paulo, Educ, Revista Margem nº 5, 1996.

SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE – *Manual do treinamento introdutório do Programa de Saúde da Família*. Governo do Estado de São Paulo, São Paulo.

SPOSATI, Aldaíza (Coord.) *Mapa da Exclusão/Inclusão Social da cidade de São Paulo*. São Paulo, Educ, 1996.

SPOSATI, Aldaíza. *Cidade em Pedacos*. São Paulo, Brasiliense, 2001.

TESTA, M. *Pensamento estratégico e lógica de programação: o caso da saúde*. São Paulo – Rio de Janeiro, Hucitec, 1995.

UNGLERT, C. V. S. *Contribuição para o estudo da área de influência dos postos municipais de saúde da região de Santo Amaro*. São Paulo, 1980. (Dissertação de Mestrado, Faculdade de Saúde Pública – USP).

UNGLERT, C. V. S. et al. *Acesso aos serviços de saúde: uma abordagem de geografia em Saúde Pública*. São Paulo, Rev. Saúde Públ., 1986.

UNGLERT C. V. S. *O enfoque da acessibilidade no planejamento da localização e dimensão de serviços de saúde*. São Paulo, Rev. Saúde Públ., 1990.

UNGLERT, C. V. S. et al. *Acesso aos serviços de saúde: uma abordagem de geografia em Saúde Pública*. São Paulo, Rev. Saúde Públ., 1986.

VASCONCELOS, Mourão E. *Educação Popular e Atenção à Saúde da Família*. São Paulo, Hucitec, 1999.

VIANA, Ana Luíza d'Avila, ELIAS, M. Paulo Eduardo, IBANEZ, Nelson. (orgs.) *Proteção Social, Dilemas e Desafios*. São Paulo, Hucitec, 2005.

VITALE, Maria Amália (org.), ACORTA, Ana R. *Família: Redes Laços e Políticas Públicas*. São Paulo, IEE-PUC, 2003.

WANDERLEY, Mariângela, B. *Metamorfoses do Desenvolvimento de Comunidade*. São Paulo, Cortez, 1993.

WANDERLEY, Mariângela (org.), OLIVEIRA, I.M.C, Isaura. *Trabalho com famílias – Textos de apoio (2)*. São Paulo, PUC, 2004.

YOURCENAR, M. *Memórias de Adriano*. Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 1974.

Sites:

<http://portal.saude.gov.br>

<http://www.seade.gov.br>

<http://www.saude.gov.br/dab>

Anexos

Carta de solicitação para a pesquisa de campo nos municípios:

São Paulo, 25 de Setembro de 2006.

Ilmo(a) Exmo(a) Sr(a).

D.D Secretário(a) de Saúde do Município de (Jacareí, Jambéiro, Caraguatatuba)

Eu, Heloísa Strazzer Vilas Boas, aluna do Programa de Estudos Pós-Graduados da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, mestranda, vinculada ao Núcleo de Estudos e Pesquisa sobre Saúde e Sociedade, estou desenvolvendo uma pesquisa sobre o uso do instrumento análise do território local no Programa de Saúde da Família em municípios pertencentes à Diretoria Regional de Saúde XXI.

Solicito autorização, de Vsa. Para entrevistar o(a) Coordenador(a) do Programa de Saúde da Família em seu município, bem como realizar uma reunião de grupo com os membros de uma equipe completa do PSF a ser indicada pela coordenação.

Tendo em vista não atrapalhar a prática cotidiana destas equipes, tanto a entrevista, como a reunião de Grupo, que deverão durar aproximadamente noventa minutos cada um, serão agendadas previamente com a coordenação.

Por outro lado, considerando as exigências e prazos do Programa de Pós-Graduação, precisaria que tanto a entrevista, como a reunião com o Grupo, fossem realizados até 30 de Outubro, próximo futuro.

A carta foi devidamente assinada pela Orientadora da Dissertação de Mestrado Prof^a Dra. Regina Maria Giffoni Marsiglia.

Roteiro da Entrevista

- Como é o Sistema de Saúde local?
- Qual o histórico do *PSF* no município?
- Como foi e como é mantida a capacitação para as equipes do *PSF*?
- Como foi abordado na capacitação o conceito de território?
- É mantida uma discussão nas equipes sobre o conceito de território?
- Os dados a respeito do conceito de território podem influenciar ou não nos resultados obtidos pela equipe?
- Comentários em geral

Roteiro do Grupo Focal

- Já teve experiências anteriores com o *PSF*?
- Como funciona o Sistema de Saúde no município?
- O que é positivo e quais são as dificuldades?
- Por que vieram trabalhar no *PSF*?
- Como foi a capacitação?

- Como é feito o acompanhamento?
- A questão do território foi abordada?
- Como usam o conceito de território no cotidiano do trabalho em equipe e individual?
- Qual a importância que dão para o conceito de território?
- O que é mais importante no seu trabalho?
- Com o que você tem mais dificuldade?
- Comentários em geral