



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”
Campus de Presidente Prudente

Território da atenção básica em Presidente Prudente:
do espaço da norma ao território de fato

Orientanda:
Juliane da Silva Ribeiro

Orientador:
Prof. Dr. Raul Borges Guimarães

Presidente Prudente-SP

Novembro de 2011

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
FACULDADE DE CIÊNCIAS E TECNOLOGIA
Campus de Presidente Prudente

**Território da atenção básica em Presidente Prudente:
do espaço da norma ao território de fato**

Juliane da Silva Ribeiro

Orientador: Prof. Dr. Raul Borges Guimarães

Trabalho de graduação do curso de Geografia apresentado na Faculdade de Ciências e Tecnologia da UNESP – Presidente Prudente- na área de Geografia da Saúde como requisito para obtenção do título de bacharel em Geografia, sob a orientação do Prof. Dr. Raul Borges Guimarães .

Presidente Prudente
2011

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, gostaria de agradecer a Deus pela força, luz e energia positiva me deixando disposta e preparada para o trabalho. Além de me dar a paciência necessária para concluir essa etapa, tirando a ansiedade incessante do meu peito e soprando no meu ouvido “você é capaz” nos momentos de desânimo e descrença.

Em segundo, minha família: José Moacir, Idenilda e Daniella pelo carinho, pelo amor. Obrigada por estarem presentes em minha vida, me orientando e incentivando a sempre adquirir conhecimento.

Nessa etapa, vem o agradecimento mais que especial para o Prof. Raul, pela criatividade, pela paciência, pelos ensinamentos, por sempre me ajudar e acreditar na minha pesquisa e nesta orientanda “manteiga derretida”.

Aos meus colegas e amigos do curso de Geografia que desde 2007 fizeram parte do meu cotidiano, juntos crescemos, amadurecemos e descobrimos diversas coisas. Em especial, ao Alessandro e a Janaina, pois formamos um laço de amizade tão forte e espero levá-los por toda minha vida.

A todos os professores que contribuíram para minha formação ao longo da graduação.

Ao Gabriel, pelo amor e pelo carinho, apesar da longa distância e da saudade que insiste em bater.

Aos integrantes do Laboratório de Geografia da Saúde pelas conversas adoráveis, ajuda, toques e incentivos.

Não poderia esquecer os amigos e colegas que sempre ouviram meus desabafos e angústias na reta final da pesquisa e sempre me deram força, além de proporcionar os momentos de descontração.

Finalizo, agradecendo aos entrevistados pelas contribuições e experiências passadas através das conversas informais e, por me receber de forma amigável e receptiva.

RESUMO

Este trabalho tem como finalidade discutir a atenção básica no município de Presidente Prudente, entretanto esclarecendo como funciona as normatizações e ações práticas. Assim, verificamos o território da Estratégia de Saúde da Família do Parque Alvorada e se existe um vínculo entre a norma e o fato, possibilitando que a população previna ou trate doenças através da porta de entrada preferencial do SUS, além de alcançar o bem estar.

Para consolidar este trabalho foi necessário uma pesquisa bibliográfica, documental e a análise empírica. A análise empírica permitiu verificar essa nuances no território e coletar dados para discussão, sendo uns dos principais fatores da pesquisa, pois mostra a realidade vivenciada pela população inserida naquela território.

Diante dessas práticas, percebemos que existem alguns pontos negativos, pois muitas pessoas que estão inseridas nesse território não tem um acesso facilitado a sede da ESF do Parque Alvorada. Assim, se o território fosse delimitado de uma outra forma, porém considerando a participação social, ou seja, ouvindo as pessoas que vivem no local, qual suas dificuldades e desejos, o programa atenderia toda população que faz parte daquela área de abrangência com mais eficácia.

Palavras-chave: Atenção Básica; Território; Estratégia da Saúde da Família; Área de Abrangência.

SUMÁRIO

Índice	i
Lista de ilustrações	ii
Lista de quadros	ii
Lista de tabelas	ii
Lista de gráficos	ii
Lista de siglas	iii
Introdução	9
Capítulo 1	10
Capítulo 2	16
Capítulo 3	24
Capítulo 4	35
Considerações finais	49
Referências	51
Anexos	54

ÍNDICE

Introdução	9
1 Uma breve discussão sobre as políticas de saúde pública no Brasil	10
1.1 A atenção básica na reforma sanitária brasileira.....	11
1.2 A contribuição da Geografia	14
2 A atenção básica do SUS no município de Presidente Prudente	16
3 Os caminhos da pesquisa empírica	24
3.1 A escolha da área de estudo	26
3.2 O trabalho de campo	29
4 A atenção básica de Presidente Prudente: o ponto de vista dos moradores	35
4.1 Perfil demográfico e formas de acesso aos serviços	40
Considerações finais	49
Referências	51
Anexos	54

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Fotografia 1- Atual fachada da Santa Casa	18
Fotografia 2- Santa Casa de Misericórdia fundada em 1929	18
Fotografia 3- INSS de Presidente Prudente/SP	18
Fotografia 4- Nova Sede do Palácio da Saúde no Centro	19
Fotografia 5- Palácio da Saúde: Fundado em 19xx	19
Figura 1- Distribuição das Unidades de Saúde no Município de Presidente Prudente/SP.....	21
Figura 2- Distribuição dos Serviços de Saúde no Município de Presidente Prudente/SP.....	23
Figura 3- Recorte do Município de Presidente Prudente/SP	27
Figura 4- Recorte Espacial das Zonas Censitária	28
Figura 5- Área de Abrangência da ESF do Parque Alvorada	38
Figura 6- Uso dos serviços de saúde segundo entrevistados	48

LISTA DE QUADRO

Quadro 1- Características dos Agentes Comunitários de Saúde	37
--	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Grupo etário e sexo da população inserida no território da atenção básica da ESF Parque Alvorada, Presidente Prudente/SP, 2011.....	41
Tabela 2- Moradores portadores de deficiência física inseridos no território da atenção básica da ESF do Parque Alvorada, Presidente Prudente/SP, 2011.....	42
Tabela 3- Moradores com plano ou consórcio de saúde, inseridos no território da atenção básica da ESF do Parque Alvorada, Prudente Prudente/SP, 2011.....	42

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1- Distribuição da população segundo a variável “Procura do Atendimento” na área de abrangência ESF- Parque Alvorada, Presidente Prudente 2011.....	43
Gráfico 2- Distribuição da população segundo a variável “Tipo de Estabelecimento”, na área de abrangência ESF-Parque Alvorada, Presidente Prudente, 2011.....	44

Gráfico 3- Distribuição da população segundo a variável “Recebeu a Visita do ACS”, na área de abrangência ESF- Parque Alvorada, Presidente Prudente, 2011.....45

Gráfico 4- Gráfico 4- Distribuição da população segundo a “Avaliação do Atendimento do ACS”,na área de abrangência ESF- Parque Alvorada, Presidente Prudente, 201146

LISTA DE SIGLAS

AB - Atenção Básica

ACS - Agente Comunitário de Saúde

APS - Atenção Primária à Saúde

CEMESPP – Centro de Mapeamento da Exclusão Social em Presidente Prudente

CMS – Conselho Municipal de Saúde

CNPQ – Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

ESF - Estratégia de Saúde da Família

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

INAMPS – Instituto Nacional A M Previdência Social

INPS – Instituto Nacional de Previdência Social

PIBIC - Programa Institucional de Bolsas para Iniciação Científica

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

PSF - Posto de Saúde da Família

SEADE- Sistema Estadual de Análise de Dados

SMS – Secretária Municipal de Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

USF – Unidade de Saúde da Família

Introdução

O presente trabalho tem o intuito de discutir a Atenção Básica em Presidente Prudente. Para isso, escolhemos a área da Estratégia de Saúde da Família do Parque Alvorada para entender como esses serviços estão distribuídos e como funciona a relação da população com os serviços de saúde, mais do que isso, entender como foi delimitado a área de abrangência da Estratégia de Saúde da Família e, se a área respeita a realidade da população daquele território, ou seja, se o território da norma está interrelacionado com o território de fato.

Dessa maneira, a partir do quarto ano da faculdade, começamos a ensaiar a construção de um projeto que contemplasse essa discussão. Tudo isso foi possível com o engajamento no Laboratório de Geografia da Saúde, sob a orientação do Prof. Dr. Raul Borges Guimarães, onde realizei leituras e uma busca a pesquisas bibliográficas que abordassem o tema e poderiam trazer um embasamento teórico para entender, discutir e aprofundar o tema.

Como esse era o primeiro projeto de iniciação científica, algumas dificuldades foram expostas, o que causou uma demora no envio de projetos. Só no segundo semestre de 2011, recebemos um apoio da CNPq/PIBIC, o que contribuiu para a realização da parte empírica. Atualmente, o projeto tornou-se um trabalho de conclusão do curso, apresentando a seguinte estrutura: capítulo 1, capítulo 2, capítulo 3, capítulo 4 e conclusões.

No capítulo 1, intitulado “Uma breve discussão sobre as políticas de saúde pública no Brasil” discutimos a porta de entrada do SUS, a atenção básica e, como essa política foi consolidada ao longo dos anos. Para isso, é feito um resgate dos principais preceitos do SUS, a universalidade, a equidade, permitindo que a população usuária desse serviço consiga prevenir, tratar doenças e chegar a um bem estar.

Já no segundo capítulo: “A atenção básica do SUS no município de Presidente Prudente”, o objetivo é situar a atenção básica em Presidente Prudente. Assim, um resgate histórico mostra como surgiu o centro de saúde, o primeiro local determinado para oferecer a atenção básica em Presidente Prudente.

O terceiro capítulo busca explicar a metodologia utilizada desde o projeto até o trabalho de graduação, mostrando a escolha da área de estudo e como foi realizado os trabalhos de campo.

O quarto capítulo “A atenção básica de Presidente Prudente: o ponto de vista dos moradores” apresenta a realidade dos moradores. Essas experiências foram possíveis através das conversas com a população inserida naquele território, possibilitando traçar um perfil demográfico e as formas de acesso ao serviço de saúde. Por fim, as conclusões, referências e anexos.

Capítulo 1- Uma breve discussão sobre as políticas de saúde pública no Brasil

Neste capítulo, é apresentado as políticas de saúde pública no Brasil, mostrando sua organização e os seus desafios. Desta forma, a primeira parte busca mostrar o princípios do SUS e se esse sistema de saúde público vem atingindo os seus preceitos básicos.

1.1. A atenção básica na reforma sanitária brasileira

Atualmente, para se discutir a política de saúde no Brasil, um grande desafio é o entendimento do funcionamento da porta de entrada preferencial do sistema de saúde. No campo da saúde, esta porta de entrada envolve o que se denomina de Atenção Primária à Saúde (APS), que é o primeiro nível de contato da população com os serviços de saúde, garantindo o acesso universal e uma maior efetividade nos reais benefícios à saúde da população (BRASIL, 2007).

Considerando alguns estudos realizados em diversos países, ficou evidente que o sistema de saúde baseado na APS alcança melhores resultados na saúde (MACINKO;GUANAIS;SOUZA, 2006; ALMEIDA;BARROS,2005; STARFIELD,2004; WYKE;CAMPBEL;MACIVER,1992; BOWLING;BOND,2001). Segundo esses diversos autores, quanto mais se desenvolve a atenção primária à saúde (serviços preventivos, curativos, reabilitadores e de promoção da saúde), a resposta às necessidades em saúde da população é mais efetiva. Para isto, o conceito de porta de entrada é central, uma vez que significa o acesso (geográfico ou socioorganizacional) e a primeira utilização de serviços de saúde. Assim, garantindo-se a porta de entrada ao sistema de saúde pela atenção primária, obtêm-se o aumento das ações preventivas, adequação do cuidado e qualidade do serviço prestado, o que contribui para redução das hospitalizações, das consultas para um mesmo problema e até mesmo exames complementares.

Porém, deve ser enfatizado os desafios que esta concepção de organização dos serviços representa politicamente. A APS apresenta como principal desafio, primeiramente, a valorização da própria APS na rede de serviços, o aumento da sua *resolutividade* e o cuidado de focar as necessidades em saúde da população. Além do primeiro contato, temos outros componentes que se destacam como características da APS. A *longitudinalidade* é a relação pessoal ao longo do tempo entre os indivíduos e equipes de profissionais, sem que ocorra uma rotatividade, mas a estabilidade de profissionais e de serviços (BRASIL, 2007). Em conjunto com esse componente, também temos a *integralidade*, que seria um cuidado integral com a ampla gama de necessidades em saúde dos indivíduos. A *coordenação do cuidado* é um quarto componente, permitindo que as várias necessidades dos indivíduos sejam identificadas, através da melhoria da qualidade da informação dos prontuários de saúde, da otimização do acesso e informatização dos sistemas de informação (BRASIL, 2007).

No Brasil, o termo APS está embasado em políticas nacionais como a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que promove um conjunto de ações de saúde nos âmbitos individual e coletivo e que abrange a promoção e a proteção da saúde (BRASIL, 2006). Para o desenvolvimento de suas práticas gerenciais, os trabalhos em equipe devem ser dirigidos às populações com territórios bem definidos, o que poderá fomentar os princípios de sua política, tais como: a universalização, a acessibilidade, a humanização, a equidade, a participação social, a integrabilidade, etc. Além da PNAB, a Atenção Primária possui outra política denominada Política Nacional de Promoção à Saúde, tendo como objetivo promover a qualidade de vida, redução da vulnerabilidade e riscos à saúde, ampliação da autonomia da população e uma busca de mudanças no atual modelo assistencial médico-hospitalocêntrico (BRASIL, 2006). A implementação de equipes de Saúde da Família foi uma estratégia adotada pelo governo brasileiro para se garantir o aumento de acessibilidade e maior utilização da APS como primeiro contato com o sistema de saúde (BRASIL, 2007).

Para que a Atenção Básica seja consolidada e atenda aos anseios da população é necessário analisar uma categoria fundamental para a área da saúde: o espaço geográfico. O estudo espacial da política de saúde permite a melhor compreensão da localização e a visualização das populações, além das situações de saúde por meio da análise da distribuição de indicadores socioeconômicos, sanitários e ambientais que revelam as condições de vida das pessoas. Uma forma de estudar a dimensão espacial da saúde é por meio do uso do território, uma vez que o espaço que demarca os limites territoriais podem ser compreendidos através da ação de determinados grupo de atores sociais, como os técnicos dos serviços, as lideranças comunitárias e os representantes de empresas que possuem interesses particulares na área.

Sendo assim, os estudos geográficos que envolvem a análise do espaço apropriado pelos serviços da atenção básica permitem a compreensão da identidade que se desenvolve em cada lugar, o que vai depender da história de sua construção e das relações de poder envolvidas no território. É por isto que o território tem uma importância estratégica para as políticas sociais na consolidação de ações que possibilitem o enfrentamento de problemas e necessidades das populações. Através do reconhecimento do território da saúde, conseguimos caracterizar a população e os diversos problemas epidemiológicos, possibilitando uma avaliação do impacto dos serviços sobre os níveis de saúde de população ali residente. Enfim, a conexão entre espaço-território permite verificar a interação da população com os serviços prestados a nível local. Por causa disto, a territorialização é um dos pressupostos da organização dos processos de trabalho e das práticas de saúde. Estas práticas ocorrem numa delimitação espacial previamente determinada. No interior do SUS, a territorialização é preconizada por diversas iniciativas como o Programa de Saúde de Família e a

Vigilância Ambiental em Saúde (MONKEN; BARCELLOS, 2005).

Dentre várias estratégias territoriais implementadas pelo SUS, temos o que foi denominado de “distritos sanitários”, estabelecidos pela delimitação das áreas de abrangência das unidades de saúde. A partir da definição destes distritos sanitários, os programas e profissionais de uma determinada área de abrangência deveriam atuar nos seus respectivos territórios de trabalho. Com a delimitação da área espacial seria possível estruturar e organizar os serviços, atendendo as necessidades e demandas da população.

Assim, dentro do território do distrito sanitário ou do município temos a interação da população com os serviços no nível local. A população específica tem características de vivência em tempo e espaço determinados, com problemas de saúde definidos. O espaço determinado, além de possuir uma extensão geométrica, apresenta um perfil demográfico, epidemiológico, administrativo, tecnológico, político, social e cultural. Essas características devem ser destacadas, pois permitem a compreensão do modo como o território está em permanente construção.

Pelo exposto acima, reconhecer o território é o primeiro passo para caracterizar a população, seus problemas de saúde e avaliar o impacto dos serviços sobre os níveis de saúde da população. Caso os serviços sejam organizados a partir dessa lógica e dessas ações, é possível desenvolver um vínculo entre a população e os serviços de saúde. Assim, uma nova proposta contida no modelo de vigilância em saúde pode fortalecer a ideia de ações de promoção de saúde, orientadas para as ações coletivas e intersetoriais, promovendo o acesso da população a melhores condições de vida (MONKEN E BARCELLOS, 2005).

Assim, compreender a territorialização da vigilância em saúde é fundamental para a análise do processo de trabalho em saúde. Para isto, algumas questões devem ser analisadas para se discutir o conceito de território utilizado, a partir do trabalho empírico de reconhecimento dos espaços da vida cotidiana, identificando-se os domicílios que fazem parte do programa de saúde da família, as áreas de abrangência das unidades e os territórios comunitários (MONKEN E BARCELLOS, 2005). Assim, reconhecemos os grupos sociais que compõem esses territórios e suas práticas cotidianas e como elas transformam a rotina prevista nas normas dos programas de vigilância em territórios vividos de fato. Ou seja, é preciso verificar este conjunto de ideias e pressupostos na prática, uma vez que é através do uso e apropriação do território pela população que a política ganha concretude. Afinal, as relações sociais e econômicas que produzem dinamismo territorial é que irá definir as boas ou precárias condições de saúde da população.

Conforme Martins e Fontes (2004), as políticas de saúde, apesar de buscarem elaborar estratégias que viabilizem e organizem esses serviços (espaço da norma), promovendo uma transformação nas condições de saúde da população, os sentidos dessas políticas e seus

desdobramentos na vida cotidiana precisam ser desvendados (território de fato). Ou seja, não necessariamente, sob a perspectiva da população, o território demarcado pelas ações de vigilância em saúde (como os distritos sanitários) representam os territórios estabelecidos pelas interações sociais (MARTINS E FONTES, 2004).

Para discutir este conjunto de questões, a presente monografia tem como foco as políticas do Programa Saúde da Família no município de Presidente Prudente, peça fundamental na reestruturação da AB - promovendo a inclusão de certos segmentos da população (moradores de rua, trabalhadores do sexo, etc.) que não se identificam com esses programas. Mas isto não seria possível sem considerar as condições que estabelecem os princípios da APS em determinados territórios, fazendo com que essas reformulações e adaptações nos programas atendam de fato aos grupos mais vulneráveis. Afinal, as desigualdades sociais e a precariedade das condições de saúde estão bem próximas e notamos essa junção nas localidades em que o aumento dos processos de exclusão e abandono social são mais pronunciados. Por isso, é necessário pensar em como promover a inclusão social a partir dos distritos sanitários estabelecidos pela política local de saúde. Para esta análise, entendemos ser fundamental o estudo de como funciona a porta de entrada da AB, discutindo-se sua estrutura e a visão que as famílias atendidas têm da estratégia e a percepção dos profissionais diante desse trabalho, que vem sendo realizado neste município paulista.

1.2. A contribuição da Geografia

Apesar da importância da avaliação do funcionamento da porta de entrada dos serviços da AB, contribuindo-se para a promoção da saúde, além de possibilitar a ação comunitária para essa promoção, há poucos trabalhos geográficos sobre o assunto. Neste sentido, o estudo desenvolvido por Castanheira e outros (2009) é muito importante para elucidar algumas questões e problemas que exigem o aprofundamento.

Através da aplicação de um questionário estruturado, os pesquisadores discutiram características organizacionais dos principais programas, procedimentos e ações realizadas pelos serviços de AB em 37 municípios do centro-oeste paulista. Algumas questões foram apresentadas, como: a identificação e a caracterização gerais dos serviços; registro de dados e informações em saúde; organização da atenção à saúde; perfil de atividades das equipes multiprofissionais e as características do processo gerencial.

A principal conclusão obtida na pesquisa é a de que a maioria dos municípios estudados não apresenta bons indicadores sócio-econômicos. Os perfis organizacionais predominantes apontam a presença de deficiências de estrutura e processo em relação às diretrizes do SUS.

Com a descrição dessas características foi possível analisar como se organiza as ações de

atenção à saúde, que estão pautadas na realização de atividades educativas em saúde na comunidade como: Saúde Bucal, Doenças Sexualmente Transmissíveis/AIDS, Câncer de Colo de Útero e a Prevenção de Doenças Crônicas. A estrutura e características institucionais também foram analisadas, muitas instalações não estão adequadas, faltam salas em número suficiente para atividades rotineiras, espaço físico adequado à demanda e condições básicas de infraestrutura.

Portanto, a utilização de instrumentos de autoavaliação permite que as equipes de profissionais se apropriem de forma crítica, de seu trabalho, e possam elaborar novos arranjos para melhoria da qualidade dos serviços de saúde.

Identificamos que também em Presidente Prudente, o Conselho Municipal de Saúde (CMS) produziu documentos que analisam a estrutura física, as condições básicas de infraestrutura e a equipe de profissionais que fazem parte das unidades do município. O conhecimento do relatório só foi possível, quando começamos frequentar as reuniões do conselho e participar da elaboração do Plano Municipal de Saúde de Presidente Prudente referente aos anos de 2010-2013.

Esse contato com os profissionais que compõem a Secretária Municipal de Saúde e o Conselho Municipal de Saúde abriu um novo horizonte para realização desse projeto, que visa à delimitação e o mapeamento das áreas de abrangência de uma Unidade de Saúde do município. Isto porque o Plano Municipal de Saúde não define claramente as áreas de abrangência da atenção básica, assim como a relação entre as atividades das unidades básicas de saúde e da estratégia de saúde da família. Esta parte do estudo é de fundamental importância, pois com esse conhecimento é possível aplicar as ações de atenção à saúde de maneira eficaz, atingindo os princípios discutidos num primeiro momento.

Capítulo 2 - A atenção básica do SUS no município de Presidente Prudente

Nesse capítulo, temos como objetivo situar a atenção básica em Presidente Prudente. Dessa maneira, tentaremos mostrar as diferentes nuances no território e como o surgimento do SUS e a reforma sanitária possibilitaram o fortalecimento desta importante porta de entrada da saúde no município.

Historicamente, o município apresentou uma série de dificuldades para consolidar o serviço de saúde pública, para assim, melhorar suas condições e aplicar algumas práticas e ações sanitárias que diminuíssem o surgimento de novas doenças ou epidemias. O trecho abaixo, retirado da tese de Guimarães (2000) demonstra a situação na década de 1920. Segundo este autor, o núcleo urbano de Presidente Prudente

não era dotado de qualquer infraestrutura e normatizações do uso do solo e o poder público municipal mostrava-se ausente nas questões fundamentais da saúde pública da época, como educação sanitária e controle de focos de doenças infecto-contagiosas (p. 144).

Até a década de 1950, existiam divisões dentro do município, porém as práticas voltadas para a atenção básica não tinha tanta expressividade. O modelo inserido em Presidente Prudente, possuía um atendimento voltado para a caridade e ajuda aos pobres, função da Santa Casa de Misericórdia (foto 1 e foto 2).

O jornal a “Voz o Povo” que circulava pelo município nesta época sempre destacou o processo de arrecadação de verbas, construção até a inauguração da Santa Casa, como descreve Guimarães (2000): “nenhuma outra realização no campo da saúde teve maior destaque no jornal” (p.158).

Durante um certo período, a população com maior poder aquisitivo se organizava para elaboração de festas beneficentes, por exemplo, os chás e as quermesses, que além da participação da população prudentina, recebia pessoas vindas de outros importantes centros do Estado de São Paulo, a construção da Santa Casa “foi motivo de orgulho para a cidade, mobilizando todos os seguimentos da elite local” (Guimarães, 2000, p. 162)

Com sua inauguração em 1929, a Santa Casa de Misericórdia “foi se transformando em sinônimo de saúde, de política de saúde” no que se refere ao atendimento hospitalar no município de Presidente Prudente (Guimarães, 2000, p.163).



Foto: Juliane S. Ribeiro, 2011.

Foto 1 – Atual fachada da Santa Casa.



Foto 2 - Até hoje, a Santa Casa é um dos principais estabelecimentos de saúde do município.

Além do atendimento hospitalar, desde a Era Vargas até a reforma sanitária, na década de 1980, Presidente Prudente consolidou-se como um centro de especialidades. A principal instituição mantenedora da atenção médica local era o INPS, que expandiu o atendimento ambulatorial em oftalmologia, ortopedia, neurologia, dentre outras (foto 3).



Fonte: Juliane S. Ribeiro, 2011.

Foto 3- Atual prédio da Previdência Social, antigo INAMPS – funciona na rua Siqueira Campos, 1315 e movimentada nos dias hoje um grande número de pessoas.

Como o atendimento ambulatorial do INAMPS era destinado apenas para os trabalhadores com carteira assinada, a implantação do SUS foi um grande avanço para a política de saúde local, uma vez que permitiu a ampliação da cobertura do atendimento e a integração das ações curativas com os programas de prevenção. Desde a década de 1950, já encontrava-se em funcionamento o Centro de Saúde, conhecido popularmente por “Palácio da Saúde” (foto 4 e foto 5). Neste estabelecimento, o governo do estado desenvolvia os programas preventivos, como a cobertura vacinal e a puericultura.



Fonte: Juliane S. Ribeiro, 2011

Foto 4- Nova sede do Palácio da Saúde no centro.



Foto 5- Placa de fundação do Palácio da Saúde.

Com o surgimento do SUS ocorre mudanças estruturais que permitiram a integração dos serviços hospitalares, ambulatoriais e da atenção básica, conforme a Lei Orgânica da Saúde- Lei 8.080/90- “fica estabelecida a responsabilidade do poder público sobre a regulamentação, fiscalização, controle das ações e serviços de saúde, bem como atribuir-se à direção municipal do SUS: planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e serviços de saúde” (Plano Municipal, 2010, p.7). Posteriormente, com a municipalização, temos uma expansão dos serviços e a gestão fica nas mãos do município. Entretanto, a atenção básica surge com gestão municipal e verba para sua consolidação do governo federal.

A partir disso, distribuí-se pelo município alguns serviços que são destinados para a atenção básica da população, melhorando a oferta e contribuindo para o bem estar social, a prevenção e o tratamento de doenças.

A Atenção Básica possui problemas e a intenção ao longo dos anos é adotar algumas ações e medidas que consolidem essa porta de entrada do SUS. Assim, existe um reconhecimento de que a “estrutura de atenção básica é a tradicional, e por outro lado toma-nos a imperatividade de incorporarmos e executarmos um modelo de atenção em saúde básica acreditamos ser

sanitariamente mais responsável” (Plano Municipal, 2010, p. 11).

Esse momento de mudanças estruturais institui uma Nova Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), “que se destaca como um dos volumes do Pacto, e estabelece a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, o Programa de Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (ACS)” (ARANHA, 2010, p. 48)

Posteriormente, o Programa de Saúde da Família é substituído pela Estratégia de Saúde da Família tendo um “ [...] caráter substitutivo em relação à rede de Atenção Básica tradicional no territórios em que as Equipes de Saúde da Família atuam” (BRASIL, 2006, p. 20). Outras mudanças são nas Secretarias Municipais de Saúde na elaboração do Plano Municipal de Saúde, esse deve especificar a atuação, objetivos, metas da Estratégia da Saúde da Família.

Dessa maneira, a discussão central sobre o território é sobre a forma de delimitá-lo para que haja a atuação das equipes. Assim, começam a forma-se as áreas de abrangência. O modelo enfatizado pela PNAB mostra as

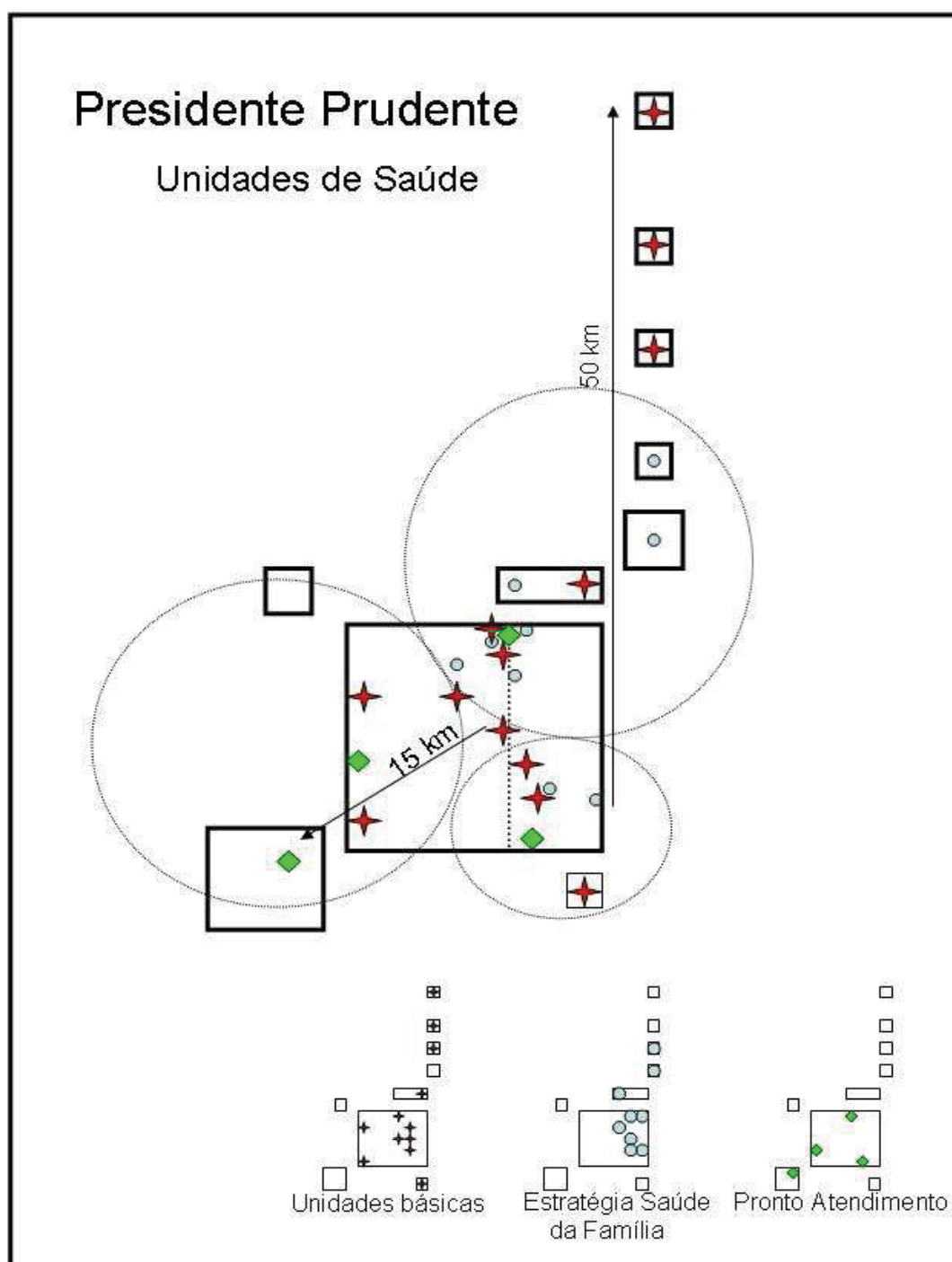
áreas de abrangência das Unidades de Saúde da Família (USF), que subdividem-se em (sub) áreas das equipes de Saúde da Família (conforme o número de equipes instaladas em cada USF); é somente a partir dessas (sub) áreas que são subdivididas as microáreas de atuação dos ACS. (ARANHA, 2010, p. 51).

Atualmente, é possível identificar que as ESF estão concentradas em bairros mais carentes ou classificados como de exclusão social. Todos, inseridos na Zona Norte e Zona Leste de Presidente Prudente (Figura 1). Conforme citado no Plano Municipal de Saúde (2010) “a unidades de ESF foram estabelecidas nas áreas próximas à população excluída socialmente” (p.9).

Ainda, segundo o Plano Municipal de Saúde “a distribuição destas unidades de saúde pelo território do município responde, na medida do possível, as necessidades da população, considerando-se as densidades demográficas, faixas etárias e grupos mais vulneráveis” (p.9)

Através da figura é possível verificar as Estratégias de Saúde da Família, distribuídas do lado direito do quadro central (símbolo circular redondo), os pronto-atendimento que estão instalados na Zona Norte, Zona Sudoeste, Zona Oeste e Zona Leste da cidade (símbolo verde) e as Unidades Básicas de Saúde (símbolo vermelho).

Figura 1- Distribuição das unidades de saúde no município de Presidente Prudente, São Paulo.



Organizado por Raul Borges Guimarães, 2011.

Deve ser destacado o papel da linha férrea, uma barreira geográfica que funciona como divisor, deixando claro que “abaixo” da linha estão os programas de saúde pública destinados às famílias mais carentes, exceto no Jardim Belo Horizonte que possui a ESF e a UBS e fica do “outro lado” da linha, porém possui uma população com muitas necessidades no que diz respeito à saúde.

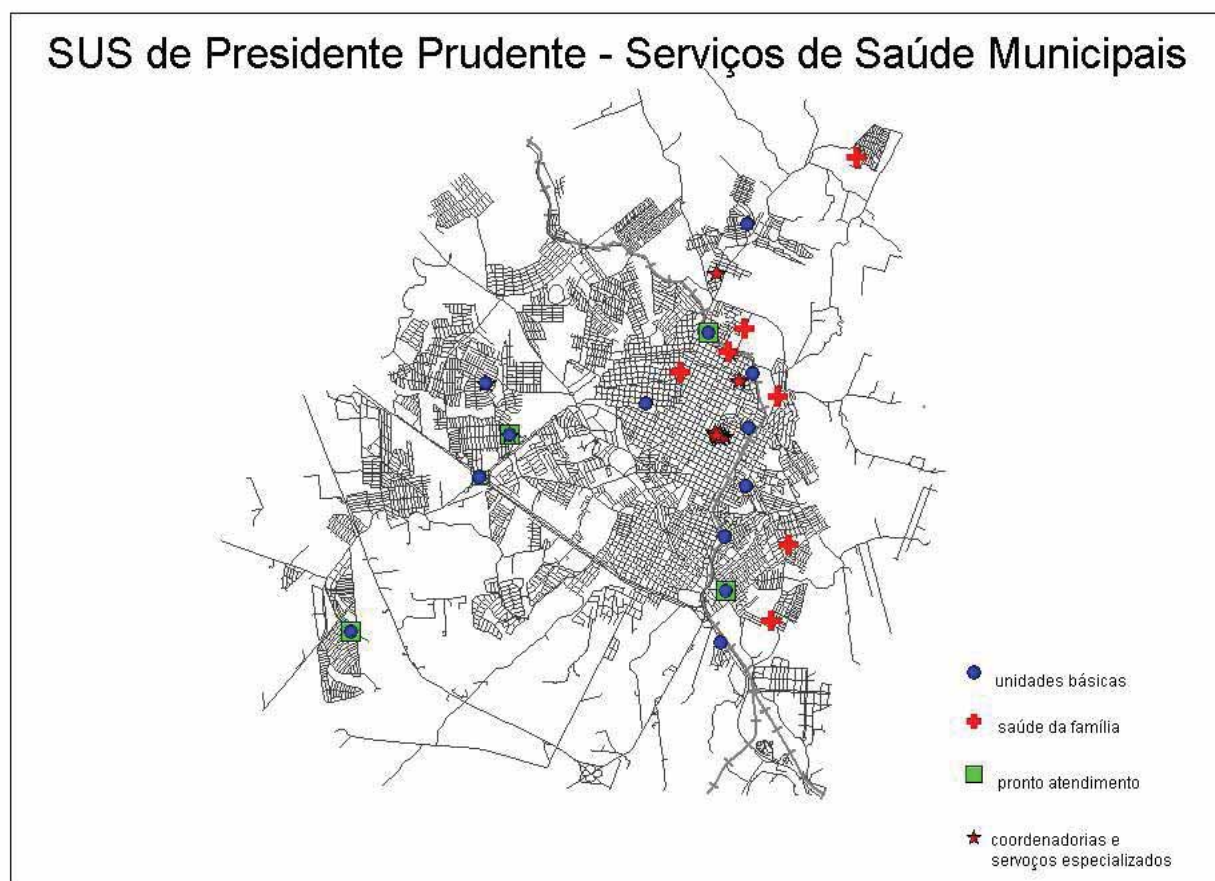
Enquanto, no centro rumo à Zona Sul não existe nenhuma UBS ou ESF, exceto a UBS central. A área citada conta com diversos hospitais como a Santa Casa, Hospital Regional, Hospital Estadual e os hospitais privados, por exemplo, Morumbi e Iamada. Além de concentrar a maioria dos consultórios particulares, clínicas médicas e uma população com um poder aquisitivo mais elevado e que, na maioria das vezes, possuem plano ou consórcio de saúde.

Mesmo assim, deve ser considerado que existem algumas famílias que moram nos bairros próximos do centro e da Zona Sul que não são detentoras deste serviço particular. Dessa maneira, a SMS equipou no centro da cidade um prédio da prefeitura que serve como UBS central e conta com vários programas de prevenção, campanhas que na maioria das vezes não são oferecidas nas demais UBS. Um exemplo é a coleta de amostras de sangue para realização do exame de HIV.

Essa UBS atende uma demanda populacional de toda a cidade, muitas vezes pessoas que pertencem a outras UBS ou ESF utilizam os serviços daquela unidade, porque possui um número maior de especialidades. Tudo isso, ajuda na rapidez do atendimento, diagnosticando e prevenindo a evolução de doenças com um tratamento adequado, além de assegurar o bem-estar físico, mental e social.

Através da Figura 2- “Distribuição dos serviços de saúde do município de Presidente Prudente”, percebemos onde estão instalados os serviços de saúde citados acima. Verifica-se o vazio existente na Zona Sul da cidade, no que se refere à Atenção Básica, além da grande concentração das ESF nas Zonas Norte e Leste.

Figura 2- Distribuição dos serviços de saúde do município de Presidente Prudente, São Paulo.



Organizado por Raul Borges Guimarães, 2011.

Capítulo 3 - Os caminhos da pesquisa empírica

A partir do capítulo 3, discutiremos todos o procedimentos adotados para montagem da pesquisa empírica, desde a época do projeto desenvolvido para a CNPq/PIBIC até a finalização do trabalho de graduação. Além disso, as aulas ministradas na disciplina de Geografia da Saúde e as leituras destinadas ao entendimento das políticas de saúde pública também contribuíram para esse processo de formação de ideias para a montagem do trabalho de conclusão do curso.

Desta forma, o presente projeto tem como desenho metodológico uma abordagem quali-quantitativa, envolvendo a pesquisa documental, o tratamento cartográfico e estatístico e o trabalho de campo.

Para a pesquisa documental, a principal referência é o Plano Municipal de Saúde, além dos relatórios anuais das atividades desenvolvidas pela Secretaria Municipal de Saúde de Presidente Prudente. Com base neste material, pretendemos caracterizar as ações preventivas e sua relação com as áreas de abrangência da atenção básica.

Dadas as dificuldades de acesso aos documentos do Conselho Municipal de Saúde e da Secretaria Municipal, optamos pela realização das entrevistas com os moradores, conforme descrito abaixo. No que se refere ao tratamento cartográfico e estatístico, a pesquisa utilizou os dados do Censo Demográfico de 2010, agregando os setores censitários das áreas de abrangência da atenção básica (distritos sanitários) para analisar o perfil populacional, principalmente, a distribuição por faixa etária e sexo. Com base nestes perfis populacionais, foram empregadas técnicas da cartografia temática para associar a produção dos serviços à necessidade da população. Assim, foi possível verificar a correspondência espacial ou não entre os programas e ações desenvolvidos pelas unidades básicas e equipes da estratégia de saúde da família e o perfil da população adstrita aos serviços, interpolando estas informações aos dados da população dos setores censitários.

Por meio da aplicação de questionários com o chefe de família em sua residência, o projeto identificou as necessidades sentidas pela população e as formas encontradas para a resolução dos problemas de saúde (em anexo). As informações relevantes decorrentes desse levantamento foram processadas e relacionadas por meio de ferramentas da cartografia temática. Neste caso, utilizamos metodologias da geocartografia para a apreensão de outras relações geográficas que não possíveis pela modelagem estatística (Libault, 1975). Desta forma, a pesquisa pode gerar diversas formas de representação, como mapas esquemáticos e cartas de síntese, que permitiram uma visão de conjunto do tema de estudo.

3.1. A escolha da área de estudo

A primeira etapa para realização do trabalho de campo foi feita de forma manual, com o

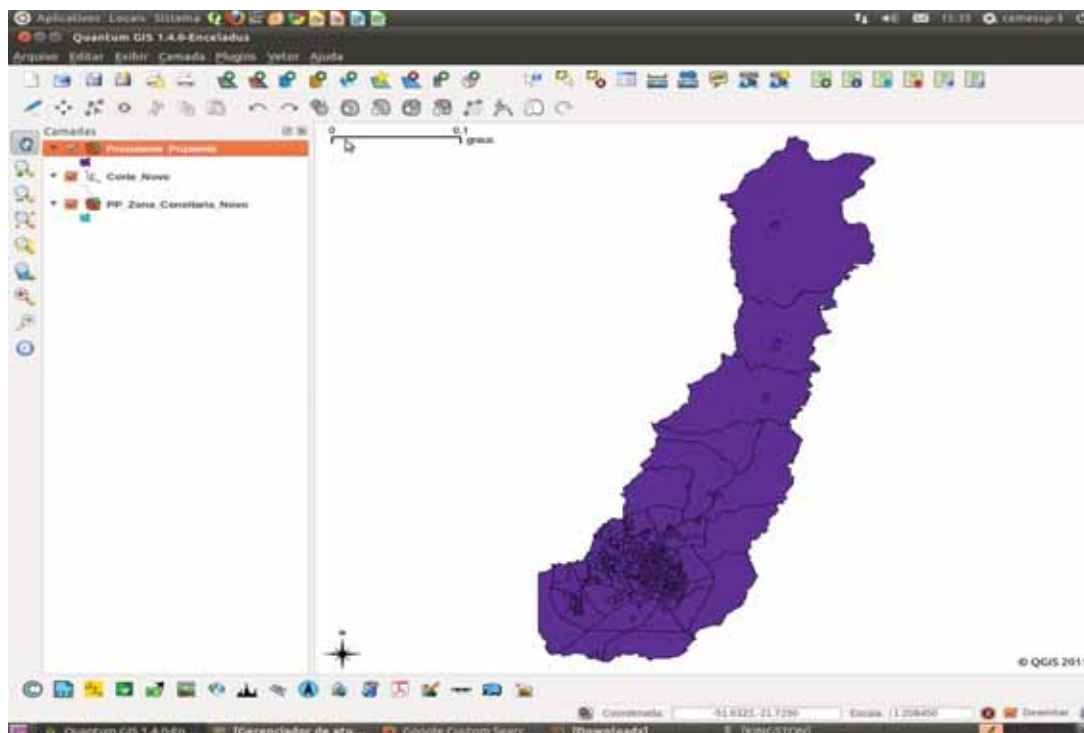
auxílio de um mapa do município de Presidente Prudente e uma lista com as áreas de atendimento da Estratégia de Saúde da Família fornecida pela Secretária Municipal de Saúde. Com tantas realidades distintas dentro do município, nos perguntamos: “qual área deveria ser escolhida para aplicar os questionários?”

Já existia uma definição, os questionários seriam aplicados nos bairros mais carentes, faltava escolher a UBS ou ESF. Diante do mapa elaborado de forma manual, optamos pela ESF do Parque Alvorada, que conta com 3 equipes de agentes comunitários e um grande demanda populacional. Além disso, a “área de abrangência” da ESF do bairro fica bem próximo da ESF e UBS do São Pedro e UBS e Pronto Atendimento do Jardim Santana. Muitos moradores que antes eram atendidos na UBS do São Pedro tiveram suas fichas destinadas para a ESF do Parque Alvorada. O motivo pra essa mudança foi que essa população habita um área bem próxima de um fundo de vale que funciona como divisor de áreas de abrangência do programa.

Antes de realizar os trabalhos de campo, primeiramente, foi necessário realizar um recorte espacial das zonas censitárias de Presidente Prudente que foram escolhidas para a aplicação do questionários. Por isso, nesse procedimento contamos com o uso do software *Quantum GIS* e de algumas bases retiradas do site do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

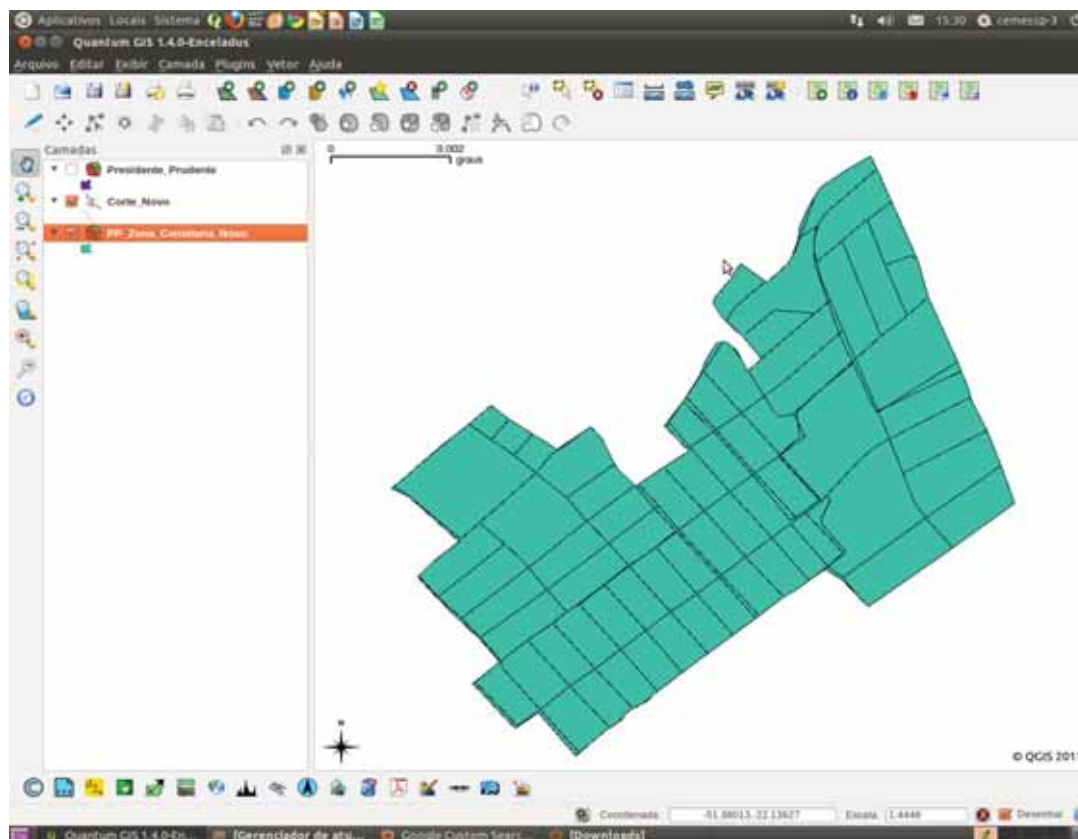
A primeira atividade, foi a importação de dados no site do IBGE, através do download e acesso a pasta geociências onde encontramos mapas com as malhas digitais de todos os estados brasileiros do Censo 2010. Selecionamos o ícone setores censitários e o Estado de São Paulo. Depois de salvar os arquivos, era preciso resgatar os dados no software *Quantum GIS*. Através do ícone camada vetorial, importamos os abrimos o arquivo do Estado de São Paulo, porém um novo recorte espacial foi realizado chegando ao município de estudo (Figura 3), posteriormente, fizemos uma busca avançada e nomeamos os setores censitários que trabalharíamos.

Figura 3 – Recorte do município de Presidente Prudente.



Os setores escolhidos foram 227, 228, 237, 238, 239 e 303. O setor censitário 303 foi inserido a partir do Censo de 2010 e teve que ser integrado ao trabalho de campo. Através do software recortamos as áreas de trabalho (Figura 4) e sobrepomos as ruas que pertencem aos setores citados. As bases digitais das ruas também foram retiradas na parte de downloads do IBGE, mas usamos a opção estatística e no ícone sinopse fizemos uma importação das ruas pertencentes aos setores censitários.

Figura 4- Recorte espacial das zonas censitárias que compõem o território da atenção básica da ESF do Parque Alvorada, Presidente Prudente/SP.



Esse aprendizado foi possível através de reuniões realizadas no CEMESPP, com a participação de alunos da graduação, pós-graduação e a integração com a Universidade Federal do Amazonas que tinha um aluno da graduação participando de algumas aulas na pós-graduação.

A intenção de introduzir esse passo-a-passo foi deixar o trabalho de graduação mais didático, contribuindo para que outras pessoas possam utilizar o mesmo processo no software *Quantum GIS* e ter como uma pequena referência os procedimentos metodológicos do presente trabalho.

A cada trabalho de campo, o mesmo procedimento ia sendo realizado, precisávamos de uma orientação na parte empírica, conseguimos este conhecimento prévio, através da elaboração de uma base cartográfica simples no *Quantum GIS*, o que facilitava o trabalho nas ruas, já que tínhamos o setor censitário delimitado com suas ruas definidas. Assim, no campo era preciso escolher de forma aleatória as casas no qual aplicaríamos os questionários investigativos.

3.2. O trabalho de campo

O trabalho de campo consistiu na aplicação de questionários (anexo 1) com chefes de família de residências adstritas às unidades básicas de saúde e das equipes da estratégia de saúde da

família. A amostra dos questionários foi aleatória simples, considerando o total de domicílios dos setores censitários que fazem parte de cada área do estudo e da tabela de números aleatórios proposto por Gerardi (1981).

A análise quantitativa entra nessa parte e contribui para as dúvidas dos geógrafos que surgem ao longo do tempo, no momento da realização dos trabalhos que tem como base a aplicação de questionários investigativos. Assim, o livro *Quantificação em Geografia* trouxe um enorme embasamento teórico nesta etapa, permitindo uma junção entre a Geografia e entender como solucionaremos um determinado problema e qual a proposta que contribuirá para melhorar uma determinada realidade. Para Gerardi,

a Geografia, como qualquer ciência, tem seu campo de atuação delimitado pela natureza dos problemas com os quais lida e seu progresso realizado através da busca da solução desses problemas. A pesquisa geográfica, de modo geral, se inicia quando detectamos ou identificamos problemas e estabelecemos diretrizes que nos orientem na sua solução (pág.9, 1981).

Dessa maneira, vemos que a utilização de técnicas estatísticas na Geografia é essencial para a ação do geógrafo na sociedade. A partir da tabela “Determinação do tamanho da amostra a partir do tamanho da população”, relacionamos o número de habitantes inseridos naqueles setores censitários e a quantidade de amostras que deveriam compor o trabalho. Assim, cada questionário deveria contar o número de habitantes que compõem a residência entrevistada, para cada setor censitário foram aplicados 50 questionários, atingindo um total de 300 entrevistas ou domicílios entrevistados.

A intenção foi descrever o nível de correspondência dos moradores com as unidades que promovem a atenção básica no seu bairro, verificando qual a percepção e o grau de satisfação em relação aos serviços prestados.

Após essa etapa e a realização do trabalho empírico, para finalizar cada trabalho de campo era construído uma planilha com os dados obtidos nas entrevistas, depois dessa montagem era possível tabular os dados, montar gráfico ou outros processos que facilitavam a interpretação dos dados, permitindo uma análise dos dados de forma mais completa e profunda. Essa passagem do trabalho realizado por Gerardi (1981), define bem como encontramos os dados:

realidade apresenta ao geógrafo um vasto panorama de informações aparentemente caóticas e desconexas a partir das quais manifesta-se a necessidade de utilização e técnicas estatísticas para selecionar e ordenar estas informações e torná-las manipuláveis e compreensíveis. (Pág.21)

Após a realização de cada trabalho de campo, era realizada uma planilha com as respostas dos entrevistados.

Trabalho de campo no Parque Alvorada e Jardim São Bento

O trabalho de campo no Parque Alvorada e Jardim São Bento compreendeu a área do setor censitário nº 238, composto pelas ruas: Abílio Nascimento, Antonio Mungo, Benedito de Toledo, Maria A. Galindo, Estácio de Souza, Thomas de Amorim, João Becegato, Ermínio Terim, Quitéria Ortega Ocanha, Milton José Bissoli, Romeu de Arruda Camargo e Sabatino Barbeta.

Para orientação nesse primeiro trabalho de campo tivemos a orientação de um croqui básico com o traçado das ruas e delimitação do setor censitário. A aplicação dos questionários (anexo 1)- em todos os trabalhos de campo-foram feitas no sentido horário.

Primeiramente, era preenchido questões que caracterizavam a edificação, as perguntas vão desde o que existe no entorno da edificação, tipo de edificação até como são as paredes externas e o que tem na parte externa da casa. Vale enfatizar que todo o questionário tinha como base os questionários da Fundação SEADE e essa primeira observação era feita pela própria entrevistadora no momento em que decidia a casa que iria participar da entrevista.

As entrevistas realizadas no primeiro trabalho de campo que compreendeu a Zona Censitária 238 teve como maior parte dos entrevistados, mulheres. Entre os 50 entrevistados, 40 são mulheres. Como nos orientamos por um questionário da Fundação SEADE, uma das regras era entrevistar o chefe da família ou cônjuge. Como a maioria dos chefes de família estão nos seus postos de trabalho, tivemos esse grande número de mulheres, tão expressivo nas entrevistas.

A faixa etária dos participantes está entre 23 e 75 anos e nenhum dos entrevistados desta primeira etapa é portador de deficiência física.

Quando discutimos sobre a parte de atendimento para a própria saúde, entre os entrevistados, 18 procuraram atendimento médico uma única vez nos últimos 30 (trinta) dias. Já 10 (dez) entrevistados receberam atendimento mais de uma vez. Enquanto, a maioria dos entrevistados (22) não procuraram atendimento médico nenhuma vez nesses últimos 30 dias.

Dentre os estabelecimentos de saúde mais procurados, os participantes citaram a ESF do Parque Alvorada, o Pronto-Atendimento do Jardim Santana, além do Hospital Regional, Santa Casa de Misericórdia e consultórios médicos.

Trabalho de Campo no Jardim Nova Planaltina

O segundo trabalho de campo, realizado no Jardim Nova Planaltina, compreendeu as ruas do

setor censitário nº 303. Desta vez, foram percorridas as ruas: Antonio Machioli, Ermínio Terim, Benedito Soares Marcondes, Maria Neves Arroio Cruz, André Janial, Gino Garcia, R N Santana.

A metodologia utilizada para a aplicação dos questionários foi a mesma do primeiro trabalho empírico. E, em todos os trabalhos adotamos a mesma técnica para as entrevistas. A maior parte dos entrevistados ainda foram as mulheres, com 39 participações. A faixa etária dos participantes está entre 23 e 83 anos.

Em relação ao atendimento, dos 50 entrevistados: 16 procuraram atendimento médico nos últimos 30 dias; 13 entrevistados foram mais de duas vezes a algum estabelecimento médico; 21 não procuraram nenhum tipo de atendimento. Nesta zona censitária, percebemos um número de maior de moradias com pintura gasta e deterioração no imóvel. Visualmente, foi percebido que o número de crianças também é maior ou, pelo menos, elas brincam mais na rua.

Trabalho de campo no Jardim Itatiaia

No terceiro trabalho de campo, visitamos algumas casas do Jardim Itatiaia. As ruas visitadas são: Abílio Nascimento, Thomas de Aquino Amorim, Mauricio Cascapera, Angelo Hungaro, Luiz R. Dos Santos.

A idade dos entrevistados varia entre 17 e 78 anos. A entrevistada mais jovem já é casada e já têm filhos. Dezesesseis dos cinquenta entrevistados são homens e o restante, mulheres.

A metodologia praticada foi a mesma dos outros trabalhos de campo, onde os questionários são aplicados no sentido horário.

O bairro fica um pouco mais “próximo” da UBS do Jardim São Pedro e numa das entrevistas, encontrei uma moradora que não gostava de ser atendida na ESF do Parque Alvorada. Por isso, apesar de ser visitada por uma agente comunitária da ESF do Parque Alvorada, ela procura a UBS do Jardim São Pedro quando precisa de alguma consulta. Já a sua filha que mora numa rua ao lado é atendida pela agente comunitária e frequenta (quando precisa) a ESF do Parque Alvorada.

Dessa maneira, podemos levantar nesse terceiro trabalho de campo a questão da identidade das pessoas com determinado território. Assim, a entrevistada que sempre foi atendida no bairro vizinho, apesar das mudanças relacionadas a saúde, continuou frequentando a UBS que tem uma maior afinidade e que sempre foi atendida.

Trabalho de campo no Jardim Itatiaia e Jardim Nova Planaltina

No quarto setor censitário, os trabalhos foram realizados nos bairros Jardim Itatiaia e Jardim Nova Planaltina e compreendeu as ruas: Benedito C. De Toledo, Valdecir Palancio, Giácomo

Mungo, Luiz J. Donzele, João Caetano, João Malaguito e viela Pedro Magosso, que não constava no mapa.

Essas ruas ficam bem próximas do parque (fundo de vale) que separa os bairros Itatiaia e São Pedro. Assim, alguns moradores comentaram que antes eram atendidos na UBS do São Pedro e, atualmente, estão integrados a ESF do Parque Alvorada.

Dos 50 entrevistados, a maioria são mulheres, no total 35 e o restante homens. A idade dos entrevistados vão desde 19 anos até 88 anos. No caso, a entrevistada de 19 anos é uma jovem que já está casada e mora com a sogra e o esposo.

Durante a montagem da planilha, notamos que muitos entrevistados não tinha procurado atendimento médico comparado com os outros setores censitários. Dessa maneira, 25 entrevistados não procuraram atendimento médico nos últimos 30 dias.

Entre as ações e programas de saúde, os mais citados estão os medicamentos gratuitos ou da Farmácia Popular. Segundo o Portal da Saúde do Ministério da Saúde, o programa foi criado “pelo ministério para ampliar o acesso da população a medicamentos essenciais, vendidos a preços mais baixos que os praticados no mercado.” (http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=1095).

Assim, os moradores que não possuem condições de comprar medicamentos que são na maioria das vezes, muito caros, tem um respaldo do governo que “criou o Programa Farmácia Popular do Brasil pra ampliar o acesso aos medicamentos para doenças comuns entre os cidadãos. O Programa possui uma rede própria de Farmácias Populares e a parceria com farmácias e drogarias da rede privada”. (http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=1095)

Outro fator relevante é a reclamação de alguns moradores sobre os serviços oferecidos pela ESF. Muitos moradores afirmaram que o Parque Alvorada deveria contar com um Pronto-Atendimento 24h. Quando questionados sobre o Pronto-Atendimento 24h do Jardim Santana existia uma certa resistência, pois os moradores afirmaram que o atendimento no Jardim Santana não é bom e que faltam aparelhos, fazendo com que os moradores procurem o Pronto-Atendimento do Ana Jacinta, em alguns casos.

Trabalho de campo no Jardim Planaltina

O trabalho de campo no Jardim Planaltina compreendeu as ruas: José dos Santos Aguiar, Paulo José Lima, Ermínio Terim, Jório Pereira de Souza, Antônio Marchioli, Gilberto Netto, Antônio Robles Fernandes, Sabas Cantizano, Adriano Ramalho, Silvano Valério.

De todos os setores censitário é o que fica mais próximo da UBS do Jardim Santana, alguns

moradores entrevistados reclamaram que não recebem atendimento da ACS porque pertencem a UBS do Jardim Santana. A indignação dos moradores é muito forte, pois eles comentaram que narua paralela os moradores recebem a visita do agente, e por que eles não podem receber?

Trabalho de campo no Jardim Brasília

O trabalho de campo no Jardim Brasília compreendeu as ruas: Alfredo Pinto, Bom Jesus, Paulo José Lima, Antônio Diomásio, Terezina, Satélite, Niterói, Cuiabá, São Salvador, Brasília, Aracaju e travessa Rafaela Pagnosi De todos os trabalhos realizados, o último foi o mais complexo. A área, aparentemente, parecia ser a mais complicada, chegando a campo, a ideia formada foi concretizada.

Visualmente, foi o bairro com as moradias mais precárias, pois muitas casas são de madeira, deterioradas, sem pintura, entre outros.

A realização dessa análise empírica provocou um certo medo e receio, já que em um determinado ponto do bairro, nos deparamos com um grupo de homens usando drogas em “plena luz do dia”. Além das drogas ilícitas, também encontramos alguns alcoólatras. Uma delas questionava “aos berros”, o porquê da minha presença no local.

Um outro caso relatado foi feito por uma jovem moradora que agrediu uma enfermeira. A entrevistada afirmou que odeia o atendimento da ESF do Parque Alvorada, por causa do ocorrido.

No dia do acontecimento, “Beatriz”, levou o filho de 8 meses para ser vacinado. Como a espera já passava de 1h30m, Beatriz questionou a enfermeira que fez o seguinte comentário: “se você perguntar mais uma vez, vou dar a vacina errada no seu filho”. Por isso, a entrevistada agrediu a funcionária da ESF. Atualmente, tramita um processo judiciário de ambas as partes.

Capítulo 4 – A atenção básica de Presidente Prudente: o ponto de vista dos moradores

Para a construção do capítulo 4 foi preciso revisar alguns trabalhos de extrema importância para discussão dos resultados finais da pesquisa. A partir daí, iniciamos a discussão dos resultados da análise empírica e, posteriormente, dos mapas temáticos elaborados.

Um dos trabalhos de referência é o de Pereira (2008), uma vez que ela discute qual é a contribuição da geografia para o estudo da Atenção à Saúde. Assim, a autora descreve que

a Geografia da Atenção à Saúde busca entender a disponibilidade dos recursos materiais e humanos (onde está o serviço e em quais escalas), a qualidade dos serviços, como se está usando esse serviço (acessibilidade), como a necessidade do serviço é determinada, como são decididos os recursos e se a provisão atual afeta no resultado do serviço (GATRELL, 2002; PEITER, 2008).

Outra importante referência é o estudo de Aranha (2010). Ele descreve as diversas normatizações criadas na política de saúde ao longo dos anos, permitindo um grande salto nos serviços prestados pela Atenção Básica. A partir do Pacto pela Saúde (2006), os municípios que já tinham uma autonomia que possibilitava um controle da atenção básica dentro do seu território, passam a contar com outras características que voltam para a esfera municipal o poder de controle da atenção básica e programas vinculados.

No caso de Natal/RN, estudado por Aranha, observa-se que quando olhamos para a realidade, notamos que a participação social fica de lado para a conformação dessas áreas de abrangência, (sub) áreas e microáreas. Dentro dos territórios criados não levou-se em conta o que a população vive, as barreiras geográficas que dificultam o acesso a ESF ou a vulnerabilidade e riscos que parte da população sofre quando procura o atendimento na Atenção Básica.

Aranha (2010) descreve essa mesma problemática entre a teoria e a prática adotada. Assim, o autor trabalha com a hipótese “de que há um descompasso entre a realidade como ela é nos lugares e o modo como o território é esquadrihado pelos agentes da Estratégia de Saúde da Família (p.52)”

O trabalho realizado por Aranha (2010) tem o foco no território, enfatizando as normas e a realidade vivenciada pela população. Já Pereira (2008) analisa esse território, porém com base nas práticas realizadas pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Assim, a opinião da população obtida através dos questionários investigativos foi fundamental para entender o papel desses agentes

no contexto social interpretado pela autora e para construção das nossas concepções sobre o assunto.

Em todas as entrevistas dos trabalhos de campo realizados por ela, os entrevistados sempre elogiaram o trabalho do agente comunitário. A opinião foi unânime, na avaliação do moradores, o trabalho realizado pelo ACS é “excelente” ou “bom”. Vários fatores são importantes para isso, dentro dessas características destacaremos o trabalho realizado por Pereira (2008) que contribui para qualificar esse ação, sendo uma base importante para o trabalho de graduação. Dessa maneira, mostra a grande relevância desses trabalhadores na mudança da realidade da comunidade atendida pelos agentes da ESF.

Ao pensar no agente de saúde enquanto sujeito capaz de desenvolver competências e habilidades sociais, e consequentemente, desenvolver um conhecimento geográfico, é factível aceitar a ideia de que esse sujeito é também capaz de modificar o espaço geográfico em que trabalha. (pág. 150)

Como lidamos com pessoas que conhecem a realidade local, porque os agentes vivem na comunidade ou bairro que desenvolvem seu serviço, acreditamos que esses homens e mulheres que integram a ESF são capazes de mudar o território no qual estão inseridos. Melhorando de alguma forma as condições de saúde da população. Assim, “percebe-se que os agentes da ESF estão muito voltados aos interesses da comunidade e de segmentos da mesma” (PEREIRA, 2008, pág. 151).

Tudo isso acontece pois os agentes conseguem traduzir as informações dos médicos para a comunidade de uma forma didática e compreensível, fazendo uma mediação entre os moradores e o programa. Além dessas características podemos levantar outras descritas pela população entrevistada. A partir daí, nos embasaremos no trabalho de Pereira (2008), e assim como a autora que produziu uma tabela intitulada: “*Características agrupadas por competências do ACS*” (PEREIRA, 2008, pág. 251), montaremos uma tabela levantando as características mais marcantes e citadas pelos entrevistados em relação aos agentes comunitários.

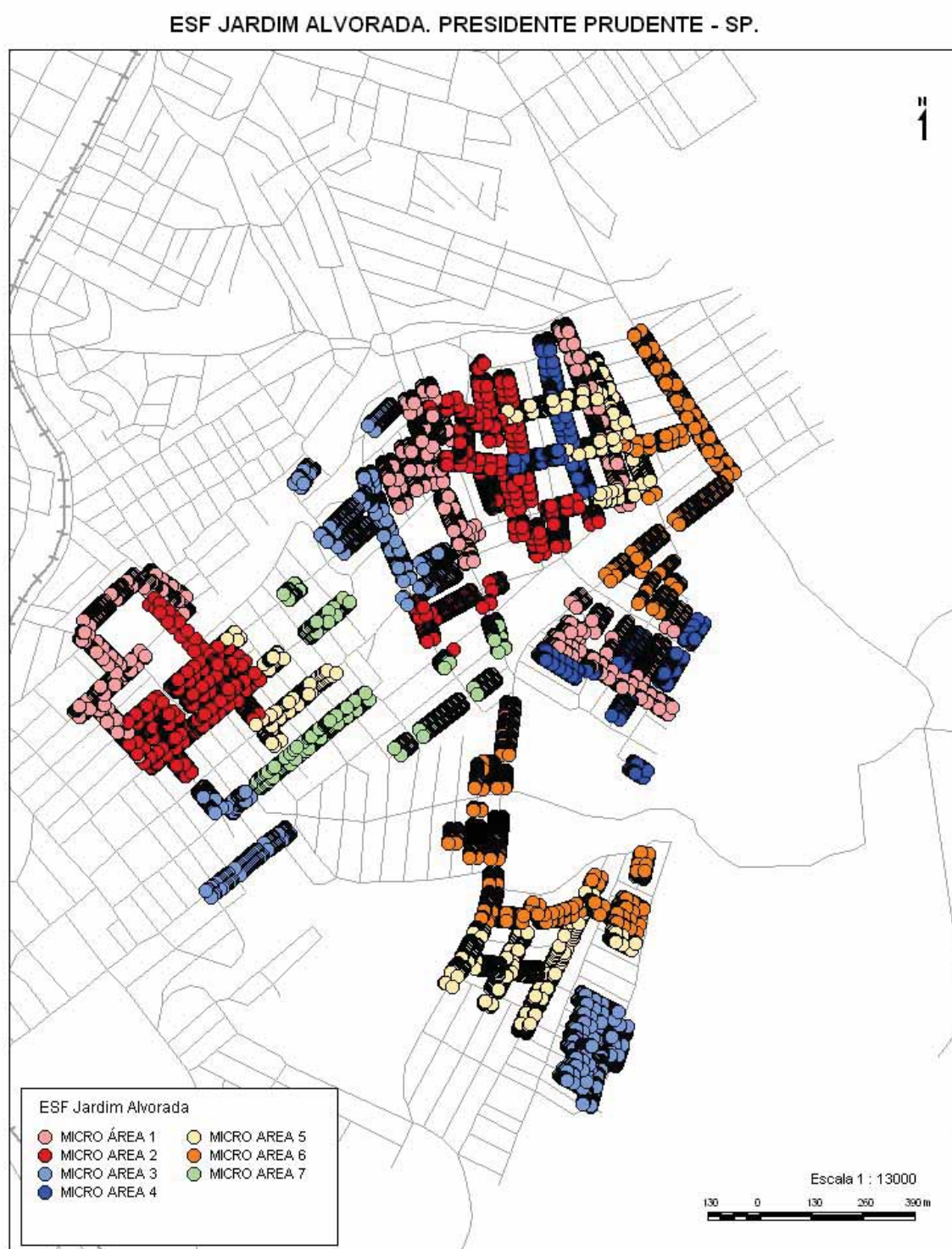
Pereira (2008), usa como competência a motivação, a autonomia, o domínio conceitual, o domínio da linguagem cartográfica, além das características pessoais. Destacaremos algumas qualidades dos agentes a partir de cada item acima realizado no trabalho da autora.

Quadro 1- Característica dos Agentes Comunitários de Saúde

CARACTERÍSTICAS DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE
MOTIVAÇÃO Informa bem o que ocorre na área/ Divulga tudo/Comprometimento com o sistema de saúde Lida bem com as pessoas Boa interação com a comunidade É procurada para esclarecer dúvidas/É aceito AUTONOMIA Disposta DOMÍNIO COCEITUAL Explica bem/ É bem expressiva Linguagem acessível a população DOMÍNIO DA LINGUAGEM CARTOGRÁFICA Conhece bem a área/Tem domínio da área CARACTERÍSTICAS PESSOAIS Simpática/Bacana Dedicada Prestativa/Atenciosa Disposição/Empenho Competente

Todas as características descritas foram citadas no trabalho de Pereira (2008) e, também foram citadas nas entrevistas realizadas com os moradores que integram a ESF do Parque Alvorada, na área urbana de Presidente Prudente (Figura 5), demonstrando que, independente do lugar, o trabalho do ACS é extremamente importante pois ajuda na prevenção de doenças e na promoção da saúde.

Figura 5– Área de abrangência do ESF do Parque Alvorada, Presidente Prudente/SP.



Organizado por Vitor Augusto Luizari Camacho

Outras qualificações foram citadas, mas muitos causos também foram contados, possibilitando a análise de outros fatores que compõem aquele território. É por este motivo que o ponto de vista dos moradores foi considerado muito importante em nossa pesquisa. Com base nas respostas dos questionários, analisaremos a relação entre o espaço da norma e o território de fato através das conversas com a população inserida nos bairros visitados.

Por meio do contato com a população é visível o descompasso entre o que está estabelecido na norma e o que de fato acontece nos bairros. Nota-se que para a consolidação do programa não foi feito um trabalho com os moradores das área, ouvindo suas opiniões quanto a delimitação da área que seria atendida. O programa foi implementado obedecendo a quantidade de famílias necessárias para cada agente.

Se o morador estivesse habituado com o atendimento em outra Unidade Básica de Saúde esse vínculo foi rompido, pois sua ficha e documentação está ligada a outra área. Como exemplo, podemos citar o caso da moradora “Joana” que mora no Jardim Itatiaia e sempre frequentou a UBS do São Pedro. Atualmente, está integrada a ESF do Parque Alvorada.

A moradora comentou que sua filha, apesar de sempre ter sido atendida na UBS do São Pedro, hoje gosta do atendimento na ESF do Parque Alvorada. Já “Joana”, apesar de receber a visita da agente que pertence ao Parque Alvorada, prefere frequentar o São Pedro na hora de marcar consultas ou outros atendimentos.

Dessa maneira, vemos que alguns moradores se acostumaram com a mudança, outros possuem um vínculo afetivo e uma identidade tão forte com a antiga UBS prestadora do atendido que preferem continuar visitando a mesma unidade.

Como a área de atendimento da ESF do Parque Alvorada é imensa, conversamos com moradores que estão distantes do espaço físico, porém gostam do atendimento, frequentam o posto para consultas, buscam medicamentos ou participam das reuniões. A mais citada é a reunião dos Diabéticos e Hipertensos que ocorre uma vez por mês. Lá os moradores discutem sobre a alimentação, recebem dicas dos médicos ou contam o que vem sentindo, além de receber o medicamentos na medida exata para continuar o tratamento dessas doenças.

Alguns moradores do Jardim Brasília, que é o bairro mais distante da sede da ESF. Recebem suas receitas da ESF do Parque Alvorada, mas buscam o medicamento na UBS ou ESF mais próxima, neste caso a UBS ou ESF do São Pedro.

Outros pertencentes a bairros próximos ou distantes da sede, comentaram da dificuldade para marcar consultas. O agendamento começa as 7 horas da manhã, mas desde as 4 horas da madrugada chegam moradores para esperar na fila, porque o número de atendimentos é limitado.

Muitos moradores reclamaram dessa situação, pelo número limitado de vagas, por dar preferência para idosos e crianças e pelo horário que devem chegar para tentar agendar uma consulta.

Ao mesmo tempo, encontramos moradores que não marcam a consultam, pois precisam passar por uma área crítica do bairro na madrugada. O lugar é um fundo de vale revitalizado entre os bairros: Jardim Brasília, Jardim Itatiaia e Nova Planaltina. Segundo o relato de uma moradora, ela não marca consultas pelo medo de passar aquela hora da madrugada no “campinho”. No local ficam diversos garotos usuários de crack e ela receia que um deles ataquem os moradores. Como seu esposo trabalha como seguranças, “Maria” não tem uma companhia masculina para acompanhá-la no trajeto, por isso não marca consultas.

Em um dos dias de realização do trabalho de campo, notamos um grupo de adultos e adolescentes numa casa bem próxima do fundo de vale utilizando drogas, o detalhe fica pelo horário, que não passava das 16 horas. Ficou claro que uma parte da população se sente vulnerável neste tipo de situação e, assim, não procura o atendimento médico necessário para a prevenção ou tratamento de doenças.

Talvez se esses moradores do Jardim Brasília estivessem integrados à ESF do São Pedro, esses problemas seriam minimizados, já que a UBS e ESF desse bairro ficam mais próximas do Jardim Brasília, do que a área de cobertura da ESF do Parque Alvorada.

Esse é um ponto negativo, apesar de algumas críticas e chateação de moradores, a avaliação dos estabelecimentos de saúde foram “excelente” e “bom”. Foram poucas vezes citado o “regular”, “ruim” e “péssimo”. A população faz uma boa avaliação da atenção básica do bairro, apesar dos problemas quanto a demora, falta de remédios. No geral, a avaliação é positiva.

Como foi descrito acima, através da análise empírica, tivemos a oportunidade de conhecer um pouco melhor a realidade da população. Em seguida, faremos a análise e discussão dos dados coletados no campo.

4.1 Perfil demográfico e formas de acesso aos serviços

Primeiramente, para discussão e análise dos gráficos e tabelas elaborados, fizemos uma separação entre “população” e “acesso ao serviço de saúde”.

Em relação a população, as primeiras variáveis trabalhadas são de grupo etário e sexo, permitindo uma caracterização do perfil demográfico. Além disso, nesse grupo entra os entrevistados portadores de deficiência e o tipo de deficiência. Já que os dados não foram tão expressivos, iremos comentar alguns casos, porém utilizaremos uma tabela que demonstre a população inserida naquele território portadora de algum tipo de deficiência.

Nesse momento, analisaremos a categoria grupo etário (Tabela 1) que está dividida em 7 faixas. A entrevistada mais jovem possui 17 anos, enquanto o entrevistado mais velho tem 88 anos. A faixa etária mais expressiva foi a de 51 a 60 anos com um percentual de 24,67% dos moradores, seguida pela faixa etária de 41 a 50 anos com 66 entrevistados (22%).

Logo após a idade, temos a característica de gênero. O número de mulheres entrevistadas é muito relevante, já que dos 300 entrevistados, 219 são mulheres, o que corresponde a 73% das entrevistados, os 27% restantes são entrevistas feitas com homens, num total de 81 homens entrevistados.

Tabela 1- Grupo etário e sexo da população inserida no território da atenção básica da ESF Parque Alvorada, Presidente Prudente/SP, 2011.

Característica	Categoria	n=300	%
Grupo etário/anos	10 a 20	4	1,33
	21 a 30	27	9
	31 a 40	55	18,33
	41 a 50	66	22
	51 a 60	74	24,67
	61 a 70	46	15,33
	mais de 71	28	9,33
Sexo	Masculino	81	27
	Feminino	219	73

Fonte: Dados coletados no local, Trabalho de Campo, 2011.

Dois bairros tiveram o maior número de entrevistados homens. Isso ocorreu no Jardim Planaltina e no Jardim Itatiaia. Neste caso, dos 50 entrevistados, 16 eram homens.

O próximo dado discutido, são os portadores de deficiência física (Tabela 2). O número foi bem baixo, sendo que apenas 8 entrevistados declarou ter algum tipo de deficiência, entre elas estão: paralisia permanente das pernas, falta de algum membro, além da LER/Dort.

Tabela 2- Moradores portadores de deficiência física inseridos no território da atenção básica da ESF do Parque Alvorada, Presidente Prudente/SP, 2011.

Característica	Categoria	n=300	%
Portador de deficiência física	Não	292	97,33
	Sim	8	2,67

Fonte:Dados coletados no local, Trabalho de Campo, 2011.

Outra questão relevante é a posse de plano ou consórcio de saúde. Para demonstrar esse dado, utilizaremos a Tabela 3. Cerca de 50% da população afirmou que possui plano de saúde, na verdade grande parte desses entrevistados possuem o Plano *Athia*.

O *Grupo Athia* surgiu em 1926, proporcionando uma assistência funeral para os moradores de Presidente Prudente e região. Em 1997, “visando contribuir para melhorar a qualidade de vida nas comunidades atendidas” (<http://www.athia.com.br/>) surge a clínica Santa Catarina que presta serviços médicos e odontológicos. Também faz parte do Grupo Athia, o cemitério-parque Parque da Paz.

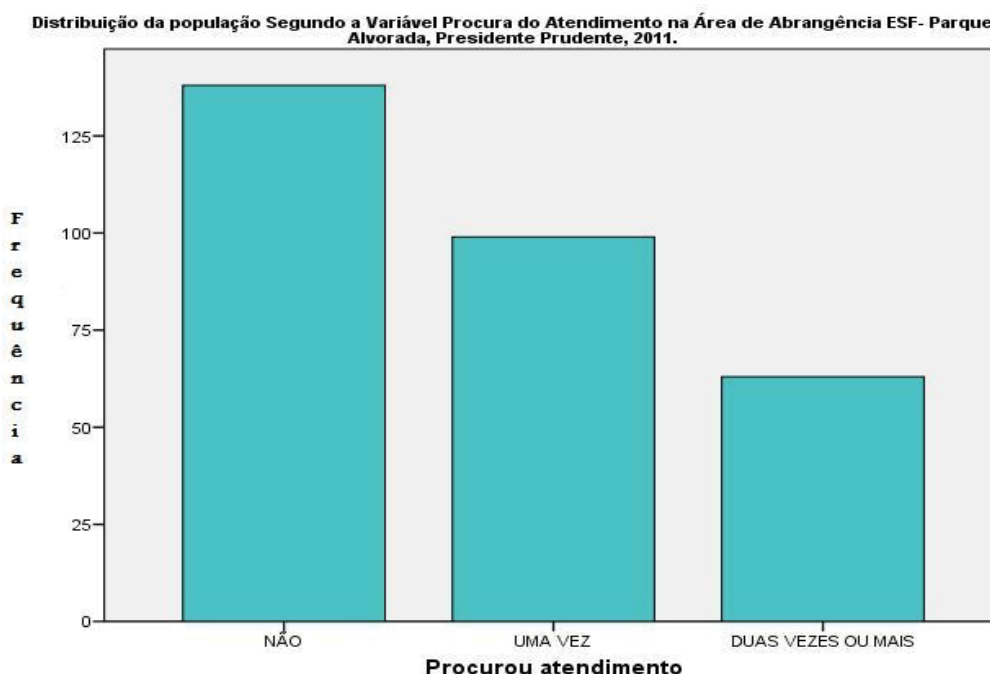
Atualmente, quem adquire o plano tem “o acesso a consultas médicas e odontológicas na Clínica Santa Catarina e descontos em exames diagnósticos nos laboratórios e clínicas parceiras” (<http://www.athia.com.br/>). Além do Grupo Athia, os entrevistados, também comentaram sobre a Unimed, porém em menor quantidade.

Tabela 3- Moradores com plano ou consórcio de saúde, inseridos no território da atenção básica da ESF do Parque Alvorada, Prudente Prudente/SP, 2011.

Característica	Categoria	n=300	%
Convênio ou plano de saúde	Não	150	50
	Sim	149	49,67
	Não sabe	1	0,33

As análises seguem a ordem das questões inseridas no questionário da Fundação SEADE e aplicados em campo. Assim, o próximo dado analisado está ligado ao acesso da população a atenção básica ou qualquer outro estabelecimento de saúde. Neste caso, o trabalho irá contar com um gráfico que trabalha com a variável “procura de atendimento”.

Gráfico 1- Distribuição da população segundo a variável “Procura do Atendimento” na área de abrangência ESF- Parque Alvorada, Presidente Prudente 2011.

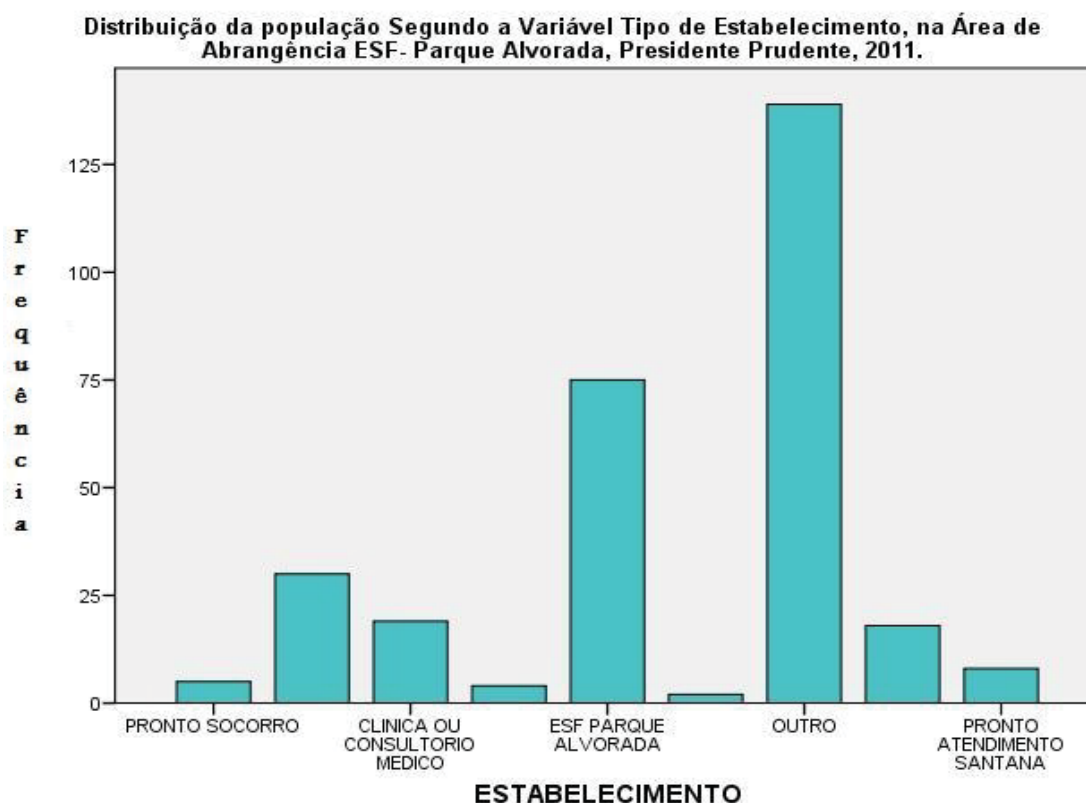


Fonte: Dados coletados no local, Trabalho de Campo, 2011.

Dos 300 entrevistados, 162 procurou atendimento (99 = uma vez e 63 = mais de uma vez). Mas qual estabelecimento de saúde esses entrevistados procuraram ao longo dos 30 dias? Notamos nas entrevistas que grande parte da população que procurou atendimento para a própria saúde utilizou o serviço público (Gráfico 2- “Tipo de estabelecimento”).

Observando o gráfico, é visível que a ESF do Parque Alvorada foi a mais citada. Neste caso, “outros” corresponde aos entrevistados que não procuraram atendimento, número que chega a 138 ou 46% dos entrevistados.

Gráfico 2- Distribuição da população segundo a variável “Tipo de Estabelecimento”, na área de abrangência ESF- Parque Alvorada, Presidente Prudente, 2011.



Fonte: Dados coletados no local, Trabalho de Campo, 2011.

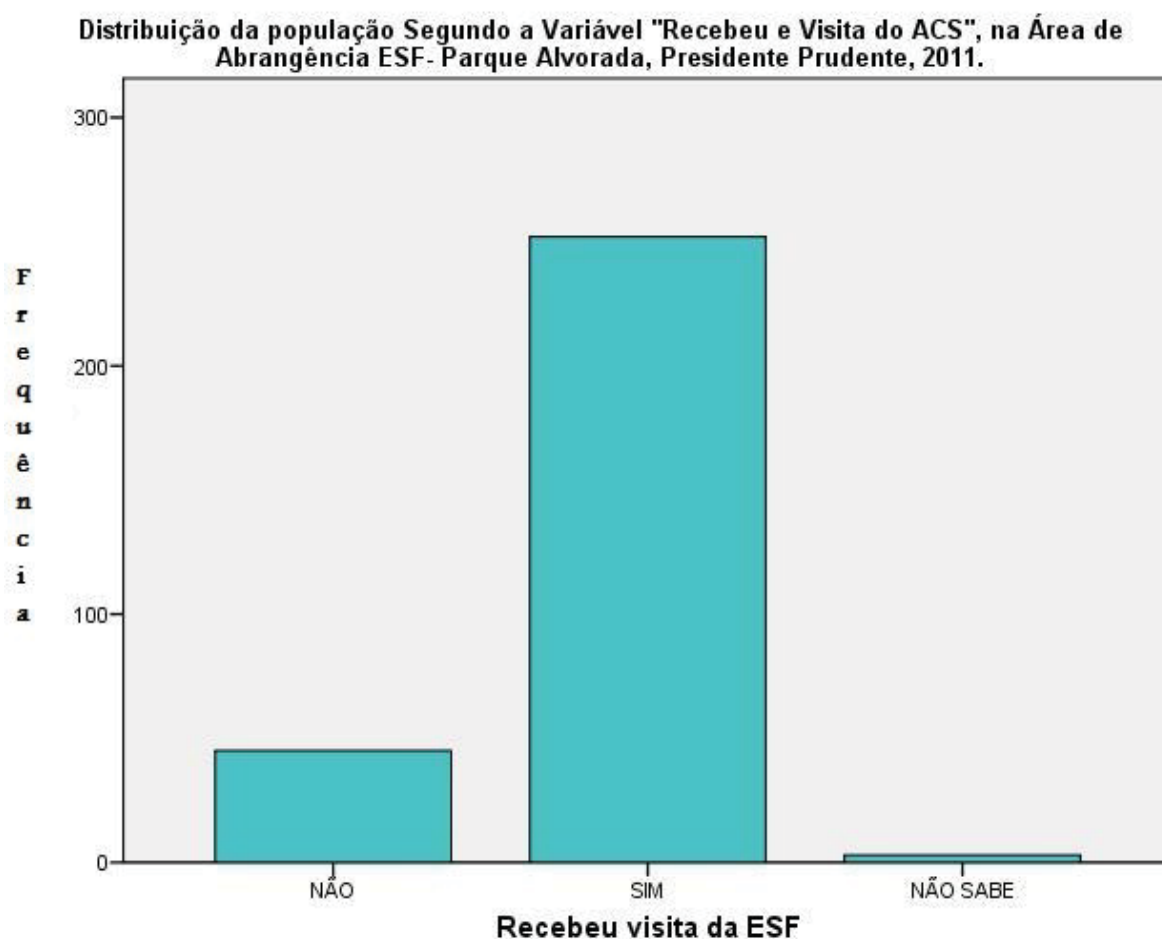
Alguns entrevistados estão distantes da ESF do Parque Alvorada, como é o caso dos moradores do Jardim Planaltina, que estão bem mais próximos da UBS do Jardim Santana. É também a situação dos moradores do Jardim Brasília, inseridos num bairro ao lado da ESF e UBS do São Pedro. Por mais que exista uma distância e uma certa barreira geográfica entre estes moradores e a ESF do Parque Alvorada, observamos que eles apresentam um vínculo com os ACS e com o programa. Assim, os entrevistados respeitam, na maioria dos casos, a área de abrangência “desenhada” pelos agentes comunitários de saúde e repassada para cada morador.

Como estes moradores avaliam esses atendimentos? No geral, a avaliação foi muito boa. Grande parte da população está satisfeita com os serviços prestados por essa porta de entrada, apesar de algumas críticas, quanto a demora, falta de médicos e medicamentos. Os moradores têm consciência de que, se não tivesse o SUS a situação seria bem pior. Por isso, grande parte dos

entrevistados valorizam o programa e as ações de saúde proposta e oferecidas pelo governo.

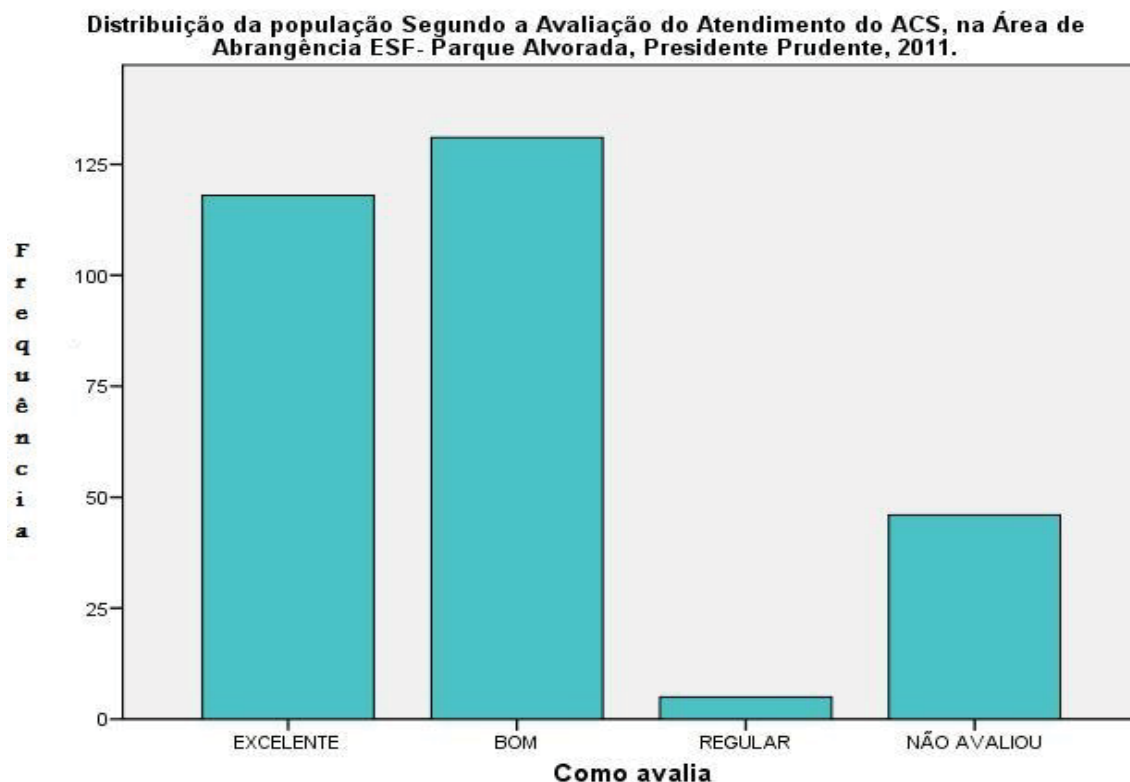
Quanto ao ACS, foi citado acima a estreita relação desses profissionais com os moradores do território estudado. Através dos gráficos fica muito claro a avaliação que esses moradores fazem dos agentes. Assim, no gráfico 3 enfatiza-se os entrevistados que receberam visitas nos últimos 30 dias, enquanto no gráfico 4 temos a avaliação desses moradores em relação ao serviço desenvolvido pelo ACS.

Gráfico 3- Distribuição da população segundo a variável “Recebeu a Visita do ACS”, na área de abrangência ESF- Parque Alvorada, Presidente Prudente, 2011.



Fonte: Dados coletados no local, Trabalho de Campo, 2011.

Gráfico 4- Distribuição da população segundo a “Avaliação do Atendimento do ACS”, na área de abrangência ESF- Parque Alvorada, Presidente Prudente, 2011.



Fonte: Dados coletados no local, Trabalho de Campo, 2011.

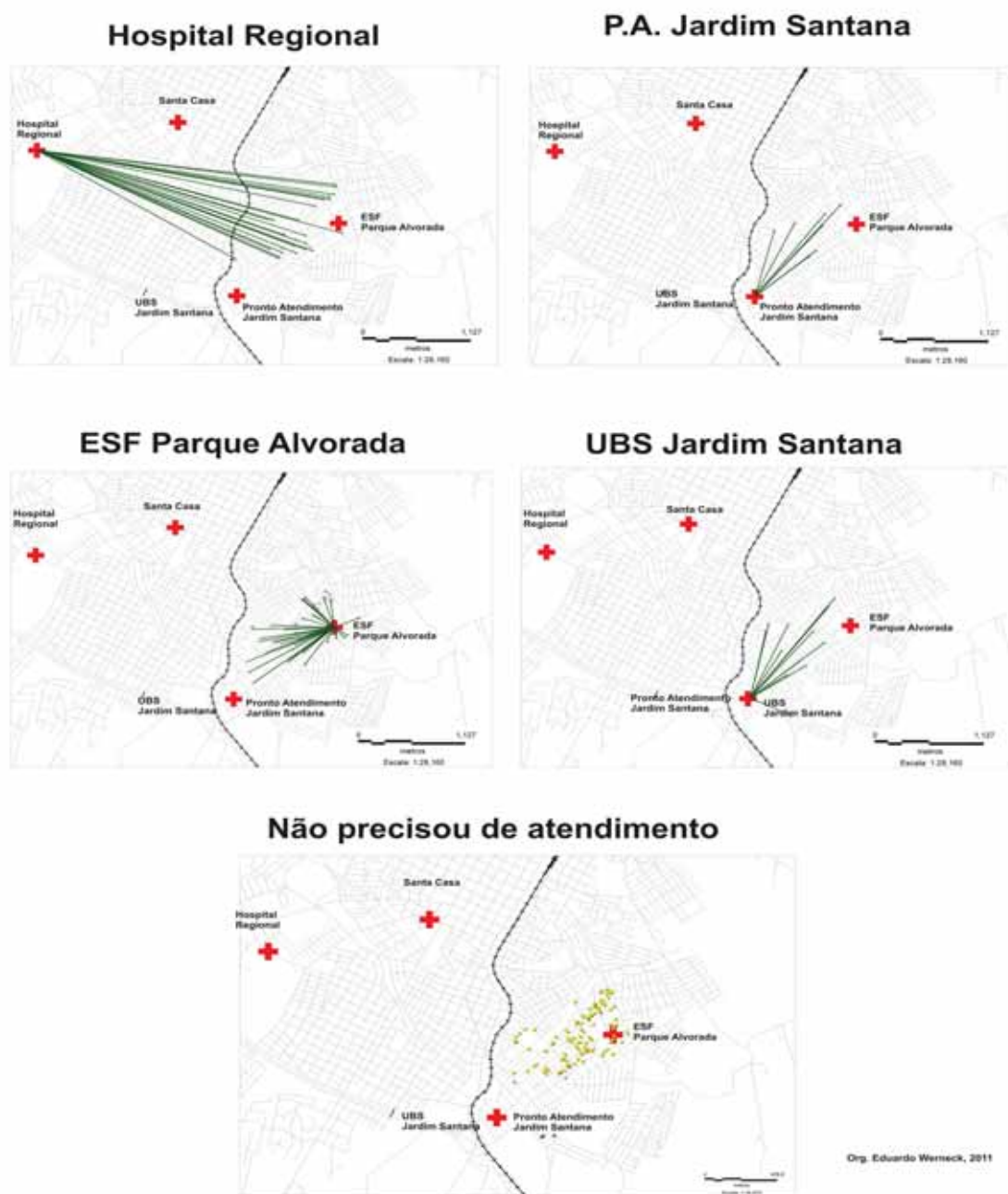
Por fim, é preciso lembrar que quase a metade dos entrevistados não fizeram uso dos serviços ou, quando precisaram recorreram aos hospitais e unidades de pronto atendimento (figura 6). Apesar do trabalho dos agentes comunitários de saúde ser reconhecido pela população, ainda prevalece a compreensão de que a saúde é sinônimo de pronto atendimento prestado por um sistema hospitalocêntrico. É o que podemos observar nos dois primeiros mapas da figura, que indicam a preferência da população para os serviços de saúde do Hospital Regional e da Santa Casa nos 30 dias anteriores à aplicação do questionário.

Observa-se, assim, uma população dividida. Reconhece-se a Estratégia Saúde da Família. Os usuários da UBS estão concentrados numa rua próxima da unidade do Jardim Santana que não tem cobertura na ESF. Estes fluxos mapeados e representados na figura 6 revelam que a chamada área de abrangência da ESF não garante a universalidade do atendimento, mas um contexto bastante diversificado de situações. Desta forma, poderia-se indagar se, no território de fato, os princípios do

SUS são efetivados. Os resultados obtidos na pesquisa sugerem que a chamada “área de abrangência” não representa a delimitação de uma população adstrita, cuja porta de entrada seja a atenção básica.

Figura 6- Uso dos serviços de saúde segundo entrevistados

O uso dos serviços de saúde segundo entrevistados



Considerações finais

Essa pesquisa teve como foco a atenção básica em Presidente Prudente. Para isso, primeiramente fizemos um resgate de como essa política se consolidou no SUS, permitindo que a população reconhecesse como porta preferencial os serviços básicos para alcançar a saúde e evitar doenças.

Além do trabalho empírico, que trouxe uma carga de informações e experiências muito relevantes para compor o trabalho de graduação, as leituras realizadas nas aulas de Geografia da Saúde, bem como a troca de experiências com outros integrantes do Laboratório de Geografia da Saúde, contribuíram para amadurecer cada vez mais as ideias. O resultado final, a presente monografia, foi o primeiro trabalho no campo da pesquisa. Em função disto, as atividades desenvolvidas foram fundamentais para complementar a formação da geógrafa. Foi muito rico o contato com todas as fases de uma pesquisa: revisão bibliográfica, levantamento de dados secundários, manuseio de plataformas de cartografia digital, elaboração e aplicação de questionários, visitas na área para observação e contato com a população, reuniões com o orientador, noites mal dormidas e muita ansiedade.

Sem dúvidas, o esforço empreendido valeu a pena. Evidentemente, ainda faltam muitas coisas. A Geografia pode contribuir para outras análises dentro desse território, na verdade, é preciso ver o que realmente é esse território delimitado pelo programa, pois a área de abrangência não traduz o território de fato. Assim, ouvir a população é um fator crucial para consolidação do programa, essa ação deve ser enfatizada pelo programa, já que são os moradores que vivem aquela realidade e eles devem dizer seus anseios para melhorar a ESF do Parque Alvorada.

Sabemos que as análises podem ser aprimoradas e, felizmente, o Laboratório de Geografia da Saúde terá a oportunidade de apoiar um novo bolsista para dar continuidade ao projeto. Muitos dados que não foram aproveitados na monografia poderão ser cruzados, permitindo a elaboração de novos mapas temáticos que contemplem novas leituras.

Entretanto, o principal objetivo de identificar a relação entre o espaço da norma e o território de fato, traçando o perfil demográfico da população e compreendendo a relação dos moradores com os serviços oferecidos foi atingido. Tudo isso pôde ser vivenciado através do trabalho empírico com a coleta de dados bruto que, posteriormente, permitiu a elaboração de mapas temáticos e a análise dessa realidade. Tratamos de um território que possui uma área de abrangência complexa. Na verdade, a área de abrangência delimitada pelo programa Estratégia de Saúde da Família não condiz com o território identificado pela população, mas este é um tema que merece outras análises.

Referências

- ARANHA, P. R. M. **Do mundo como norma ao lugar como forma: O uso do território pela estratégia da saúde da família**: UFRN, 2010. Dissertação (Mestrado)- Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes, Uniersidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal/RN.
- BOWLING, A.; BOND, M. A national evaluation of specialists' clinics in primary care settings. *Br. J. Gen. Pract.*, v. 51, n. 465, p. 264-269, Abr. 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990.
_____.Portaria nº 648 /GM de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de atenção básica à saúde
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Vigilância em Saúde. **Abordagens espaciais na saúde pública**/ Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz. Brasília: Ministério da Saúde, 2006
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Vigilância em Saúde. **Política Nacional de Promoção a Saúde**/ Ministério da Saúde, Secretária de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção Primária e Promoção da Saúde**/Conselho Nacional de Secretária de Saúde. Brasília: CONASS, 2007.
- CASTANHEIRA, E.R.L. et al. **Avaliação da Qualidade da Atenção Básica em 37 Municípios do Centro-Oeste Paulista**: características da organização da assistência. *Saúde e Sociedade*. São Paulo, v.18, supl. 2, p. 84-88, 2009.
- GATRELL, A C. **Geographies of Health**: an introduction. Oxforf -UK: Blackwell publishers, 2002, p. 262.
- GIDDENS, A. **A constituição da sociedade**. Martins Fontes. São Paulo, 1989.
- GERARDI, L.H. de O. & SILVA, B.C.N. **Quantificação em Geografia**. DIFEL, São Paulo , 1981.
- GONDIM, G. M. M. et al. **O território da Saúde**: A organização do sistema de saúde e a territorialização.Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, p. 1-22, 2008.
- GUIMARÃES, R.B. **Saúde pública e política urbana**. São Paulo, 2000, 208f.Tese (Doutorado em Geografia Humana), Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas. Universidade de São Paulo, São Paulo: 2000.
- LIBAULT, André. **Geocartografia**. São Paulo: Editora Nacional, Edusp, 1975.
- MACINKO, J.; GUANAIS, F. C.; SOUZA, M. F. M. Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil: 1990-2002. *J. Epidemiol. Community Health*, v. 60, n. 1, p.

13-19, 2006.

MARTINS, P.H.; FONTES, B. **Redes Sociais e Saúde**: novas possibilidades teóricas. Recife: Ed. Universitária da UFPE, p. 103-116, 2004

MONKEN, M.; BARCELLOS, C. **Vigilância em Saúde e Território Utilizado**: possibilidades teóricas e metodológicas. Caderno Saúde Pública. Rio de Janeiro, v.21, n. 3, p. 898-906, 2005.

PEITER, Paulo César. **Curso de Geografia da Saúde**. www.igeo.ufrj.br/gruporetis/cursos.2008.

PEREIRA, M.P.B. **Conhecimento geográfico do agente de saúde**: competências e práticas sociais de promoção e vigilância à saúde na cidade do Recife-PE: 2008. p. 150-151p. 251.TESE (doutorado)-Universidade Estadual Paulista, FCT, Presidente Prudente-SP.

PLANO MUNICIPAL. Plano de ação de saúde de Presidente Prudente 2010-2013. Presidente Prudente. Secretária Municipal de Saúde, 2010.

STARFIELD, B. **Atenção Primária**: Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologias. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde, 2002.

WYKE, S.; CAMPBELL, G.; MACIVER, S. Provision of, and patient satisfaction with, primary care services in a relatively affluent area and a relatively deprived area of Glasgow. Br. J. Gen. Pract., v. 42, n. 360, p. 271-275, Jul. 1992.

Sites Consultados:

Ministério da Saúde. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=1095
Acesso em 01 Out. 2011.

Grupo Athia. Disponível em: <http://www.athia.com.br/> Acesso em 23 set. 11.

Anexos

1- Questionário investigativo;

2- Termo de consentimento livre esclarecido;

1-Questionário investigativo**1- Qual a sua idade em anos?****2- Sexo:**

1 Masculino; 2 Feminino

3- É portador de alguma deficiência física, mental, motora, visual ou auditiva?

1 Sim; 2 Não (em caso negativo, pular a questão 4)

4- Que tipo de deficiência?

01 Cegueira

02 Surdez ou surdo-mudez

03 Paralisia permanente das pernas

04 Paralisia permanente das pernas e dos braços

05 Paralisia permanente de um dos lados do corpo

06 Falta de algum membro (perna, braço, mão ou dedo polegar)

07 Retardamento mental

08 Síndrome de Down

09 Autismo

10 LER/Dort

11 Outro tipo de deficiência

12 Deficiência múltipla

13 Não possui deficiência

5- Tem convênio ou plano de saúde (médico ou odontológico)

1 Sim; 2 Não; 3 Não sabe

6-Nos últimos 30 dias, foi a algum pronto-socorro, hospital, posto de saúde, consultório dentário, clínica, laboratório ou outro estabelecimento à procura de atendimento para a própria saúde?

1 Sim, uma vez; 2 Sim, duas vezes ou mais; 3 Não (em caso negativo, pule para a questão 12)

7-Que tipo de estabelecimento de saúde procurou?

1 Pronto-socorro

2 Hospital

3 Clínica ou consultório médico

4 Clínica ou consultório odontológico

5 Posto ou centro de saúde (Parque Alvorada)

6 Laboratório ou centro de diagnóstico

7 Outro. Especifique:

8 UBS (Jardim Santana)

9 Pronto atendimento 24h (Jardim Santana)

8-Foi atendido no mesmo dia na última vez em que foi a esse estabelecimento de saúde?

1 Sim; 2 Não; 3 Não procurou atendimento

9-O atendimento tinha sido marcado com antecedência?

1 Sim, no próprio estabelecimento onde foi atendido

- 2 Sim, em outro local
- 3 Sim, por telefone
- 4 Sim, era dia de vacinação
- 5 Sim, era dia de campanha de saúde
- 6 Não, foi uma emergência
- 7 Não, outro motivo

10- Há quanto tempo marcou este atendimento?

- 1 Menos de um mês
- 2 De 1 a 2 meses
- 3 De 3 a 5 meses
- 4 6 meses ou mais
- 5 Não procurou atendimento

11- Como avalia esse atendimento?

- 1 excelente
- 2 bom
- 3 regular
- 4 ruim
- 5 péssimo

Porque: _____

- 6 Não avaliou

12- Nos últimos 30 dias, recebeu atendimento domiciliar de agente comunitário de saúde do PSF, enfermeiro, médico ou outro profissional de saúde?

- 1 Sim; 2 Não

13- Como avalia esse atendimento?

- 1 excelente
- 2 bom
- 3 regular
- 4 ruim
- 5 péssimo

Porque: _____

- 6 Não avaliou

14- Quais programas e ações de saúde pública são os mais importantes para você e sua família?

- 1 Medicamentos
- 2 Vacinação
- 3 Caravana da Saúde
- 4 Banco de Leite
- 5 ESF/ACS
- 6 Não Avaliou
- 7 Outro

2- Termo de consentimento

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Sou aluna da Faculdade de Ciências e Tecnologia - UNESP – Campus de Presidente Prudente São Paulo. Estamos realizando uma pesquisa sobre as características da atenção básica à saúde de Presidente Prudente.

Sua participação é voluntária. Solicitamos que você responda ao questionário da pesquisa, com 14 questões sobre os serviços e programas de saúde do seu bairro. Toda pesquisa pode provocar algum tipo de desconforto imediato ou tardio. Se durante qualquer momento você se sentir envergonhado ou incomodado, poderá parar de responder imediatamente. Não queremos prejudicar seu atendimento na UBS e nos comprometemos a preservar sua identidade e as informações que possam prejudicar de alguma forma a sua comunidade. Temos como prioridade o respeito aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), em especial os moradores do seu bairro. Desta forma, assumimos o compromisso de preservar as fontes e uso das informações apenas para o projeto de pesquisa que tem como título *“Território da atenção básica em Presidente Prudente: do espaço da norma ao território de fato”*.

Assim, coloco-me à disposição para o esclarecimento de qualquer dúvida sobre o estudo, através do email: ju_abayomi@hotmail.com ou pelo telefone (18) 9133-1282.

O orientador deste trabalho também está à disposição para qualquer dúvida, assim como o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências e Tecnologia da UNESP de Presidente Prudente poderá esclarecer dúvidas e receberá denúncias quanto à questão de ética sobre esta pesquisa, conforme contatos indicados abaixo. Se caso aceitar participar da pesquisa, preencha os dados a seguir:

Eu, _____, residente na cidade de _____, após compreender as informações aqui descritas, afirmo meu consentimento de forma livre e esclarecida para participar desta pesquisa.

Presidente Prudente, ____ de _____ de ____.

Assinatura do(a) entrevistado (a) ou responsável: _____.

Assinatura do entrevistador: _____.

Qualquer dúvida ou esclarecimento sobre a pesquisa, procurar:

Pesquisador responsável: Professor Dr. Raul Borges Guimarães.

Departamento de Geografia Tel: 3229-5650 E-mail: raulguimaraes@uol.com.br

Para dúvidas e denúncias quanto à questão de ética sobre a pesquisa, entrar em contato com CEP/FCT-UNESP.

Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências e Tecnologia da UNESP de Presidente Prudente

Rua Roberto Simonsen, 305 – Presidente Prudente-SP Cep; cep@fct.unesp.br Telefone: 3229-5526

Para contato com a aluna para esclarecimento sobre qualquer dúvida sobre o estudo

Aluna responsável pelos esclarecimentos de dúvidas sobre o estudo: Juliane da Silva Ribeiro

E-mail: ju_abayomi@hotmail.com ou pelo telefone (18) 9133-1282.