



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS SOCIAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ANÁLISE
GEOAMBIENTAL DO SEMIÁRIDO**

JOANA D'ARC LEITE DE ALENCAR

**A GEOGRAFIA DA SAÚDE PÚBLICA E A SUA RELAÇÃO COM A
SALUBRIDADE DA POPULAÇÃO DO MUNICÍPIO DE CAJAZEIRAS-PB**

**CAJAZEIRAS - PB
2009**

JOANA D'ARC LEITE DE ALENCAR

**A GEOGRAFIA DA SAÚDE PÚBLICA E A SUA RELAÇÃO COM A
SALUBRIDADE DA POPULAÇÃO DO MUNICÍPIO DE CAJAZEIRAS-PB**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Análise Geoambiental do Semiárido oferecido pelo Curso de Geografia do Centro de Formação de Professores da Universidade Federal de Campina Grande, Campus Cajazeiras, como requisito para obtenção do título de especialista.

ORIENTADOR: Dr. Josenilton Patrício Rocha

**CAJAZEIRAS - PB
2009**



911.3:614(813.3)

A368g

Alencar, Joana D'arc Leite de.

A Geografia da Saúde Pública e sua relação com a salubridade da população do Município de Cajazeiras-PB / Joana D'arc Leite de Alencar.- Cajazeiras: UFCEG, 2009.

69f.:il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Análise Geoambiental do Semiárido) – UFCEG/ Centro de Formação de Professores

Orientador: Josenilton Patrício da Rocha

1. Geografia da saúde pública. 2. Cajazeiras. 3. Programa Saúde da Família. 4. PSF Cajazeiras. I. Título.

JOANA D'ARC LEITE DE ALENCAR

**A GEOGRAFIA DA SAÚDE PÚBLICA E A SUA RELAÇÃO COM A
SALUBRIDADE DA POPULAÇÃO DO MUNICÍPIO DE CAJAZEIRAS-PB**

Aprovado em 15/12/2009

BANCA EXAMINADORA

JOSENILTON PATRÍCIO ROCHA
Professor Doutor - UFCG
Orientador

ANA CLAUDIA VENTURA DOS SANTOS
(Examinador 1)

JACQUELINE PIRES GONÇALVES LUSTOSA
(Examinador 2)

**CAJAZEIRAS – PB
2009**

***Dedico esse trabalho a Deus e aos meus pais
com todo carinho.***

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer primeiramente ao meu orientador, Prof. Dr. Josenilton Patrício Rocha, por toda paciência, carinho e dedicação comigo durante este período que convivemos.

Também gostaria de agradecer aos membros da banca, por participarem e opinarem neste trabalho dando sua honrosa contribuição.

Gostaria de agradecer aos meus amigos da faculdade, por todo o tempo que estivemos juntos, pelas brincadeiras e momentos sérios.

Agradeço à Secretária Municipal de Saúde de Cajazeiras, ao Hospital Regional de Cajazeiras, ao Instituto Materno Infantil Dr. Julio Bandeira de Melo, à 9ª Regional de Saúde pelo fornecimento dos dados necessários para realização desse trabalho.

Ao meu namorado Ítalo, por toda compreensão, carinho e companheirismo. Sem você eu não chegaria até aqui.

Aos amigos, especialmente à Mimosa, à Heloisa e à Edimar, que contribuíram para a realização deste trabalho. Obrigada!

RESUMO

ALENCAR, Joana D'arc Leite. **A Geografia da Saúde Pública em Cajazeiras e a sua Relação com a Salubridade da População**. Cajazeiras, 2009. 68p. (Monografia) Especialização em Geografia – Universidade Federal de Campina Grande.

A pesquisa científica em epígrafe tem por finalidade discorrer sobre a geografia da saúde pública no município de Cajazeiras – Paraíba. O objetivo principal foi o de analisar a relação entre a produção dos espaços de saúde e sua relação com a salubridade da população, aspectos esses considerados de fundamental importância para compreender as condições de saúde da população. No Brasil, no período da República Velha, sobrevieram várias mudanças na oferta de saúde pública e nos modelos de saúde. Nem sempre a promoção da saúde foi uma obrigação do Estado, só após a Constituição Federal de 1988 é que esse direito foi garantido por lei. A ausência de isonomia na espacialização dos órgãos que promovem a saúde pública comprometeu a saúde da população. Até então o setor saúde apresentava-se em crise. Na década de 1990, a implantação do Programa de Saúde da Família foi o modelo assistencial escolhido pelo governo brasileiro para tentar sanar a crise existente no Sistema Único de Saúde. A organização e funcionamento dos órgãos que oferecem os serviços de saúde nos municípios mudaram a realidade da salubridade da população. Analisar a problemática decorrente da relação entre a produção e apropriação da geografia da saúde e suas relações com a oferta e os agravos que acometem a população, se apresenta como primordial para promover uma melhor qualidade de vida para todos. Como referencial teórico, partimos da noção de espaço geográfico proposto por SANTOS, M. (1996), que define o espaço geográfico como sendo um “conjunto indissociável de sistemas de objetos e sistemas de ações.

Palavras-Chaves: Espaço Geográfico e Saúde, Saúde Pública e Salubridade da População.

ABSTRACT

ALENCAR, Joana D'Arc Leite. **Geography in Public Health in Cajazeiras-PB and its Relations to the Salubrity of Population.** Cajazeiras, 2009.68p. (Monograph)

The scientific research in this epigraph aims to examine the geography of public health in the town of Cajazeiras-PB. The main objective of this work was to analyze the relation between the production of health spaces and its connection to the salubrity of population, aspects considered of fundamental importance to comprehend the health condition of population. In Brasil, during the Old Republic period befell several changes in offering of public health and health models. Health promotion was not always regarded as an obligation of State, nevertheless just after the promulgation of Brasil Constitution 1988 this right was guaranteed by law. The absence of isonomy in spacialization of institutions which promote public health endangered the health of population. Hitherto, the health sector was in crisis. In the 1990's the implementation of Programa de Saúde da Família was the assistance model chosen by Brazilian government as an attempt on curing the existing crisis at Sistema Único de Saúde. The organization and operation of institutions which offer health services in the counties have changed the reality of the salubrity of population. To analyze the problematic resulting from the relation between production and appropriation of geography of health and its relations to the offer and grievance which assail population is presented as essential for promoting a better quality of life for all of the population. As a theoretical starting point we built on the notion of geographic space proposed by SANTOS, M. (1996) which defines the space geography as an "inseparable aggregation of systems of objects and actions."

Keywords: Geographical space and health; Public Health; Salubrity of population;

LISTAS DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - População segundo sexo e faixa etária do município de Cajazeira/PB.....	58
Gráfico 2 - Saneamento básico PSF município de Cajazeiras/PB.....	59

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Microrregião: Município de Cajazeiras/PB	53
Tabela 2 – HRC: Quadro de Pessoal.....	54
Tabela 3 – Microrregião de Cajazeiras: População Total com Idade de 0 a 16 anos	55
Tabela 4 – Hospital Infantil: Quadro de Pessoal	56
Tabela 5 – Famílias Cadastradas na USF	57
Tabela 6 – Município de Cajazeiras: Doenças Diarréicas	59
Tabela 7 – Classe de Rendimento Nominal Mensal Familiar.....	60
Tabela 8 – Nível de Instrução por Grupo de Idade	61
Tabela 9 – Consolidado dos Principais Agravos do Município de Cajazeiras/PB	62

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1** – Mapa do Município de Cajazeiras/PB..... 15
- Figura 2** – Mapa de Distribuição das Unidades de Saúde da Família Sede do Município..... 44
- Figura 3** – Mapa de Distribuição das Unidades de Saúde da Família Zona Rural 45

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

- ACS** - Agente Comunitário de Saúde
ACD - Atendente de Consultório Dentário
AIS - Ações Integradas de Saúde
BLH - Banco de Leite Humano
CEDEX - Centro de Medicamentos Especiais
CEO - Centro de Especialidades Odontológicas
CNS - Conferência Nacional de Saúde
COSAC - Coordenação de Saúde da Comunidade
CTI - Centro de Terapia Intensiva
DST - Doença Sexualmente Transmissível
ESF - Equipe de Saúde da Família
FUNASA - Fundação Nacional de Saúde
HRC - Hospital Regional de Cajazeiras
INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS - Instituto Nacional de Previdência Social
MAPS - Ministério da Previdência e Assistência Social
NOAS - Normas Operacionais de Assistência à Saúde
NOB - Norma Operacional Básica
PAB - Piso de Atenção Básica
PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PSF - Programa Saúde da Família
RSB - Reforma Sanitária Brasileira
SAS - Secretária de Assistência à Saúde
SESP - Serviço Especial de Saúde Pública
SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica
SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SUDS - Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS - Sistema Único de Saúde
THD - Técnico de Higiene Dental
USF - Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	12
CAPÍTULO I – O MÉTODO DE INTERPRETAÇÃO E MÉTODO DE PESQUISA	16
1.1 O Método de Pesquisa	18
1.2 Pesquisa Bibliográfica	19
1.3 Pesquisa Documental.....	19
1.4 Pesquisa de Campo	19
CAPÍTULO II -O HISTÓRICO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO BRASIL	20
2.1 As Políticas Públicas para o Setor Saúde: Da Velha República ao Autoritarismo.....	23
2.2 As Políticas Públicas para o Setor Saúde na Nova República.....	25
2.3 As Políticas Públicas para o Setor de Saúde no Período Pós-Constituinte (1989 - 2002).....	27
2.3.1 O Programa de Agentes Comunitário da Saúde – PACS	28
2.3.2 O Programa de Saúde da Família – PSF.....	30
CAPÍTULO III - O ATUAL MODELO BRASILEIRO DE SAÚDE: A GEOGRAFIA DA SAÚDE PÚBLICA NO ÂMBITO DA MEDICINA PREVENTIVA	33
3.1 As Atribuições da Equipe de Saúde da Família -ESF	35
3.2- O Programa de Saúde da Família – PSF em Cajazeiras.....	37
CAPÍTULO IV - OS MODELOS DE SAÚDE PÚBLICA DO MUNICÍPIO DE CAJAZEIRAS E SUA ESPACIALIZAÇÃO	39
4.1 O Modelo Assistencialista-Privatista.....	40
4.1.1 O Hospital Regional de Cajazeiras	40
4.1.2 O Instituto Infantil Doutor Júlio Bandeira de Melo (Hospital Infantil).....	42
4.1.3 O Programa de Saúde da Família – PSF.....	43
4.1.3.1- Os Programas de Saúde do PSF	46
4.1.3.2 - A Policlínica Orcino Guedes	47
4.1.3.3 A Vigilância Sanitária.....	48
4.1.3.4 Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) Amélia de Albuquerque do Nascimento - Dona Nita	48
4.1.3.5 A Farmácia Básica.....	49
4.2 Os Órgãos Responsáveis Pela Administração da Saúde Pública	49
CAPÍTULO V - A REALIDADE DA SAÚDE PÚBLICA EM CAJAZEIRAS	52
5.1 A Oferta dos Serviços de Saúde do <i>Hospital Regional</i> e do <i>Hospital Infantil</i>	52
5.2 A Oferta dos Serviços de Saúde dos PSFs.....	56
CONSIDERAÇÕES FINAIS	64
REFERÊNCIAS	67

INTRODUÇÃO

A Geografia Médica consiste no resultado da ligação entre o conhecimento geográfico e médico, no qual se torna evidente a importância do “meio geográfico” no aparecimento e disseminação de uma determinada doença, o que serve de base segura para os programas de saúde pública. Na Geografia Médica o estudo do doente é inseparável do seu meio geográfico.

A saúde compõe um dos requisitos importantes para que o indivíduo tenha uma boa qualidade de vida, portanto a saúde pública deve atender às necessidades da população em geral. Ela tenta proporcionar a saúde da população através de esforços comunitários e organizados, tanto pela população quanto pelos profissionais da área de saúde.

A oferta de saúde pública no Brasil passou por diversas mudanças ao longo dos anos, o que provocou efeitos negativos no quadro epidemiológico da população. As epidemias que afetavam as populações eram resultados da ausência de políticas públicas que contribuíssem diretamente para o perfil epidemiológico negativo do Brasil durante anos. A salubridade da população necessitava de medidas eficazes e que estas fossem promovidas pelo Estado, já que muitos indivíduos não tinham como fazê-las.

A oferta de saúde pública pelo Estado passa a ser garantida na Constituição Federal de 1988, em seu artigo 6º, quando nos diz que “São direitos sociais à educação, à saúde, o trabalho, à moradia, a lazer, à segurança, à previdência social, à proteção à maternidade e à infância, à assistência aos desamparados, na forma desta Constituição”. Nesse momento, a oferta de saúde pública passa a ser de total responsabilidade do Estado. E o direito de exercer a cidadania com plenitude contempla entre outros direitos a saúde da população.

Durante muitos anos, a saúde pública contemplou apenas a medicina curativa. Os modelos assistenciais de saúde não conseguiam mudar em nada o perfil epidemiológico da população. Quando a medicina preventiva passa a ser contemplada, essa passa a tratar não apenas o indivíduo, mas a família e o meio geográfico, procurando não apenas curar o agravo, mas evitar que o mesmo aconteça. Esse tipo de medicina tem proporcionado melhores resultados do que a curativa. Desta forma pode se afirmar que a condição de insalubridade do meio geográfico pode colocar em risco a saúde do indivíduo.

Diante do exposto, algumas indagações serviram de base para refletir sobre a relação entre a produção do espaço geográfico e a saúde da população como referência para análise da temática da geografia da saúde pública em Cajazeiras. Compreender a relação entre saúde e espaço geográfico é de fundamental importância para que se possa tratar e prevenir determinados agravos que atualmente acometem a população.

A partir dessa informação, a pesquisa objetivou fazer uma análise da geografia da saúde pública na cidade de Cajazeiras - PB(ver figura 01). Esta localiza-se no Alto Sertão, no oeste do estado da Paraíba, nas coordenadas geográficas de 6°53'13" de latitude sul e 38°34'41" de longitude oeste. Apresenta altitude de 298 metros e uma área de 586,27 km² que corresponde a pouco menos de 1% da área total do Estado. Faz fronteira com os seguintes municípios: São João do Rio do Peixe, ao Leste e ao Norte; Nazarezinho, ao Leste; Cachoeira dos Índios e Bom Jesus, ao Oeste e São José de Piranhas ao Sul. Possui dois distritos: Engenheiro Ávidos e Divinópolis. Faz parte da zona fisiográfica do Sertão.

De acordo com dados do IBGE(2008), possui uma população de 56.051 mil habitantes. A vegetação é predominantemente a Caatinga devido ao clima quente com temperaturas elevadas. A agropecuária é de subsistência e sua principal atividade econômica é o comércio local, o que também é favorecido por sua localização próxima a fronteiras com os estados do Ceará e Rio Grande do Norte. Para tanto recorreu a um estudo considerando também a escala regional e nacional. Entender o processo de desenvolvimento identificando as políticas voltadas para o setor de saúde, tanto nos casos da medicina curativa, como na sanitária e preventiva no tempo e no espaço geográfico. Os objetivos, foram atingidos a partir da análise dos serviços de saúde pública ofertados no município de Cajazeiras - PB.

O conhecimento foi adquirido através de leituras na área de geografia, saúde e geografia médica, tomando como base a opinião de alguns autores e tendo como fundamentação legal a Constituição Federal de 1988 que garante a oferta de saúde pública como direito de todos os cidadãos brasileiros. O trabalho consiste em estudos e reflexões com intuito de suprir algumas lacunas sobre o tema e ampliar os conhecimentos no assunto.

O primeiro Capítulo trata do referencial teórico que proporcionou toda a base para a análise do tema. Partindo do conceito de Ortega Valcárcel(2000) sobre Geografia Médica e Santos (1999), no qual os sistemas de objetos, representam toda a infraestrutura ofertada pela saúde pública e o sistema de ações pelas políticas públicas para o setor saúde.

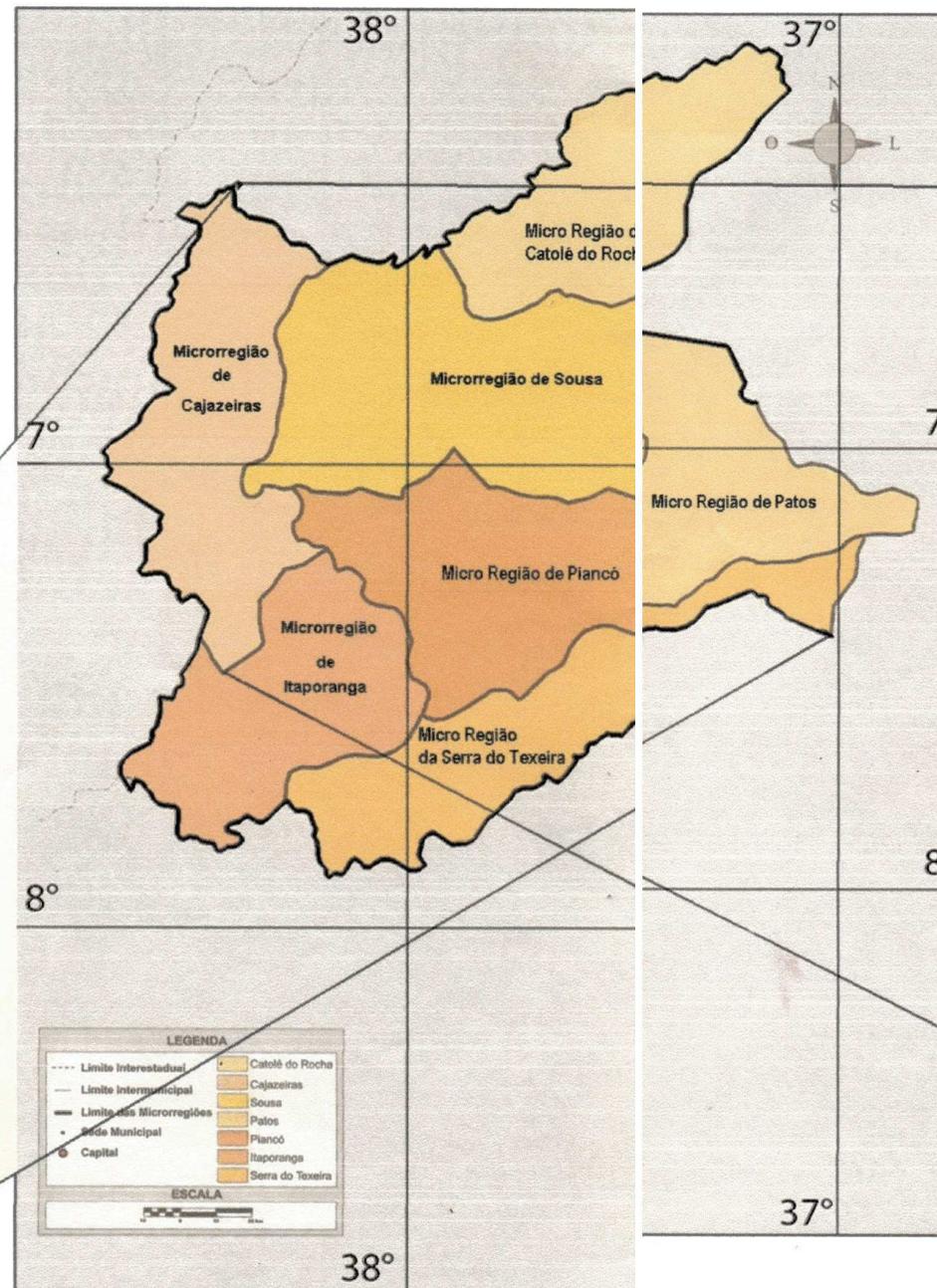
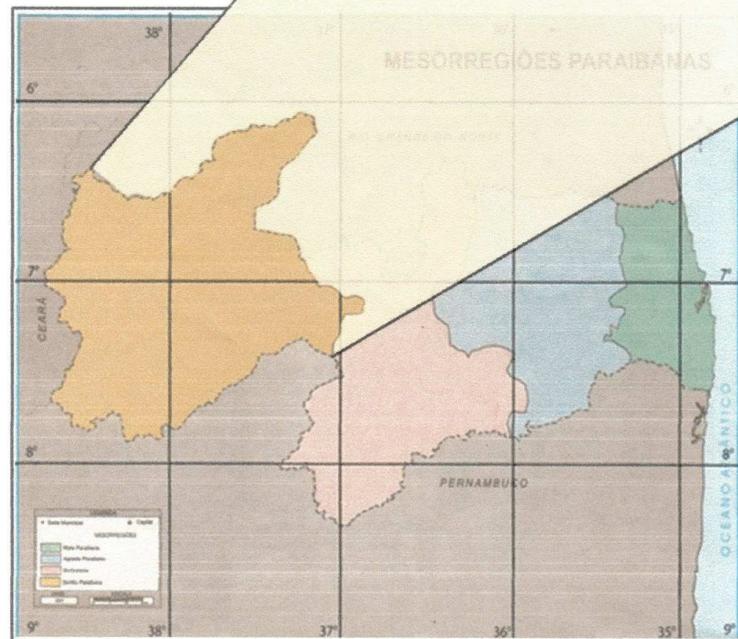
No segundo Capítulo, fizemos um breve histórico das políticas públicas de saúde da velha República até os dias atuais, passando por todas as transições de governos e tendo sua efetiva garantia na constituição de 1988. Veremos também todas as mudanças ocorridas nos modelos de saúde pública no Brasil, bem como os programas realizados para tentar amenizar os agravos que acometiam a saúde brasileira.

O terceiro faz uma análise da saúde pública no âmbito da medicina preventiva. Foi feito um exame do desenvolvimento de programas por parte do Estado, em especial, a criação do denominado "Agente Comunitário de Saúde - ACS" até sua junção com o Programa de

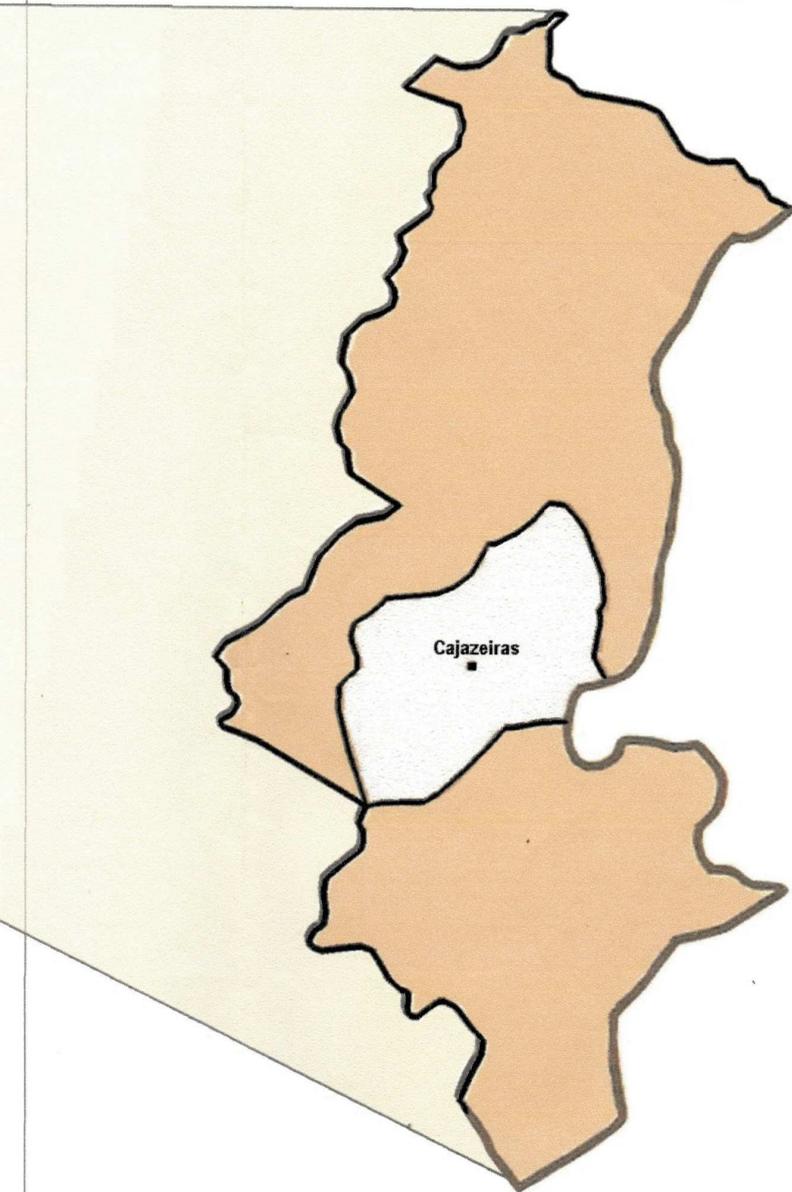
Saúde da Família - PSF. Neste, foram enfocados a concepção, objetivos, diretrizes e funcionamento do PSF, bem como as atribuições de todos os membros que compõem a equipe de multiprofissionais desse programa.

No quarto Capítulo, se buscou a identificação e caracterização dos modelos de saúde pública existentes em Cajazeiras - PB e sua especialização. Neste, procurou-se mostrar de que forma estão organizados, estruturados e como funcionam os órgãos que são responsáveis por promover a saúde pública do município.

Por fim, no quinto Capítulo foram tratados os principais efeitos dos órgãos de saúde e os impactos sobre a salubridade do município de Cajazeiras. Procurei discorrer sobre nossa pesquisa e os seus resultados, estabelecendo uma relação entre o meio geográfico e as doenças relacionadas ao mesmo.



ÁREA DE ESTUDO



CAPÍTULO I – O MÉTODO DE INTERPRETAÇÃO E MÉTODO DE PESQUISA

Os estudos geográficos sobre o que hoje se denomina Geografia da Saúde, ou como denominada na época, *Geografia Médica*, constitui um dos campos de investigação da Geografia desde o início dessa disciplina. O higienismo vinculava diretamente morbidade e entorno e constituía a base da medicina contemporânea. Segundo Ortega Valcárcel(2000, P. 395), esta noção se fundamentava na milenária concepção hipocrática da enfermidade, sua etiologia e tratamento que situava a origem das enfermidades a fatores externos, tanto físicos como sociais. Até o final do século XIX, com a difusão dos novos enfoques derivados das investigações de Pasteur, esse tipo de medicina e esse marco teórico-cultural foram dominantes.

No século das luzes, se reforça na Geografia a concepção de que a origem das enfermidades se deve a fatores externos, tanto físicos como sociais. Trata-se das influências do meio sobre o homem no qual o patológico era o centro das investigações. A denominada Geografia Médica se apresentava como uma disciplina que se encaixava nos pressupostos teóricos-metodológicos do positivismo geográfico, característico tanto no início da Geografia como nas primeiras décadas do século seguinte. Esta estabelecia uma relação direta entre o entorno, o novo meio geográfico, o estado de saúde, a morbidade e mortalidade da população.

Os descobrimentos de Pasteur e o nascimento da moderna bacteriologia trasladavam o centro da etiologia e o tratamento médico do entorno exterior ao interior do corpo humano. Na prática, a Geografia Médica entra em decadência e desaparece da medicina e passa a subsistir na geografia. Seus pressupostos teóricos são incorporados pela geografia cultural. O conceito de “complexo patógeno” de M. Sorre, geógrafo francês, representa um dos seus desdobramentos (ORTEGA VALCÁRCCEL, Op. Cit).

A recuperação dessa disciplina na Geografia ocorre somente na década de 1970 na Inglaterra. A partir daí se descobre a influência de novos enfoques sobre a saúde e o bem estar. A vinculação entre problemas de saúde e problemas ambientais ou entorno distingue os modernos enfoques de uma medicina preventiva e social. Com isso, ocorre o renascimento da geografia médica. É desse período que surgem os enfoques com novas problemáticas que relaciona a geografia médica com o equipamento social de caráter sanitário e assistencial.

O enfoque se centra no estudo dos padrões espaciais da morbidade e mortalidade e suas possíveis relações com fatores ambientais locais e na análise das infraestruturas e equipamentos que determinam as condições e qualidade do ambiente moderno. Fala-se aqui da infraestrutura para o abastecimento de água potável, as redes de saneamento, os

equipamentos hospitalares, centro de atenção primária, ambulatórios, centros de saúde, entre outros, que asseguram uma atenção preventiva ou terapêutica das populações afetadas (ORTEGA VALCÁRCEL, Op. Cit.).

Trata-se do ambiente no sentido social. A distribuição e localização dos equipamentos e infraestrutura representa um enfoque social na medida em que este tipo de Geografia Médica mostra as implicações entre patologia e desigualdade social, a escala local, regional, nacional ou internacional, vinculadas com orientações geográficas desde o ponto de vista do bem estar social. Segundo Cohn (2004, p. 555), durante o século XIX e boa parte do século XX, a concepção de espaço nas ciências sociais e na saúde pública foi reduzida às dimensões físicas e cartográficas.

Lacaz, C. S. da; Baruzzi, R. G. & Siqueira Jr., W (1972) define a Geografia Médica como “a disciplina que estuda a geografia das doenças, isto é, a patologia à luz dos conhecimentos geográficos”. Segundo os autores, a Geografia Médica, também conhecida como Patologia geográfica, Geopatologia ou Medicina geográfica, se constitui em um ramo da Geografia humana (Antropogeografia) ou, então da Biogeografia. Para Sigerist(1945) apud Lacaz, C. S. da; Baruzzi, R. G. & Siqueira Jr., W (1972), “não se pode separar a história das doenças de sua geografia”. A Geografia Médica resulta da interligação dos conhecimentos geográficos e médicos, mostrando a importância do “meio geográfico” no aparecimento e distribuição de uma determinada doença, visando também fornecer bases seguras para os programas de saúde pública.

Ainda segundo os autores, “quando se estuda uma doença [...], sob o ângulo da Geografia médica, devemos considerar, ao lado do agente etiológico, do vector, do reservatório, do hospedeiro intermediário e do Homem suscetível, os fatores geográficos representados pelos fatores físicos (clima, relevo, solos, hidrografia, etc.), fatores humanos ou sociais (distribuição e densidade de população, padrão de vida, costumes religiosos, superstições, meios de comunicação) e os fatores biológicos (vidas vegetal e animal, parasitismo humano e animal, doenças predominantes, grupo sanguíneo da população, etc.)”. Na Geografia Médica, o ponto de vista geográfico que prevalece é do conhecimento da distribuição e evolução das doenças nas várias regiões do globo, abordagem típica do positivismo geográfico.

Considerar os fatores geográficos representados pelos fatores físicos, (clima, relevo, solos, hidrografia, etc.), fatores humanos ou sociais (distribuição e densidade de população, padrão de vida, costumes religiosos, superstições, meios de comunicação) e os fatores

biológicos (vidas vegetal e animal, parasitismo humano e animal, doenças predominantes, grupo sanguíneo da população, etc.), nada mais é que considerar o espaço geográfico.

Até meados do século XX, entretanto, a concepção de espaço na geografia se limitava a sua dimensão física. Segundo Cohn(2004), nos estudos sobre a saúde pública, as noções de espaço herdadas da geografia tradicional acabaram sendo incorporadas. A noção de espaço como sinônimo de “meio físico”, entretanto, teve o início do seu fim ainda na década de 1970 como a obra “Por Uma Geografia Nova” do Professor Milton Santos(1986). Nesta, o autor, depois de uma profunda discussão sobre a construção da ciência geográfica, o que inclui a definição do seu objeto de estudo, conclui com uma discussão sobre o conceito de espaço como objeto de estudo da Geografia.

Considera o autor que o objeto de estudo da geografia é “o *espaço geográfico*, sinônimo de *espaço humano*, sinônimo de *espaço social*”. Na obra, “A Natureza do Espaço. Técnica e tempo. Razão e Emoção”(SANTOS,1999), propõe para fins de análise que este seja considerado como “um conjunto indissociável de sistemas de objetos e sistemas de ações”. Define como objetos tudo que o homem, digo, a sociedade utiliza. É o uso possível que define o objeto e as ações são estas que lhe dão existência, materialidade.

Nos atuais estudos geográficos, o que inclui a Geografia da Saúde, a noção de espaço como sinônimo de “meio físico”, de suporte e que prevaleceu durante tanto tempo, deixa de ter validade. Hoje a análise não se limita mais ao meio físico abstraindo o homem, o social. A produção do espaço geográfico resulta das ações da sociedade e da disponibilização e valorização diferenciada dos recursos. Na geografia da saúde pública, a infraestrutura pública representa um importante fator na oferta desse serviço e o perfil de salubridade da população. O entendimento dessa relação pode ser alcançado partindo-se da noção de espaço geográfico proposto por Santos (1999). Do exposto, considerou-se para a presente análise os sistemas de ações, representados pelas políticas públicas para o setor saúde e, de outro os sistemas de objetos, ou seja, toda a infraestrutura ofertada pela saúde pública. Essa relação permitiu uma análise sobre a salubridade da população da área objeto de estudo.

1.1 O Método de Pesquisa

Para a realização do presente estudo dividimos nosso trabalho em atividades de gabinete e de campo, as quais se baseiam no levantamento de dados e correlação das características socioeconômicas da área de estudo. Nosso método de pesquisa abrangeu três etapas, a saber: Pesquisa Bibliográfica, Pesquisa Documental e Pesquisa de Campo.

1.1.1 Pesquisa Bibliográfica

Neste primeiro momento, priorizou-se o levantamento, seleção, leitura e fichamento da bibliografia referente ao tema e a área objeto de estudo. Foram trabalhadas as áreas de Geografia, Saneamento e Saúde e Geografia Médica. Esta etapa, na verdade, foi de grande importância visto que deu as bases para a fundamentação teórica e para o desenvolvimento do tema.

1.1.2 Pesquisa Documental

No decorrer desta etapa foi feito um levantamento de dados, mapas e documentos necessários para a realização do nosso trabalho. Para tanto, foram analisados os dados da população local nos censos de 1996 e 2000 (IBGE), além dos documentos relacionados ao sistema de informações básica do SIAB(Sistema de Informação da Atenção Básica) e os dados do SINAN.(Sistema de Informação de Agravos de Notificação).

1.1.3 Pesquisa de Campo

Por fim, foi realizada a pesquisa de campo, cuja finalidade principal foi observar e analisar a área de estudo com a finalidade de comprovar todas as considerações abordadas sobre a saúde pública da cidade de Cajazeiras. Durante essa etapa, realizou-se ainda entrevista não estruturada com profissionais da área no intuito de obter informações relacionadas ao nosso tema.

CAPÍTULO II - HISTÓRICO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO BRASIL

A oferta de serviços de saúde pública representa um dos direitos sociais garantidos na Constituição Federal Brasileira de 1988 e um exercício de cidadania. O Título II da Carta Magna trata dos Direitos e Garantias Fundamentais do Homem. Este proclama serem direitos sociais o acesso garantido “à educação, à saúde, a trabalho, à moradia, a lazer, à segurança, à previdência social, à proteção à maternidade e à infância, à assistência aos desamparados” (CF, art. 6º)”. Observa-se, entretanto, que a presença do Estado Nacional no que se refere à oferta de serviços de saúde à população, de forma a atender as necessidades demandadas, nunca foi e ainda não é uma realidade.

Ainda sobre os direitos sociais em epígrafe, Moraes (2005, p.179) nos lembra que

...para garantir maior efetividade aos direitos sociais, a Emenda Constitucional nº. 31, de 14 de dezembro de 2000, atenta a um dos objetivos fundamentais da República - *erradicar a pobreza e a marginalização e reduzir as desigualdades sociais e regionais*-, criou o Fundo de Combate e Erradicação da Pobreza, instituído no âmbito do Poder Executivo Federal, para vigorar até 2010, e tendo por objetivo viabilizar a todos os brasileiros acesso a níveis dignos de subsistência, devendo a aplicação de seus recursos direcionar-se às ações suplementares de nutrição, habitação, educação, saúde, reforço de renda familiar e outros programas de relevante interesse social voltados para melhoria da qualidade de vida.

Os direitos sociais juntamente com os civis e políticos representam o tripé que garante a condição de cidadão ao indivíduo¹. Conforme o Capítulo I da Carta Magna, a cidadania representa um dos princípios fundamentais da República Federativa do Brasil. De acordo com o art. 1 “a cidadania representa um status e apresenta-se simultaneamente como objeto e um direito fundamental das pessoas”. Segundo MORAES (2005, p. 16) “os direitos sociais são verdadeiras *liberdades positivas*, de observância obrigatória em um Estado social de direito, que tem como finalidade a melhoria da qualidade de vida do cidadão brasileiro. Assim, nos fundamentos básicos do Estado democrático brasileiro, a cidadania garante o direito de todos os cidadãos.

A cidadania está garantida por lei na Constituição Federal brasileira através dos direitos civis, políticos e sociais. Está formada por um conjunto de direitos e deveres tanto da

¹ Os direitos civis são aqueles fundamentais à vida, à liberdade, à propriedade e à igualdade perante a lei, garantindo a vida em sociedade; os direitos políticos são os que definem as normas, os limites da ação coletiva e individual e que asseguram a participação no governo da sociedade; os direitos sociais garantem o acesso à riqueza produzida coletivamente, através do direito à educação, à saúde, à aposentadoria, ao trabalho e ao salário justo (Constituição Federal do Brasil, 1988).

população quanto do Estado. Segundo Castro (2005, p. 205), esta deve ser considerada sob duas perspectivas: "... a de que a cidadania como prática do cotidiano social ocorre no território e a de que esta prática é influenciada pelo arcabouço institucional à disposição do cidadão".

Nos países desenvolvidos, a cidadania é usufruída com plenitude devido estes encontrarem-se em um elevado estado de desenvolvimento econômico, social e político. Nestes, os seus cidadãos podem gozar plenamente de todas as prerrogativas da cidadania. No mundo subdesenvolvido, onde esses direitos estão garantidos em lei, entretanto, nem todos têm acesso ou quando têm, este é limitado. O setor de saúde é um típico exemplo. Na realidade, conforme Castro (Op. Cit.) "o exercício de direitos sociais requer uma base infraestrutural muito mais ampla e onerosa, apoiada nas instituições públicas – escolas, hospitais, polícia, etc. – que condicionam a oferta e o acesso aos serviços onde o cidadão está".

Como assevera Carvalho 2001 (apud Castro, 2005).

Nas democracias contemporâneas, de países ricos ou pobres, em que esses direitos estão estabelecidos, as possibilidades de usufruí-los dependem do conjunto de instituições que, organizadas no território, garantem a todos os habitantes o acesso a eles. É justamente esta rede institucional que constitui um dos diferenciais da cidadania naqueles dois grupos de países. Se nos países ricos o poder infra-estrutural do Estado permite o acesso aos direitos em qualquer parte do território, num país como o Brasil a localização pode constituir um facilitador ou uma dificuldade ao exercício desses direitos.

Assim, não basta apenas ter leis que assegurem os direitos do cidadão. É preciso que exista uma isonomia entre a distribuição das instituições em territórios distintos, podendo assim assegurar uma igualdade no acesso aos direitos que a Constituição Federal de 1988 garante em lei.

A centralidade do poder político no território originou a construção de uma máquina administrativa que busca ser eficiente e funcional possibilitando o sucesso das ações da administração pública. Com funcionários qualificados e uma estrutura administrativa organizada transformou a administração pública em um autêntico aparelho de gestão do poder sobre a sociedade e seu território.

Entre as funções que competem ao Estado está a de promover políticas públicas. Segundo Castro (Op. Cit.), políticas públicas "são medidas e procedimentos que traduzem a orientação política do Estado e regulam as atividades governamentais relacionadas às tarefas de interesse público", ou seja, todas as ações do governo, divididas em atividades diretas de

produção de serviços pelo próprio Estado e em atividades de regulação de outros agentes econômicos. Essa política tem por finalidade prestar serviços à coletividade de um território.

As políticas públicas se materializam através da ação concreta de sujeitos sociais e de atividades institucionais que as realizam em cada contexto e condicionam seus resultados. Por isso, o acompanhamento dos processos pelos quais elas são implementadas e a avaliação de seu impacto sobre a situação existente devem ser permanentes e constantes para que essas políticas sejam acessíveis a todos de forma regular e isonômica.

No caso específico da saúde, integram-se o campo de ação social do Estado, orientado para a melhoria das condições de saúde da população e dos ambientes naturais, sociais e de trabalho. A tarefa específica das políticas públicas de saúde em relação às outras políticas públicas da área social, é que as políticas de saúde consistem em organizar as funções públicas governamentais para a promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da coletividade.

No Brasil, é uma realidade a dificuldade que a administração pública tem em proporcionar uma distribuição igualitária das instituições públicas responsáveis por promover amplo uso dos direitos sociais, ou seja, desse aspecto da cidadania. Isso acontece porque a base infra-estrutural do Estado para que o cidadão usufrua com plenitude desse direito é precária ou insuficiente. Por isso, podemos dizer que a localização onde o cidadão reside vai ser fator determinante para que ele disponha ou não desse direito Castro(Op. Cit.).

O Brasil é um país de grande extensão territorial e marcado por grandes diferenças de povoamento, atividades produtivas, de distribuição de renda e de equipamentos sociais. Essas disparidades refletem diretamente nas condições essenciais para que a cidadania seja exercida por todos com plenitude. O acesso isonômico por uma população depende da localização, ou seja, áreas mais desenvolvidas promovem um melhor acesso às instituições públicas, já nas áreas com menor desenvolvimento esse acesso é restrito, proporcionando uma desigualdade no direito a cidadania.

No dizer de Castro (2005, p.210, 211),

Assim, retomamos a suposição explicitada no início sobre a necessidade de a isonomia da norma legal confrontar-se com instituições que se territorializam e, nesta condição, atuam de modo desigual em territórios socialmente diferenciados. Mesmo que os recursos institucionais de participação de controle da gestão do poder público colocados à disposição da sociedade sejam os mesmos, as formas de apropriação destes recursos pelas sociedades locais são diferenciadas, e, conseqüentemente, os resultados alcançados são muito diferentes.

No Brasil, as políticas públicas de saúde passaram por momentos distintos ao longo do seu desenvolvimento e foi acompanhada pela história republicana brasileira. Paim(2003) identifica cinco momentos no trato da questão da saúde por parte do Estado brasileiro. São eles: República Velha (1889 - 1930), A Era Vargas (1930 - 1964), O Autoritarismo (1964 - 1984), A Nova República (1985 - 1988) e o período Pós-Constituinte (1989 - 2002).

2.1 As Políticas Públicas para o Setor Saúde: Da Velha República ao Autoritarismo

Na República Velha, período que se estende de 1889 até 1930, o Estado vivia a ideologia liberal, onde só atuava quando o indivíduo sozinho ou a iniciativa privada não pudesse fazê-lo. Nessa conjuntura predominava as doenças transmissíveis como a febre amarela, varíola, tuberculose, sífilis e as endemias rurais. Essas doenças ameaçavam a saúde e a vida dos trabalhadores, que por sua vez afetava a economia agro-exportadora, o que nesse caso favoreceu a resposta do Estado na organização de serviços de Saúde Pública e realização de campanhas sanitárias. Como assevera Paim (2003 apud Costa, 1985, p.589):

... não era o conjunto de problemas de saúde e carências da população que passaram a ser objeto de atenção do Estado, mas aqueles que diziam respeito a interesses específicos da economia de exportação (capital comercial): a insalubridade dos portos, atração e retenção de força de trabalho, as endemias rurais e o saneamento urbano. Quadros calamitosos como epidemias transformavam-se, eventualmente, em demandas políticas e pressionavam a ação estatal no âmbito da saúde. Em nenhum instante, no entanto, se configurava a idéia de direitos a saúde.

A Era Vargas (1930-1964) foi o período onde o Estado adquiriu uma relativa autonomia proporcionando mudanças no sistema de saúde e uma ampliação das bases sociais. A saúde pública passa a ser institucionalizada pela esfera federal através do Ministério da Educação e Saúde. A organização dos serviços de saúde era mais abrangente e não se limitava somente a campanhas sanitárias como ocorria durante a República Velha. Verifica-se nessa época o predomínio das chamadas *doenças da pobreza e morbidade moderna*². Essas doenças geravam no Estado a necessidade da criação de órgãos voltados para saúde pública.

Assim, na Era Vargas, foi criado o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP - 1941). Foi também neste mesmo ano que aconteceu a 1ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) que

² São consideradas *doenças da pobreza* àquelas relacionadas às infecções, com parasitas e deficiências nutricionais. As chamadas *doenças de morbidade moderna* são aquelas relacionadas com o coração, neoplasias, acidentes e violências Paim(2003).

tinha como pauta principal a criação do Ministério da Saúde. As discussões, entretanto, se estenderam até 1950 com a realização da 2ª CNS, vindo o Ministério da Saúde tornar-se uma realidade três anos depois (1953). Em 1956, foi criado o Departamento Nacional de Endemias Rurais que posteriormente foi transformado em Superintendência de Campanhas de Saúde (SESP). Em 1963, ocorreu a 3ª CNS. Esta teve como pauta principal a elaboração de um Plano Nacional de saúde para a União, estados e municípios³.

Entre os anos de 1964 a 1984 (Autoritarismo), terceiro momento da conjuntura histórica política do Brasil, a saúde ainda representava um problema, devido ao modelo econômico adotado que concentrou a renda e proporcionou um acelerado crescimento da população urbana, principalmente através do êxodo rural. As cidades apresentavam péssima infra-estrutura urbana, o que só agravou ainda mais as condições de saúde da população. O perfil epidemiológico refletia a morbidade da população brasileira com uma grave epidemia de meningite no início da década de 70. Só após 1974 que começaram as campanhas de imunização da população.

Datam deste período (Ditadura) a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) e o Instituto Nacional da Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). Esses órgãos promoviam serviços de saúde na forma de economia mista, onde o setor público e privado agiam em conjunto nas ações direcionadas a saúde da população. As intervenções do Estado eram realizadas através de diversas campanhas sanitárias e de programas especiais⁴. Nesse período, a população dispunha de centros e postos de saúde, serviços de pronto socorro, maternidade e hospitais.

Assim, segundo Paim(2003), até a década de 80, o Brasil apresentava dois modelos de assistência à saúde: o *médico-assistencial privatista* e o *assistencial "sanitarista"*. O primeiro se baseia na "livre iniciativa" onde o indivíduo procura esse sistema devido o sofrimento do agravo crônico ou agudo que lhe acomete, buscando a cura. Esse modelo assistencial só reforça a atitude do indivíduo em somente procurar o serviço público de saúde quando se sente doente. Já o modelo assistencial "sanitarista" trata os problemas de saúde da população através das campanhas de vacinação, combate a epidemias, hidratação oral entre outras, e programas especiais como controle de tuberculose e da hanseníase, saúde da criança, saúde da mulher, saúde mental.

³ As quatro conferências seguintes, 1966, 1975, 1977 e 1980 aconteceram no período da ditadura militar e não apresentaram grandes mudanças.

⁴ As campanhas sanitárias integram a vacinação em massa para prevenção de doenças. Os programas especiais compõem o materno infantil, tratamento da tuberculose, das endemias rurais, da hanseníase entre outros.

O modelo assistencial “sanitarista” contempla ainda certos agravos agudos, principalmente os de contágios mais fáceis e os agravos crônicos que causam a morte. Trabalha com uma medicina curativa, que na verdade não resolve a problemática da saúde pública brasileira (PAIM, 2003). Apesar das campanhas serem temporárias e mobilizar grande quantidade de recurso, é considerada um “mal necessário” para os problemas que a rede de saúde não conseguiu resolver, ou seja, esse modelo só serve para amenizar os agravos que acometem a população brasileira, porém não resolvia o problema.

Nesse mesmo diapasão nos ensina Paim (2003, p.567) que:

Modelos assistenciais ou modelos de atenção têm sido definidos como combinações tecnológicas utilizadas pela organização dos serviços de saúde em determinados espaços-populações, incluindo ações sobre o ambiente, grupos populacionais, equipamentos comunitários e usuários de diferentes unidades prestadoras de serviços de saúde com distinta complexidade (postos, centros de saúde e hospitais etc).

Em 1982, o governo criou as Ações Integradas de Saúde (AIS) que proporcionavam o acesso aos serviços previdenciários e os de saúde pública para toda a população assegurada ou não pela previdência social. Esse tipo de ação não resolvia a problemática da saúde no Brasil. Mesmo sendo mais abrangente, não era suficiente para modificar as condições de saúde da população e nem reorientar o modelo médico-assistencial desse período. Porém, as AIS abrangiam uma parcela maior da população, que antes não podiam contar com ações de saúde.

2.2 As Políticas Públicas para o Setor Saúde na Nova República

Na Nova República (1985- 1988), as políticas públicas voltadas para saúde passam a tomar novos rumos. O Estado começa a ser responsável pela saúde pública dos brasileiros atuando de forma mais ativa no combate às doenças. Com o fim da ditadura militar, o Brasil conquista o *status* de Estado Democrático de Direito. Economicamente, entretanto, trata-se de um período de recessão. Mesmo assim, o Estado passa a cuidar melhor da área da saúde que passava por uma crise fruto do descaso das políticas passadas no período do autoritarismo.

Em 1986, é realizada a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS). Nesta, foram apontados os principais problemas no âmbito da prestação de serviço de saúde, dentre eles está o acesso desigual, os serviços inadequados para necessidade da população, a baixa

qualidade dos serviços prestados e, a ausência de integralidade das ações. Mediante isso foi recomendada a criação do Sistema Único de Saúde – SUS, a descentralização da saúde e a formação da denominada Comissão Nacional de Reformas Sanitárias. Em 1987, o governo atendeu as recomendações da 8ª CNS e criou o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS).

A Reforma Sanitária Brasileira (RSB) foi um marco na promoção de saúde do Estado e proporcionou várias mudanças sociais na situação sanitária do Brasil. Nesse momento, os problemas na saúde pública passaram a ser identificados pelo governo e as medidas para solucionar essas questões foram apontadas através de uma Reforma Sanitária que tinha como destaque ampliar o conceito de saúde, transformando a saúde em um direito de todos e que era de total obrigação do Estado a sua promoção.

Enquanto o arcabouço legal do Sistema Único de Saúde (SUS) estava em construção, ocorria a transformação da AIS em SUDS, que era fruto de convênios entre os governos federal, estadual e municipal. A promulgação da Constituição de 1988 garantiu o direito à saúde para todos os brasileiros e instituiu o SUS em 5 de outubro do mesmo ano. O SUDS tinha como função estimular a participação da sociedade civil nos conselhos de saúde e ampliar a cobertura de serviços para todos os cidadãos, inclusive nos hospitais, laboratórios e clínicas contratados pela Previdência Social. Nesse momento, a saúde passa a ser direito de todos.

O SUS é constituído pelo conjunto de ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das funções mantidas pelo poder público, podendo a iniciativa privada participar em caráter complementar. O SUS tem como princípios a **Universalidade** que é o acesso garantido aos serviços de saúde para toda a população; a **Igualdade** que é a assistência de forma igualitária, livre de preconceitos ou qualquer tipo de privilégio e a **Equidade** que consiste na igualdade da assistência à saúde, tanto do indivíduo quanto do grupo.

As diretrizes do SUS consistem na descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo (federal, estadual e municipal), ênfase na descentralização dos serviços para os municípios, regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde, integralidade da atenção à saúde através da oferta de ações e serviços de saúde variados, participação da comunidade com democratização do conhecimento do processo saúde/doença e dos serviços estimulando a organização da comunidade para o efetivo controle social na gestão do sistema com representação através dos Conselhos de Saúde.

Os objetivos do SUS consistem na identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde, formulação de política de saúde destinada a promover nos campos econômico e social a redução de riscos de doenças e outros agravos, estabelecimento de condições que garantam acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para promoção, proteção e recuperação, assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas.

2.3 As Políticas Públicas para o Setor de Saúde no Período Pós—Constituinte (1989 - 2002)

Conforme comentado anteriormente, até a publicação da Constituição Federal de 1988, a oferta de saúde pública estava representada pelo que os autores vão definir como Modelo Médico-Assistencial Privatista e Modelo Assistencial “Sanitarista”. Nesse modelo “Assistencialista” predominavam a “demanda espontânea” e os programas especiais⁵. Com a Constituição de 1988, significativas mudanças ocorreram na oferta de saúde pública. Uma dessas foi a redefinição e incorporação das antigas práticas características do denominado modelo assistencialista pela denominada “Oferta Organizada”.

Assim, no Período pós-constituinte, último considerado por Paim (2003), ocorreram algumas mudanças políticas no Brasil. Nos anos de 1990-1992(Era Collor), os problemas político-administrativos (*impeachment*, confisco da poupança, redução dos recursos para a saúde, instabilidade política, entre outros), comprometeram a situação da saúde pública no Brasil. Nesse período, houve uma redução de quase metade dos recursos destinados à área de saúde. Os governos estaduais seguiram a mesma atitude do governo federal e também reduziram os gastos destinados à salubridade da população provocando o caos no atendimento do SUS, deixando o órgão completamente sucateado. Mesmo assim, ocorreram muitas mudanças na saúde pública do Brasil.

Porém, mesmo diante de tantas dificuldades enfrentadas pelo SUS, para amenizar surgiram algumas leis orgânicas municipais e leis estaduais que melhoravam a atuação desse

⁵De acordo com Paim (2003), o modelo “sanitarista” corresponde à Saúde Pública institucionalizada no Brasil durante o século XX, que tem enfrentado os problemas de saúde da população mediante campanhas (vacinação, combate às epidemias, reidratação oral etc.) e programas especiais (controle de tuberculose e da hanseníase, saúde da criança, saúde da mulher, mental etc. Usualmente essas formas de intervenção não contemplam a totalidade da situação de saúde, isto é, concentram sua atenção no controle de certos agravos ou em determinados grupos supostamente em risco de adoecer ou morrer. Deixam de se preocupar com os determinantes mais gerais da situação sanitária.

órgão. Nesse mesmo momento, surgiram medidas que buscavam reforçar o atendimento do SUS como a municipalização da saúde, modelos experimentais alternativos que promovam a saúde realizados pelos estados e municípios, reativação de movimentos sociais de combate à fome, miséria, contra a violência e de defesa da vida e a influência da sociedade civil nas políticas de saúde através do Conselho Nacional de Saúde⁶ dos estados e municípios, entre outros.

Assim, é na década de 90, que ocorre a descentralização dos serviços de saúde que passam a ser responsabilidade também dos estados e municípios. Esta mudança contribuiu para que a salubridade da população brasileira fosse tratada com base no perfil epidemiológico da população de cada lugar, proporcionando uma melhor e diferenciada oferta do serviço de saúde. Nesse período, o SUS implantou um novo modelo baseado na “oferta organizada” em nível local, proporcionando um melhor atendimento à população. Nesse modelo, as ações são estabelecidas e realizadas na unidade de saúde local e a assistência é voltada para as necessidades de saúde da população. Os principais problemas são identificados e tratados no local onde a unidade de saúde se encontra.

Em 19 de setembro de 1990, foi aprovada a lei 8.080/90 que dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Como função principal tem a regulamentação a nível nacional das ações e serviços de saúde. Estabelece como fatores determinantes e condicionantes de saúde a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio-ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais.

2.3.1 O Programa de Agentes Comunitário da Saúde – PACS

Ainda em 1990 o governo federal, através do SUS, cria o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)⁷. Trata-se de uma estratégia no aprimoramento e na consolidação do SUS a partir da reorientação da assistência ambulatorial e domiciliar. Tem como meta a contribuição para reorganização dos serviços municipais de saúde e na

⁶ Conselho Nacional de Saúde são órgãos colegiados de caráter permanente e deliberativo. São compostos por representantes do governo, prestadores de serviços, profissionais de saúde e usuários.

⁷ Na realidade o PACS iniciou-se em 1987 no estado do Ceará. Somente em 1990 esse foi implantado para as demais regiões pelo Governo Federal.

integração das ações entre os diversos profissionais, com vistas à ligação efetiva entre a comunidade e as unidades de saúde. O desenvolvimento das principais ações de saúde deste programa se dá por meio dos agentes comunitários de saúde (ACS), que são pessoas escolhidas dentro da própria comunidade para atuarem junto à população.

Segundo o **Conasems** (1990), citado por Paim (2003), “na década de 80 surgiram propostas alternativas que visavam à integralidade da atenção e ao impacto sobre os problemas de saúde, bem como à concretização dos princípios básicos e diretrizes estabelecidas pela Constituição da República”⁸. A partir desse momento, a atenção dividiu-se em três níveis: a atenção *primária* que tem caráter comunitário ou ambulatorial, o nível *secundário* que seria composto por consultórios especializados e pequenos hospitais e o *terciário* que seria constituído por grandes hospitais gerais e especializados que servem de referência para outros serviços.

Assim, na década de 90, a “Oferta Organizada” concretiza a integração proposta no período de transição dos modelos anteriores ao SUDS. Nesse momento, o SUS implanta um novo modelo de assistência onde os programas especiais seriam substituídos pela “Oferta Organizada” de saúde em nível local, visando proporcionar uma salubridade e mudar o quadro epidemiológico da população. Nesse novo modelo todas as instituições que promovem a saúde pública trabalham de forma integrada proporcionando uma cobertura maior da população atendida.

Paim (2003, p.572) nos afirma com exatidão que:

... Constata-se, desse modo, que a “oferta organizada” tende a superar as formas de organização da produção de ações de saúde ainda vigentes, tais como campanhas, programas especiais e as voltadas exclusivamente para a “demanda espontânea”. Isso requer dos órgãos centrais do sistema de saúde, mormente os que desempenham funções de planejamento e de elaboração de novas técnicas, a adoção de novas metodologias.

Apesar das dificuldades devido à descontinuidade administrativa na implantação do Sistema Único de Saúde, ocorreu um aumento na cobertura desse sistema para a população brasileira. Mesmo sendo uma assistência que apresentava certa deficiência nos serviços de saúde e ainda estivesse presente em grande parte da Brasil, não atendia a toda a demanda populacional. Desta forma a população continuava a apresentar muitos problemas de salubridade, mesmo assim grande parte da população do Brasil dispunha desse serviço.

⁸ Dentre os princípios básicos e diretrizes estabelecidos pela Constituição de 1988 para o setor saúde o autor cita o acesso universal e igualitário às ações e serviços; a rede regionalizada e hierarquizada; a descentralização; o atendimento integral e a participação comunitária.

2.3.2 O Programa de Saúde da Família - PSF

O *Programa Saúde da Família* (PSF) foi criado em 1994 pelo Governo Federal. Esse consiste em uma estratégia que prioriza as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família, do recém-nascido aos idosos, sadios ou doentes de forma integral e contínua. O PSF incorporou e ampliou a atuação dos Agentes Comunitários de Saúde, criando as Equipes de Saúde da Família – ESF e as Unidades de Saúde da Família – USF. Nesse programa, a família passa a ser objeto fundamental da atenção, entendida a partir do meio ambiente que vive.

Assim, na segunda metade da década de 1990 até 2002, a saúde recebeu mais atenção da esfera política brasileira (PAIM, 2003). Nesse momento, as políticas públicas de saúde não primavam só pela cura dos agravos e sim, pela medicina preventiva. Esta consiste na procura de prolongar a vida dos indivíduos ajudando-os a melhorar a sua própria saúde, prevenindo doenças específicas que estão ligadas ao meio ambiente e social em que vivem. Esse tipo de medicina passava a ter uma maior importância nesse período, pois nessa fase, as atenções estavam voltadas para prevenção dos agravos da população.

Nesse momento, as políticas públicas de saúde estavam sendo aprimoradas e os governantes passavam a visualizar de forma mais nítida os problemas que acometiam a salubridade da população. Houve, então, uma ampliação na prestação dos serviços de saúde para todos os brasileiros. Desta forma a saúde pública do Brasil tentava promover uma saúde que proporcionasse uma equidade para todos os cidadãos e que assim todos tivessem direito a uma boa qualidade de vida na qual a saúde era peça principal desse complexo. Com o novo sistema, o direito dos cidadãos brasileiros à cidadania iria aos poucos se consolidando.

Em 1996 foi publicada a Norma Operacional Básica de Assistência à Saúde (NOB-96). A preocupação central era estabelecer bases para que o SUS fosse um modelo de atenção centrado na qualidade de vida das pessoas e do meio ambiente e também na relação da equipe de saúde com a comunidade. Propunha a mudança na relação entre o usuário e os agentes que promoviam o sistema de saúde. Desta forma restabelecendo a ligação entre quem prestava o serviço e quem recebia. Outra preocupação dessa norma era a intervenção no meio ambiente modificando assim os fatores determinantes da situação da saúde da população.

O Estado estabeleceu que o ano de 1997 fosse o “Ano da Saúde” no Brasil e se comprometeu a proporcionar várias mudanças do modelo de atenção através do PSF, apresentando uma proposta de ampliação das equipes de saúde da família (ESF) de 847 para 3.500 equipes. Também foi implantado o Piso de Atenção Básica (PAB), isto é, o valor *per*

capita que somado às transferências estaduais e os recursos próprios dos municípios deverá financiar a atenção básica da saúde. O Ministro da saúde dessa gestão tinha como meta a implantação de 20 mil Equipes de Saúde da família - ESF até 2002.

No “Ano da Saúde” foram realizadas várias mudanças pelo Ministério da Saúde no programa do PSF. Dentre essas mudanças constava: proporcionar e resolver os agravos agudos e crônicos que forem identificados, o PSF seria voltado para a saúde da população em geral e não só para programas específicos como a saúde da mulher e das crianças e, por último, desmistificar que o PSF é um sistema de saúde para os pobres. Desta forma, esse modelo de saúde visa diminuir a demanda na rede básica tradicional⁹ de saúde. Objetiva proporcionar uma oferta de saúde de melhor qualidade através de uma rede mais organizada e com boa operacionalidade.

No ano de 2001, foram criadas as Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS). Estas surgiram da necessidade de se definir melhor a divisão de responsabilidade entre as esferas estadual e municipal, promover a integração dos sistemas municipais e criar novos critérios para a alocação de recursos. Em 2002, foi revogada e substituída pela NOAS 01/2002 que veio para superar as dificuldades e impasses da NOAS 01/2001. A NOAS 01/02 amplia as responsabilidades dos municípios na atenção básica, a equidade e o fortalecimento da capacidade do SUS.

Assim, desde a implantação do PSF no Brasil esse programa vem se expandindo para várias regiões brasileiras através de suas Unidades de Saúde. Essa expansão deu-se em maior escala para os pequenos municípios e as áreas mais pobres das cidades. O PSF vem tratar a saúde do indivíduo e da família de forma preventiva, buscando melhorar a salubridade da população. No ano da sua instalação, havia 29 mil agentes comunitários de saúde e 328 equipes de saúde da família, atendendo 55 municípios. Após o Censo realizado em 2004 pelo SIAB (Sistema de Atenção Básica) houve um aumento considerável. Nesse período havia 19.182 equipes de saúde da família, 184.934 agentes comunitários de saúde distribuídos em 4.498 municípios brasileiros.

A região Nordeste foi a pioneira na implantação do PSF no Brasil. Os municípios precursores foram Sobral (CE), Quixadá (CE), Camaragibe (PE) e Campina Grande (PB). Em 1998, a transferência de recursos federais através do Piso de Atenção Básica e variável para os municípios, proporcionou um aumento das unidades de PSF no Nordeste. Essa expansão

⁹ A rede básica tradicional é o serviço de saúde que oferece apenas a cura dos agravos que atinge a salubridade da população, esse sistema só trata a doença quando já está instalada no indivíduo.

ocorreu principalmente para os municípios pequenos e mais carentes de recursos sociais e sanitários e em cidades com até 100.000 habitantes. A ampliação desse programa deu-se para as áreas mais desassistidas e de maior pobreza. Nas cidades de porte médio e grande, o PSF é instalado onde a população está mais exposta às precárias condições sanitárias ou que apresentem exclusão social. Após a sua implantação e devido os bons resultados, quatro anos depois se expandiu para Belo Horizonte e outros municípios brasileiros.

Do exposto, verificam-se que foram muitas as mudanças que ocorreram na oferta de saúde no Brasil, principalmente no que diz respeito à promoção da saúde pública pelo Estado. A evolução na saúde pública foi lenta e progressiva. Esse processo acompanhou a história republicana do Brasil e em cada fase, as modificações foram em busca de um melhor desempenho na oferta dos serviços de saúde. Hoje, o Brasil oferece um sistema de saúde que apresenta melhores resultados no que diz respeito à salubridade da população. Todas as mudanças que ocorreram no perfil epidemiológico da população brasileira consolidaram-se através de leis específicas e de políticas públicas de saúde. Os diversos programas que foram criados através das políticas públicas de saúde acabaram por montar uma oferta de saúde curativa e preventiva. Desta forma a população brasileira passou a ter um melhor sistema de saúde.

CAPÍTULO III - O ATUAL MODELO BRASILEIRO DE SAÚDE: A GEOGRAFIA DA SAÚDE PÚBLICA NO ÂMBITO DA MEDICINA PREVENTIVA

No século XX, a medicina familiar era matéria exclusiva das instituições de ensino. Segundo Paim(2003), só após a década de 1970, é que essa medicina passa a integrar os sistemas de saúde dos países industrializados e, após a década de 80, esse modelo passa a integrar o sistema de saúde pública dos países da América Latina. Conforme colocado anteriormente, no Brasil, esse processo só se realizou após 1990. O PSF pode ser definido como um modelo que pressupõe o reconhecimento de saúde como um direito de cidadania, expresso na melhoria das condições de vida; no que toca a área de saúde, essa melhoria deve ser traduzida em serviços resolutivos, integrais e principalmente humanizados.

O Programa Saúde da Família (PSF) surge no Brasil em 1994. Esse programa foi inspirado nas experiências desenvolvidas na área de saúde pública de países como Cuba, Inglaterra, Canadá entre outros. O Ministério da Saúde no Brasil adaptou o PSF à realidade dos estados brasileiros. Esse programa é um marco importante no setor de saúde por dois motivos. Primeiro, por atender ao disposto da Constituição Federal de 1988 e, especificamente, na Lei 8.080/90, “Lei Orgânica da Saúde”, que dispõe sobre a promoção, proteção e recuperação da saúde. Segundo, por ser um modelo assistencial centrado no usuário e que é determinado pela “produção de cuidado” em atender o indivíduo e a família de forma integral e contínua.

De acordo com Paim(2003), o PSF poderia ser uma proposta limitada de modelo de atenção, ou seja, mais um programa especial do “modelo sanitário”. Porém, esse programa se potencializou após a sua junção com o Programa de Agentes Comunitários da Saúde (PACS). Essa junção foi extremamente válida já que para que esse modelo de assistência atingisse seu real sentido, que era cuidar da saúde da família, se fazia necessário o acompanhamento mais direto que é realizado pelos Agentes Comunitários de Saúde-ACS. Inicialmente o PSF era de responsabilidade da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), através da Coordenação de Saúde da Comunidade (COSAC). Em 1995, passou a ser de responsabilidade da Secretária de Assistência à Saúde (SAS). Em 1996, foi definido o Piso Assistencial Básico (PAB) que se destinava a financiar e incentivar a adoção de estratégia pelos municípios.

Os recursos financeiros do PSF são transferidos de forma automática e regular diretamente aos cofres municipais pelo Fundo Nacional de Saúde, sob a forma de incentivo financeiro do Piso de Atenção Básica. O monitoramento e a avaliação do desenvolvimento do

programa são realizados pelo Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB), o qual é alimentado obrigatoriamente pelos dados cadastrais das equipes de saúde da família e das famílias acompanhadas pelo PSF. A não alimentação desse sistema por um período de 2 meses consecutivos e 3 meses alternados durante um ano, implicará na suspensão do programa. Desta forma, a população atendida por esse modelo não será mais assistida, pois a verba não será repassada, o que torna inviável o funcionamento do PSF.

Como dito, o PSF realiza suas ações através da Unidade de Saúde da Família (USF). Esta promove o primeiro contato do usuário com o sistema de saúde através da Equipe de Saúde da Família (ESF). Esse programa tem como objetivo principal promover a prevenção de agravos na população onde a USF está inserida. Essa promoção é voltada para toda a população que necessite de um primeiro contato com o sistema de saúde. A USF incorpora não só as práticas preventivas, como também educativas e curativas. Desta forma, os grupos mais vulneráveis passam a ter uma melhor qualidade de vida, devido à influência que esse programa exerce sobre a salubridade da população.

O PSF tem como objetivos específicos prestar assistência integral à família na unidade de saúde e no domicílio; eleger a família como núcleo básico de abordagem no atendimento à saúde; humanizar a prática em saúde; proporcionar o estabelecimento de parcerias através de ações intersetoriais; contribuir na democratização do conhecimento do processo saúde-doença de organização de serviços e da produção social da saúde; fazer com que a saúde seja reconhecida para efeito do controle social. Mediante esses objetivos, as USF prestam atendimento mais direcionado para o indivíduo e sua família, melhorando assim o primeiro contato do doente com o sistema de saúde pública.

A Unidade de Saúde da Família atua com base nos seguintes princípios: caráter substitutivo que consiste em substituir as práticas convencionais de assistência por um processo centrado na vigilância em saúde; integralidade e hierarquização que consiste no fato de a USF estar vinculada à rede de serviços de saúde, de forma que garanta a assistência integral ao indivíduo e famílias sempre que necessário; territorialização e adscrição de clientela que consiste em trabalhar com o território definido pela cobertura da USF, que responde no máximo a 4.500 pessoas e equipe multifuncional, que é composta de vários profissionais de saúde e atendem a população onde está inserida a unidade de saúde.

A equipe que compõe o PSF é de multiprofissionais formada minimamente por um médico de família ou médico generalista, um enfermeiro, um técnico ou auxiliar de enfermagem, um dentista, um auxiliar de saúde bucal, um técnico de higiene bucal e quatro ou seis agentes comunitários de saúde (ACS). As Unidades do Programa de Saúde da Família

devem atender a uma população entre 600 a 1.000 famílias. É responsabilidade de cada unidade de saúde mudar o quadro epidemiológico da saúde da população. Cada um dos profissionais tem atribuições específicas e irão atuar na USF de acordo com sua especialidade.

3.1 As Atribuições da Equipe de Saúde da Família (ESF)

O Médico Generalista ou Médico da Família é responsável pela realização das seguintes funções: executar as ações de assistência integral em todas as fases do ciclo de vida da criança, adolescente, mulher, adulto e idoso e, quando necessário, no domicílio; realizar as atividades clínicas correspondentes às áreas prioritárias na intervenção na Atenção Básica, definidas na Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS 2001; aliar a atuação clínica à prática da saúde coletiva; fomentar a criação de grupos de patologias específicas como de hipertensos, de diabéticos, de saúde mental, etc.; realizar o pronto atendimento médico nas urgências e emergências; encaminhar aos serviços de maior complexidade, quando necessário, garantindo a continuidade do tratamento na USF, por meio de um sistema de acompanhamento e referência e contra-referência; realizar pequenas cirurgias ambulatoriais; indicar internação hospitalar; solicitar exames complementares; verificar e atestar óbito.

O Enfermeiro tem as seguintes funções: realizar cuidados diretos de enfermagem nas urgências e emergências clínicas, fazendo a indicação para a continuidade da assistência prestada; realizar consultas de enfermagem, solicitar exames complementares, prescrever/transcrever medicações, conforme protocolos estabelecidos nos programas do Ministério da Saúde e nas disposições legais da profissão; planejar, gerenciar, coordenar, executar e avaliar a USF; executar as ações de assistência integral em todas as fases do ciclo de vida da criança, adolescente, mulher, adulto, e idoso; no nível de suas competências, executar assistência básica e ações de vigilância epidemiológica e sanitária; realizar ações de saúde em diferentes ambientes, na USF e, quando necessário, no domicílio; realizar as atividades correspondentes às áreas prioritárias de intervenção na Atenção Básica, definida na Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS 2001; aliar a atuação clínica à prática da saúde coletiva; organizar e coordenar a criação de grupos de patologias específicas como de hipertensos, de diabéticos, de saúde mental, etc.; supervisionar e coordenar ações para capacitação dos Agentes Comunitários de Saúde e de auxiliares de enfermagem, com vistas ao desempenho de suas funções.

O Auxiliar de Enfermagem é responsável pelas seguintes funções: realizar procedimentos de enfermagem dentro das suas competências técnicas e legais; realizar procedimentos de enfermagem nos diferentes ambientes, USF e nos domicílios, dentro do planejamento de ações traçado pela equipe; preparar o usuário para consultas médicas e de enfermagem, exames e tratamentos na USF; zelar pela limpeza e ordem do material, de equipamento e de dependência da USF, garantindo o controle de infecção; realizar busca ativa de casos como tuberculose, hanseníase e demais doenças de cunho epidemiológico; no nível de suas competências, executar assistência básica e ações de vigilância epidemiológica e sanitária; realizar ações de educação em saúde aos grupos de patologias específicas e às famílias de risco, conforme planejamento da USF.

O Agente Comunitário de Saúde tem como atribuições: realizar mapeamento de sua área; cadastrar as famílias e atualizar permanentemente esse cadastro; identificar indivíduos e famílias expostos a situações de risco; identificar área de risco; orientar as famílias para utilização adequada dos serviços de saúde encaminhando-as e até agendando consultas, exames e atendimento odontológico, quando necessário; realizar ações e atividades, no nível de suas competências, na área prioritária da Atenção Básica; realizar, por meio de visita domiciliar, acompanhamento mensal de todas as famílias sob sua responsabilidade; estar sempre bem informado e informar aos demais membros da equipe sobre a situação das famílias acompanhadas, particularmente aquelas em situação de risco; desenvolver ações de educação e vigilância à saúde, com ênfase na promoção da saúde e na prevenção de doenças; promover a educação e a mobilização comunitária, visando desenvolver ações coletivas de saneamento e melhoria do meio ambiente, entre outras; traduzir para a ESF a dinâmica social da comunidade, suas necessidades, potencialidades e limites; identificar parceiros e recursos existentes na comunidade que possam ser potencializados pela equipe. Dados as suas funções, o Agente de saúde devem morar na comunidade e estar vinculado à USF que atende a comunidade.

O Odontólogo. São atribuições deste profissional: realizar o levantamento epidemiológico para traçar o perfil de saúde bucal da população adscrita; realizar os procedimentos clínicos definidos na Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde-NOB/SUS 96 e a Norma Operacional Básica da Assistência à Saúde (NOAS); realizar o tratamento integral, no âmbito da atenção básica para população adscrita; encaminhar e orientar os usuários que apresentam problemas complexos a outros níveis de assistência, assegurando seu acompanhamento; realizar atendimento de primeiros cuidados nas urgências; realizar pequenas cirurgias ambulatoriais; prescrever medicamentos e outras orientações na

conformidade dos diagnósticos efetuados; emitir laudos, pareceres e atestados sobre assuntos de sua competência; executar as ações de assistência integral, aliando a atuação clínica à saúde bucal; programar e supervisionar o fornecimento de insumos para as ações coletivas; capacitar as equipes de saúde da família no que se refere às ações educativas e preventivas em saúde bucal; supervisionar o trabalho desenvolvido pelo Técnico de Higiene Dental (THD) e o Atendente de Consultório Dentário (ACD).

O Técnico de Higiene Dental é o profissional que trabalha sob a supervisão do cirurgião dentista. Realiza procedimentos preventivos, individuais ou coletivos nos usuários para o atendimento clínico, como escovação supervisionada, evidenciação de placas bacterianas, aplicação tópica de flúor, raspagem, alisamento e polimento, bochechos com flúor, entre outros; realiza procedimentos reversíveis em atividades restauradoras, sob supervisão do cirurgião dentista; cuida da manutenção e conservação dos equipamentos odontológicos; acompanha e apoia o desenvolvimento dos trabalhos da equipe de saúde da família no tocante à saúde bucal.

Atendente de Consultório Dentário: é da responsabilidade desse profissional proceder a desinfecção de materiais e instrumentos utilizados sob supervisão do cirurgião dentista ou do THD; realizar procedimentos educativos e preventivos aos usuários, individuais ou coletivos como evidenciação de placas bacterianas, escovação supervisionada, orientações de escovação e uso de fio dental; preparar e organizar o instrumental e materiais (sugador, espelho, sonda, etc.) necessários para o trabalho; instrumentalizar o cirurgião dentista ou THD durante a realização de procedimentos clínicos; agendar o paciente e orientá-lo ao retorno e à prevenção do tratamento; acompanhar e desenvolver trabalhos com a equipe de Saúde da Família no tocante à saúde bucal.

3.2- O Programa de Saúde da Família – PSF

No estado da Paraíba, a implantação do Programa de Saúde da Família - PSF se concretizou em 1994 e a primeira cidade foi Campina Grande. Em 2001, foi criado o Programa de Saúde Bucal que contava com 733 equipes (SIAB, 2004). Em outubro de 2004, ou seja, dez anos depois de criado o PSF na Paraíba, registrou-se um total de 1.106 Equipes de Saúde da Família – ESF e 7.315 Agentes Comunitários de Saúde - ACS que cobria 215 dos 223 municípios do Estado. Em Cajazeiras, segundo a Secretaria Municipal de Saúde(2009) o PSF foi aprovado em dezembro 1999 e implantado no ano seguinte.

Observa-se que a Secretaria de Saúde do Estado da Paraíba priorizou o PSF como estratégia de organização da atenção básica à saúde. Segundo o Sistema de Informação da Atenção Básica-SIAB, em todo o estado da Paraíba, registra que somente oito municípios não têm equipes de PSF cadastradas¹⁰. De acordo com o último Censo realizado pelo SIAB (2004), cada Equipe de Saúde Família – ESF na Paraíba atende em média um total de 3.450 pessoas e cobre 75% da população paraibana.

¹⁰ Cacimba de Dentro, Carrapateira, Casserengue, Coxixola, Curral Velho, Pedra Branca, Dona Inês e São Domingos do Cariri.

CAPÍTULO IV - OS MODELOS DE SAÚDE PÚBLICA DO MUNICÍPIO DE CAJAZEIRAS E SUA ESPACIALIZAÇÃO

Conforme visto anteriormente, o Brasil passou por um longo e intenso processo no que diz respeito à oferta da saúde pública. Segundo Paim(2003), até a década de 80, o Brasil apresentava dois modelos de assistência à saúde: o médico-assistencial privatista e o assistencial “sanitarista”. O primeiro se baseia na “livre iniciativa” onde o indivíduo procura esse sistema devido o sofrimento do agravo crônico ou agudo que lhe acomete, buscando a cura. Já o modelo assistencial “sanitarista” trata os problemas de saúde da população através das campanhas de vacinação, combate a epidemias e programas especiais.

No início da década de 90, registram-se importantes mudanças na oferta de saúde pública no País. É desse período que um novo modelo é implantado pelo poder público; é a denominada Saúde Preventiva, materializada através da criação do Programa de Saúde da Família - PSF. Diferentemente dos anteriores que se baseiam na cura, esse, como sugere o termo, se fundamenta na prevenção dos agravos agudos e crônicos que acometem a população. Para esse novo modelo foram criados novos programas, assim como, agregaram-se outros já existentes. É o que alguns autores denominam de um Sistema de “Oferta Organizada de Saúde”.

A cidade de Cajazeiras, conforme visto na primeira parte, apresenta-se como uma das cinco principais do Estado. No que se refere à oferta de saúde pública, esta se destaca em toda a microrregião. Na atualidade, oferece os três modelos de saúde pública existentes no país: (Modelo Assistencialista-Privatista, o “Sanitarista” e o Preventivo)¹¹. Esses representam o que Paim (2003) define como “Oferta Organizada de Saúde”. Os serviços de saúde não atende só a população local e sim a demanda de outros municípios circunvizinhos. Esses se fundamentam nos objetivos e princípios do Sistema Único de Saúde (SUS).

A infraestrutura está representada pelo *Hospital Regional de Cajazeiras* (HRC), pelo *Instituto Materno Infantil Dr. Júlio Maria Bandeira de Melo*, pela *Policlínica Orcino Guedes*, pelo *Centro de Especialidades Odontológicas – CEO* (Amélia de Albuquerque do Nascimento – Dona Nita), pelo *Centro de Zoonose*, pelo *Centro de Vigilância Epidemiológica*, pela *Farmácia Básica e 14 unidades de PSF*. No caso do HRC, fazem parte deste o *Hemonúcleo Dr. Waldemar Pires Ferreira*, o *Banco de Leite Anita Cabral* e a *Maternidade Dr. Deodato Cartaxo*. Como órgãos de controle, Cajazeiras sedia além da Secretaria Municipal de Saúde a 9ª Regional de Saúde.

¹¹ Ainda que o modelo “Sanitarista” tenha sido incorporado pelo “Preventivo”, consideramos os três modelos.

4.1 O Modelo Assistencialista-Privatista

O Modelo Assistencialista-Privatista está representado pelo Hospital Regional de Cajazeiras – HRC (HRC, Maternidade Doutor Deodato Cartaxo, Banco de Leite e Hemonúcleo) e pelo Instituto Materno Infantil Doutor Julio Bandeira de Melo também conhecido como “Hospital Infantil”. Essas duas instituições ofertam uma medicina curativa, onde a procura é realizada pelo indivíduo que foi acometido por algum agravo e procura o órgão de forma espontânea buscando a cura ou minimizar o seu sofrimento.

4.1.1 O Hospital Regional de Cajazeiras

O Hospital Regional de Cajazeiras foi fundado em 6 de junho de 1949 e representa o principal centro de atendimento hospitalar da microrregião. Dentre os municípios que utilizam os serviços prestados pelo HRC estão Bom Jesus, Carrapateira, Cachoeira dos Índios, Bernardino Batista, São José de Piranhas, São João do Rio do Peixe, Triunfo, Santa Helena, Monte Horebe, Poço José de Moura, Poço Dantas, Uiraúna, Santarém e Bonito de Santa Fé. Além desses, também atende os municípios de Ipaumirim e Baixio que pertencem ao estado do Ceará.

Quando da sua fundação, o atendimento era restrito aos casos menos complexos. Ao longo dos anos, entretanto, foram incorporadas novas especialidades. O principal objetivo do HRC é fazer com que o paciente se recupere o mais rápido possível e volte às suas atividades de forma saudável. Na atualidade, a sua estrutura está representada pelos seguintes setores: 1) Urgência e Emergência, 2) Clínica Médica 3) Clínica Cirúrgica e Centro Cirúrgico, 4) Centro de Terapia Intensiva – CTI, 5) Centro de Fisioterapia, 6) Maternidade, 7) Setor de Psicologia e Assistência Social, 8) Central de Análise 9) Clínica de Saúde Pública.

O *Setor de Urgência e Emergência* conta com 8 leitos e 10 poltronas para os pacientes que ficam em observação. É nesse setor que o paciente vai passar por uma triagem realizada pelo enfermeiro de plantão e esse profissional vai classificar se o agravo do paciente é para urgência ou emergência. Mediante ter sido realizada essa primeira avaliação, o paciente é atendido pelo médico plantonista e, dependendo do caso, poderá ou não ficar no setor de observação, onde poderá permanecer por até 12 horas. Dependendo do quadro clínico, o mesmo receberá alta ou será conduzido para atendimento específico.

O setor chamado de *Clínica Médica* divide-se em dois postos: o posto A que tem 21 leitos, sendo um para controle, e o posto B que tem 20 leitos. Esse setor recebe pacientes de

todos os outros setores do HRC e é responsável pelo atendimento daqueles que necessitam de um acompanhamento mais direcionado. Inclui desde a administração de medicamentos até curativos. É nesse setor que se encontra o denominado *médico evolucionista*, profissional responsável pelo acompanhamento do paciente através de exames e medicação específica.

A *Clínica Cirúrgica e Centro Cirúrgico*, semelhante a outros hospitais, se restringem aos casos menos complexos como algumas cirurgias torácicas, ortopédicas e pélvicas. A primeira conta com 21 leitos onde o paciente é preparado para a cirurgia através de exames e medicação. Já o Centro Cirúrgico tem duas salas. Quando o paciente chega ao HRC, passa pelo setor de urgência e emergência. Ao dar entrada, faz-se uma triagem que é realizada pelo enfermeiro e depois pela avaliação médica. Se for identificado que é um caso para intervenção cirúrgica, dependendo do grau de risco, ele pode ser imediatamente direcionado para o centro cirúrgico. Casos mais graves são encaminhados para centros maiores.

O *Centro de Terapia Intensiva - CTI* é o setor que oferece toda a aparelhagem necessária para atender os casos mais graves que necessitam de um atendimento de 24 horas. Conta com 7 leitos, um desses é para atender os pacientes que são acometidos por agravos que exige isolamento. São transferidos para esse setor os pacientes que necessitam de um atendimento direcionado, acompanhamento e aparelhagem específica. Esse acompanhamento se faz necessário devido à condição em que o paciente se encontra.

O *Setor de Fisioterapia* “transita” por quase todos os setores do HRC. A intervenção dos profissionais dessa área é de acordo com a necessidade dos pacientes. Onde houver a necessidade da intervenção o fisioterapeuta estará presente. Assim, os profissionais desse setor trabalham de acordo com a necessidade de cada paciente e realizam vários procedimentos que permitem a recuperação mais rápida e uma melhor reabilitação do indivíduo no convívio social. Nas enfermarias, os fisioterapeutas realizam exames clínicos e físicos, fisioterapia motora e respiratória, entre outros. Já na CTI, estes realizam fisioterapia respiratória; na maternidade, auxiliam a mãe na respiração para realização do parto, entre outros procedimentos.

A *Maternidade* está integrada à estrutura administrativa e física do HRC e conta com 20 leitos para as gestantes. Nesse setor, são realizados os atendimentos e procedimentos que vão desde o primeiro momento da gestação até a hora do parto, o que inclui, tanto o parto normal como cesariana e todos os agravos de obstetrícia. Os casos de aborto, seja ele de ordem natural ou provocado, também são atendidos. Nesse setor, também se realizam os primeiros cuidados com os recém nascidos que necessitam de atendimento.

A *Central de Análise, o Centro de Imagens e o setor de Psicologia e Assistência Social* encontram-se integrados à estrutura organizacional do hospital e são responsáveis pela realização dos exames necessários para o diagnóstico do agravo que acomete o paciente, o que inclui raio X, ultra som, eletrocardiograma, ecocardiograma e endoscopia.

Por último, o *Setor de Psicologia e Assistência Social*. Esse realiza um trabalho de apoio aos enfermos e familiares. Destaca-se por auxiliar tanto os pacientes que recebem o diagnóstico como a família, buscando promover o “bem estar mental” do paciente e de sua família através de auxílio psicológico e social.

Além dos setores acima citados e, conforme colocado anteriormente, o HRC conta ainda com o Banco de Leite Anita Cabral (Banco de Leite Humano - BLH) e o Hemonúcleo Dr. Waldemar Pires Ferreira. Ainda que esses não se encontrem integrados à estrutura física do HRC, desempenham papel de grande importância na promoção da saúde. O BLH é um serviço especializado na promoção da saúde infantil. Inclui a proteção e apoio ao aleitamento materno e à execução das atividades relacionadas à coleta e à doação de leite materno. Já o Hemonúcleo é responsável por todos os procedimentos relacionados às demandas.

4.1.2 O Instituto Infantil Doutor Júlio Bandeira de Melo (Hospital Infantil)

O Instituto Infantil Doutor Júlio Bandeira de Melo, antiga Associação de Proteção e Assistência à Maternidade e a Infância de Cajazeiras, foi fundada em 12 de outubro de 1975 pelo médico Júlio Maria Bandeira de Melo e associados. Em 05 de junho do corrente ano, foi transformado em Autarquia e passou a denominar-se “Instituto Materno Infantil Dr. Júlio Maria Bandeira de Melo”, conhecido popularmente como Hospital Infantil. Do mesmo modo que o HRC, essa instituição atende aos vários municípios da microrregião de Cajazeiras e das regiões circunvizinhas.

Da mesma forma que o HRC, o Hospital Infantil proporciona uma medicina curativa para crianças entre 28 dias de nascido e 16 anos de idade. Atende tanto pacientes do Sistema Único de Saúde – SUS, como particular. Conta com cinco enfermarias que somam 22 leitos, duas incubadoras, dois berços para recém-nascidos e um berço aquecido. Realiza consultas e administração de medicamentos, além de internamentos.

Atende os casos menos complexos dentre os quais podemos citar: insuficiência respiratória, infecções de garganta, alergias, resfriados, gripes, desidratação entre outros. Os casos mais complexos como traumas e cirurgias são transferidos para o Hospital Regional de

Cajazeiras ou para hospitais de referências. Incluem-se os casos de dengue hemorrágica, meningite entre outros.

A sua estrutura de atendimento está definida pelos setores de *Urgência e Emergência* e pela *Clínica Médica*. O primeiro recebe o paciente e encaminha para o médico que irá diagnosticar o agravo e indicar o tratamento. O paciente poderá ficar em observação por 24 horas. Em se tratando de caso mais complexo, o mesmo poderá ser internado ou encaminhado para outro hospital de referência.

4.1.3 O Programa de Saúde da Família – PSF em Cajazeiras - PB

Conforme dito anteriormente, no município de Cajazeiras o PSF foi implantado no ano de 2000. Nesse primeiro momento, foram implantadas 03 Unidades de Saúde da Família-USF(ver figura 03) na sede dos seguintes distritos: Engenheiro Ávidos, Divinópolis e Sítio Cocos, por se localizarem mais distantes e serem desassistidas do município. Até então, as Equipes de Saúde da Família - ESF só ofereciam os serviços de consulta médicas, pré-natal, curativos, retirada de pontos e consulta de enfermagem e esse modelo de saúde não correspondia a uma “oferta organizada de saúde”. O modelo de PSF proposto pelo Sistema Único de Saúde-SUS era mais amplo e via-se claramente que o PSF naquela situação, não seguia os princípios, nem as diretrizes propostas pelo modelo de atenção.

Só no ano de 2001 que o município de Cajazeiras implantou as suas outras 11 Unidades de Saúde-USF(ver figura 02), todas na zona urbana. Hoje, Cajazeiras conta com 14 PSFs¹², nessa ocasião, as unidades de PSFs já se configuravam da mesma forma como foi proposta pelo SUS, realizando todos os procedimentos que lhes foram propostos desde a sua concepção. A população urbana e rural do município de Cajazeiras hoje pode contar com um atendimento multiprofissional adequado, no qual o indivíduo, a família e a comunidade recebem uma assistência integral de acordo com a real necessidade da população. As Equipes de Saúde da Família trabalham na localidade onde estão inseridas, identificando os fatores de riscos aos quais a população está exposta e neles intervindo de forma apropriada.

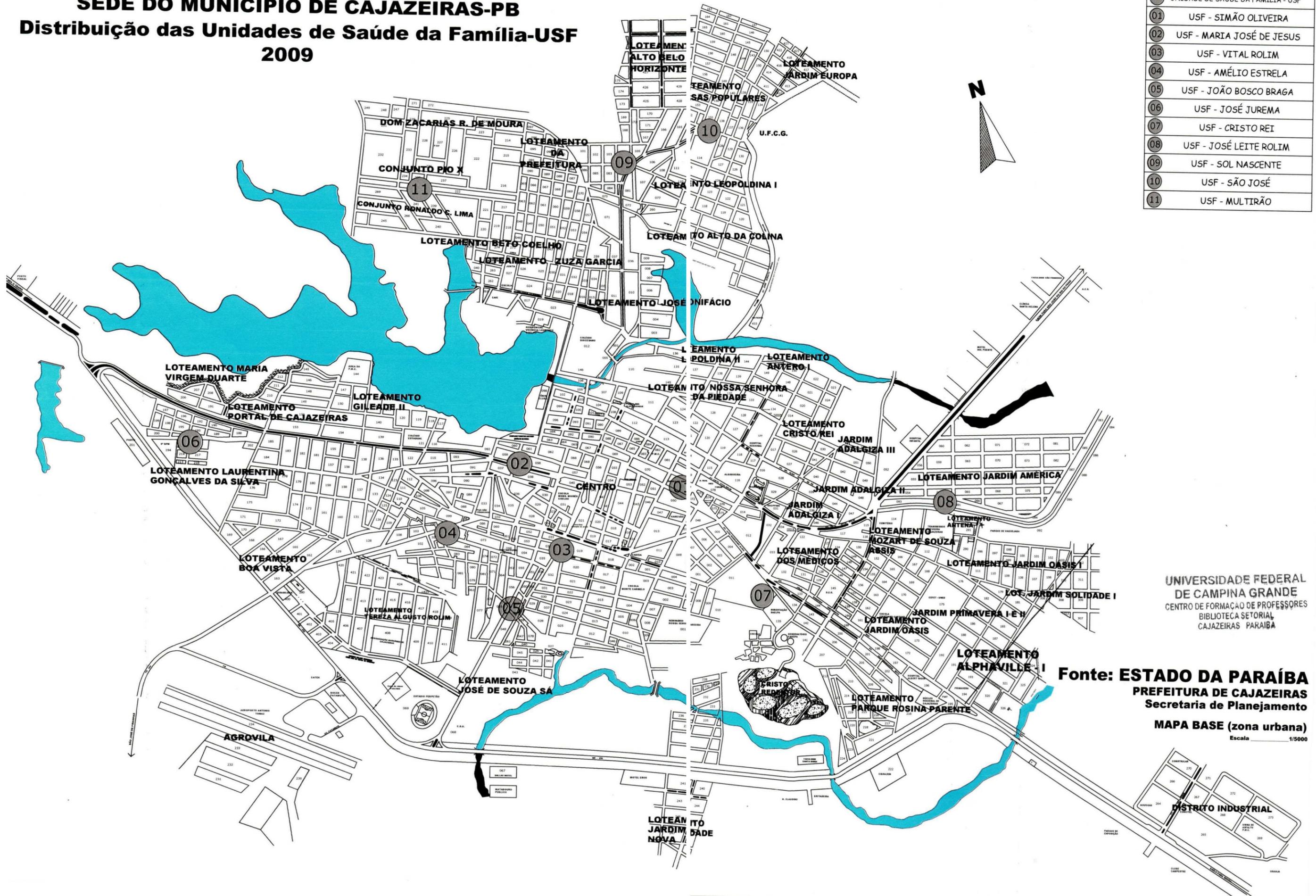
¹²São elas: Unidade de Saúde da Família José Leite Rolim, USF Sol Nascente, USF João B. Braga Barreto, USF Dr. José Jurema, USF São José, USF Dr. Vital Rolim, USF Cristo Rei, USF M^a José de Jesus, USF Simão de Oliveira, USF Mutirão e USF Amélio Estrela D. Cartaxo.

MAPA 02

SEDE DO MUNICÍPIO DE CAJAZEIRAS-PB

Distribuição das Unidades de Saúde da Família-USF 2009

LEGENDA	
●	UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA - USF
01	USF - SIMÃO OLIVEIRA
02	USF - MARIA JOSÉ DE JESUS
03	USF - VITAL ROLIM
04	USF - AMÉLIO ESTRELA
05	USF - JOÃO BOSCO BRAGA
06	USF - JOSÉ JUREMA
07	USF - CRISTO REI
08	USF - JOSÉ LEITE ROLIM
09	USF - SOL NASCENTE
10	USF - SÃO JOSÉ
11	USF - MULTIRÃO



UNIVERSIDADE FEDERAL
DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
BIBLIOTECA SETORIAL
CAJAZEIRAS PARAÍBA

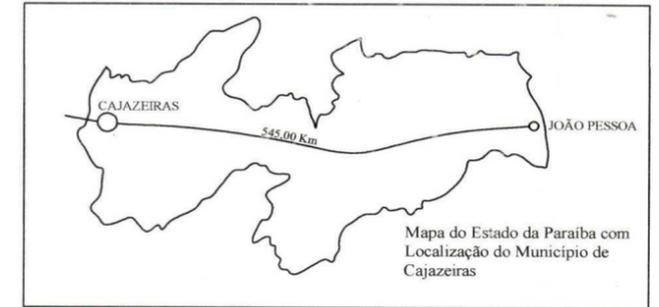
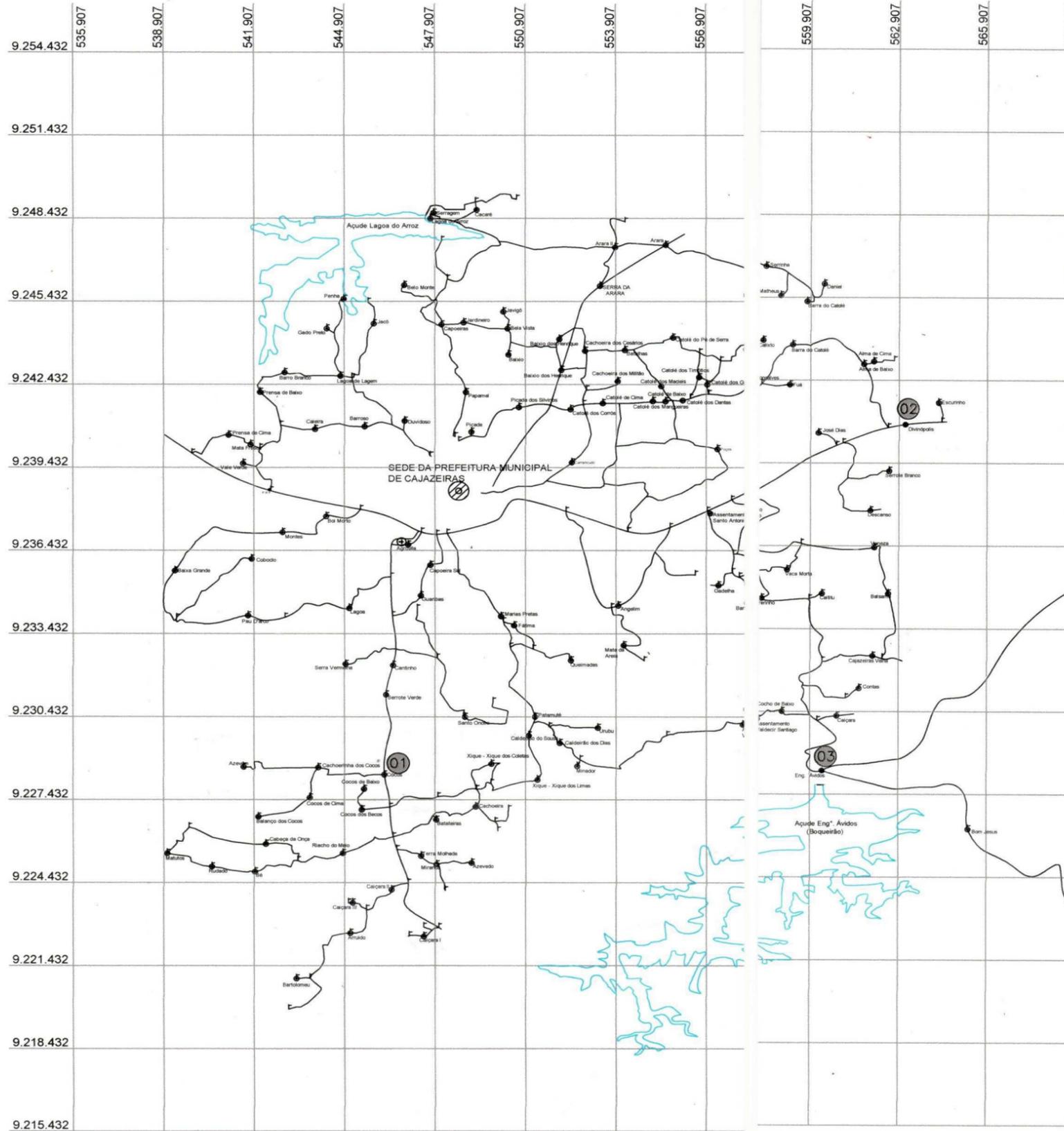
Fonte: ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA DE CAJAZEIRAS
Secretaria de Planejamento

MAPA BASE (zona urbana)
Escala 1/5000

MAPA 03

MUNICÍPIO DE CAJAZEIRAS-PB Distribuição das Unidades de Saúde da Família-USF-Zona Rural 2009

UNIVERSIDADE FEDERAL
DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
BIBLIOTECA SETORIAL
CAJAZEIRAS PARAIBA



INSCRIÇÃO NO CADASTRO IMOBILIÁRIO

ST	QD	LT	SL	CV
----	----	----	----	----

LEGENDA

●	UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA - USF
01	USF - COCOS
02	USF - DIVINÓPOLIS
03	USF - ENGENHEIRO ÁVIDOS

Convenções

- Rodovias
- Estradas Municipais
- Leito Natural
- Canal Lagoa de Arroz
- ▲ Açudes
- Pontes
- Polícia Rodoviária Federal
- Campo de Aviação
- Localidade
- Delimitador
- Distrito

Coordenadas da Sede Municipal

Longitude : 38° 33'31,88" W
Latitude : 6° 53'16,84" S
Altitude : 298 m.

**Fonte: ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA DE CAJAZEIRAS
Secretaria de Planejamento**

MAPA BASE (zona urbana)

Escala 1/5000



4.1.3.1- Os Programas de Saúde do PSF

Como visto, o modelo de Medicina Preventiva ou “Oferta Organizada” de saúde visa promover a saúde da população através da prevenção dos agravos e de um acompanhamento direcionado para proporcionar uma melhor salubridade à população. Nesse sentido, o Programa de Saúde da Família-PSF torna real essa forma de prevenção na qual o mais importante é prevenir doenças na família e no indivíduo. Em Cajazeiras, o Programa de Saúde da Família- PSF inclui: “*O Programa da Saúde da Criança*”, “*O Planejamento Familiar*”, “*O Programa de Saúde da Mulher*”, “*O Programa de Pré-Natal*”, “*O Programa de Saúde do Idoso*” e “*O Programa de Saúde Bucal*”.

O Programa de Saúde da Criança tem como objetivo o acompanhamento de crianças de 0 a 5 anos. Os procedimentos incluem vacinação, controle do peso e das doenças que acometem as crianças que estão nessa faixa etária. Essas crianças por estarem em idade que requerem maiores cuidados, são acompanhadas mensalmente pela equipe multiprofissional do PSF. Realiza-se através de consultas periódicas que auxiliam na promoção da saúde da criança, verificando o seu desenvolvimento prevenindo que o mesmo seja acometido por algum agravo. Se o contrário ocorre, são tomadas todas as medidas necessárias para que a salubridade volte a fazer parte da vida da criança.

O Programa de Planejamento Familiar consiste em promover palestras para orientar a população em geral sobre a necessidade de se construir uma família de forma planejada, o que inclui aspectos financeiros e psicológicos. Outra questão que pesa bastante nesse programa é a preocupação com a gravidez na adolescência e com as DST's. As palestras são ministradas na própria Unidade de Saúde da Família- USF e nas escolas. Estas são realizadas por profissionais da área de saúde que tentam mostrar às mães e às futuras mães a necessidade do planejamento familiar.

O Programa Saúde da Mulher consiste em promover a salubridade às mulheres que estão adscritas na Unidade de Saúde da Família. Inclui além de palestras, imunização, exames e distribuição de medicamentos para combater os agravos que acometem a saúde feminina. É realizado constantemente nas Unidades de PSF, através de consultas e exames. O exame ginecológico é realizado semanalmente e tenta atender a demanda. Entre outros exames destaca-se o denominado “Papa Nicolau o de Colo de Útero”. Vale destacar que esse programa “convida” a paciente e orienta para que realizem o exame pelo menos uma vez ao ano. Caso seja identificado a enfermidade, a paciente é encaminhada ao médico especializado para que possa realizar outros exames e procedimentos adequados.

O Programa de Pré-Natal consiste em realizar todo o acompanhamento para a gestante e seu filho através de exames e medicamentos necessários para manter a mãe e o bebê saudáveis. É na fase do pré-natal que a saúde do bebê e da sua mãe requer maior atenção e a equipe multiprofissional do PSF pode proporcionar todo esse aparato profissional. Também são realizadas palestras sobre prevenção de algumas doenças que podem atingir a saúde do recém nascido e de sua mãe. Busca conscientizar as famílias sobre as formas de prevenção de doenças.

O Programa de Acompanhamento de Idosos é realizado através de consultas médicas, exames, acompanhamento e orientação de vários aspectos como alimentação, verificação da pressão arterial, distribuição de medicamentos, bem como providencia a solicitação para exames. O acompanhamento domiciliar é realizado pelos agentes comunitários de saúde - ACS. Estes também realizam a triagem dos agravos que acometem os idosos através de visitas mensais.

O Programa de Saúde Bucal passou a integrar o PSF em 2001. Esse serviço oferece restauração, aplicação de flúor, extração de dentes e orientações sobre a escovação e demais cuidados relacionados. A esses profissionais também competem promover palestras educativas nas escolas e na comunidade sobre como cuidar da saúde bucal. Nas escolas públicas, há também a aplicação de flúor. Mesmo se tratando de um serviço importantíssimo, observa-se que na Unidade de Saúde são realizados os procedimentos mais simples.

4.1.3.2 - A Policlínica Orcino Guedes

A “Policlínica Orcino Guedes”, antigo “Centro de Saúde”, foi criado em 07 de Setembro de 1983, realizava diversos serviços de saúde, dentre eles consultas cardiológicas, ginecológicas, obstétricas, pré-natal, pediátricas, odontológicas, clínicas, vacinação, exames parasitológicos de fezes e sumário de urina. Atendia a população de Cajazeiras e as cidades circunvizinhas. Em 22 de agosto de 2001, quando passou a se chamar Policlínica Orcino Guedes, outros serviços passaram a ser ofertados ampliando os serviços prestados à comunidade. Essa unidade de saúde apresenta um quadro variado de médicos de diversas especialidades

Na Policlínica são realizados diversos exames como: exames radiológicos (raio x, mamografia), cardiológico (eletrocardiograma), exames neurológicos (eletroencefalograma), exames laboratoriais, (parasitológicos, imunológicos, sumário entre outros), exames específicos de certos agravos como tuberculose e todos os tipos de ultrassonografia.

Essa unidade de saúde tem a seguinte equipe de profissionais: um geriatra, um nutricionista, um neurologista, dois anestesiológicos, dois dermatologistas, um pneumologista, um ginecologista, um cardiologista, um obstetra, dois radiologistas, um endocrinologista, seis fisioterapeutas e quatro bioquímicos. Conta ainda com dois técnicos de enfermagem, nove auxiliares e cinco técnicos em radiologia. Esses serviços são ofertados para toda a população. Cabe registrar que todos os exames clínicos que são solicitados pelos PSF's são realizados por este órgão.

4.1.3.3 A Vigilância Sanitária

A Vigilância Sanitária de Saúde do município de Cajazeiras está representada pela “*Vigilância Sanitária*”, propriamente dita e pela *Zoonose*. O primeiro é um órgão fiscalizador da saúde pública e atende as denúncias sobre os casos de insalubridade em todo o município. Esse órgão é responsável por promover a saúde do meio ambiente sempre fiscalizando os locais que possam oferecer risco à saúde da população. Após a atuação dos fiscais, o local terá um prazo para solucionar o problema, caso não resolva no prazo determinado, a pessoa física ou jurídica será indiciada pela justiça que irá tomar todas as medidas cabíveis para solucionar o problema. Esse órgão conta com três fiscais.

A *Zoonose* é responsável por atuar na saúde da população e nos agravos que são causados por animais e espécies peçonhentas. Esse órgão tem a função de tratar e vacinar as pessoas que foram atacadas por algum animal doente. Também é função da *Zoonose* tratar o animal como também promover campanhas de vacinação dos animais. Desta forma, torna o meio ambiente mais saudável para a população. Esse órgão conta com dois veterinários e um técnico em enfermagem.

4.1.3.4 Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) Amélia de Albuquerque do Nascimento - Dona Nita

Todos os tratamentos relacionados à saúde bucal eram realizados na Policlínica até meados de 2007. Em 21 de agosto do mesmo ano, foi inaugurado na cidade o Centro de Especialidades Odontológicas – CEO Amélia de Albuquerque do Nascimento (Dona Nita). Esse órgão passou a realizar desde essa data todos os tratamentos dentários e exames que cada

caso exige¹³. Essa unidade de saúde somente atende os encaminhamentos provenientes dos PSF's de Cajazeiras. Dentre os tratamentos de saúde bucal realizados temos: radiografia da arcada dentária, exodontia cirúrgica, exodontia (canal), restauração com resina, periodontia e próteses. Esse atendimento é realizado nos três turnos. Conta com uma equipe composta de doze odontólogos e seis auxiliares dentários.

4.1.3.5 A Farmácia Básica

Por último o município conta ainda com a chamada “Farmácia Básica”. Promover saúde não consiste só em consultas e exames médicos, é muito mais que isso, é dar subsídio para as pessoas que não dispõem de boa condição financeira. A Farmácia Básica é responsável por fornecer alguns medicamentos essenciais para a cura de alguns agravos. Dentre esses medicamentos podemos citar: antibióticos, remédios controladores de pressão arterial, remédios e insulinas para diabéticos, antitérmicos, entre outros. Todos esses medicamentos são entregues aos pacientes mediante consultas solicitadas por médicos dos PSF's do município de Cajazeiras.

4.2 Os Órgãos Responsáveis Pela Administração da Saúde Pública

A organização da saúde pública do município de Cajazeiras é de responsabilidade da Secretaria Municipal de Saúde e da 9ª Regional de Saúde. A primeira tem por responsabilidade gerenciar e subsidiar os trabalhos realizados pelos PSF's, pela Policlínica, pelo Centro de Especialidades Odontológicas, pela Vigilância Sanitária, pela Zoonose e pela Farmácia Básica. Já a 9ª Regional, além de gerenciar, subsidia a realização dos trabalhos prestados pelos órgãos que são responsáveis pela oferta de saúde pública em Cajazeiras e na sua microrregião.

A Secretaria de Saúde Municipal se organiza em diretorias e departamentos. Dentre as diretorias estão a de Recursos Humanos e Executiva. Essa tem função de administrar e controlar todos os órgãos de saúde do município de Cajazeiras. Os departamentos são o da atenção básica, epidemiologia, tratamento fora de domicílio – TDF, Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional-SISVAN, hanseníase e tuberculose.

¹³ O Programa de Saúde da família conta com profissionais que promovem a saúde bucal, porém nem todos os tratamentos dentários são realizados no PSF.

A diretoria de Recursos Humanos é responsável pelo controle burocrático dos seus servidores da saúde pública de Cajazeiras. A Executiva é responsável pelos pagamentos, contratos entre outros.

Os departamentos são responsáveis por controlar as informações da saúde através dos consolidados dos agravos do município. A atenção básica recolhe todos os dados dos PSF's de Cajazeiras para alimentar os sistemas ligados ao Programa do PSF. Epidemiologia recolhe todos os dados ligados à saúde da população e do meio ambiente. TDF financia o deslocamento dos pacientes carentes. SISVAN, esse é responsável por controlar a alimentação e o peso das crianças de 0 a 2 anos. Também distribuem medicamentos, para o tratamento de hanseníase e da tuberculose, organizam a doação de feiras para população necessitada e realizam palestras.

A 9ª Regional de Saúde é um dos órgãos responsáveis pela organização da saúde pública e está vinculada diretamente ao governo do Estado. Esse órgão abrange quinze municípios da região, são eles: Bom Jesus, Carrapateira, Cachoeira dos Índios, Cajazeiras, Bernardino Batista, São João do Rio Peixe, São José de Piranhas, Triunfo, Santa Helena, Monte Horebe, Poço José de Moura, Poço Dantas, Uiraúna, Santarém e Bonito de Santa Fé. Tem a função de distribuir vacinas para os órgãos competentes de cada um dos quinze municípios que ele abrange, bem como a distribuição de medicamentos para diabetes, tuberculose, hanseníase, AIDS, anticoncepcionais, medicamentos especiais, hipoclorito para o tratamento de água tornando-a própria para o consumo e a distribuição de preservativos para a população. Outra função da 9ª Regional de Saúde é repassar as informações dos agravos identificados pelas Secretárias Municipais. É a Secretaria Estadual de saúde que fica incumbida de repassar para o Ministério da Saúde, que traçará o perfil epidemiológico da população.

A 9ª regional de Saúde está dividida em coordenações, cada uma tem a responsabilidade de alimentar os sistemas de informações (Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB, DATASUS, Sistema de Informações de Vigilância Epidemiológica – SIVEP, Doenças Diarréicas Aguda - DDA), sobre os agravos que acometem a população de sua região . São elas: a Coordenação de Vigilância Epidemiológica, a de Atenção Básica e a de Zoonoses. Assim, essas Coordenações são responsáveis pela administração, realização de campanhas (prevenção, imunização, entre outras) e controle dos dados do município, repassando para a Secretaria de Saúde do Estado que por sua vez fornece os dados ao Ministério da Saúde.

Na 9ª regional, também há dois setores de apoio à população carente. Atende aquela parcela da população que necessita de tratamento específico fora do domicílio bem como adquirir medicamentos. Nesses setores, estão o de Tratamento Fora do Domicílio - TFD que consiste em disponibilizar transporte ou passagens para pacientes que necessitam de realizar tratamento específico fora do domicílio¹⁴ e, o setor é o Centro de Medicamentos Especiais - CEDEMEX, que consiste na distribuição de medicamentos que tem alto custo para o paciente.

Além desses, há também o setor que realiza as auditorias nos órgãos públicos do Estado. Esse tem como principal função verificar e investigar se realmente as verbas públicas estaduais de saúde estão sendo utilizadas de forma correta.

¹⁴ É de responsabilidade do município somente aqueles casos que necessitam atendimento dentro do Estado. Para outros Estados é de responsabilidade da 9ª Regional.

CAPÍTULO V - A REALIDADE DA SAÚDE PÚBLICA EM CAJAZEIRAS

Como exposto anteriormente, a oferta de saúde pública no Brasil passou por um longo processo que se caracterizou pelo descaso por parte do Estado. Somente com a Constituição Federal de 1988, a oferta de saúde pública passou a ser um direito do cidadão e sua promoção ser uma obrigação do Estado. Foram muitas as mudanças na saúde desde a República Velha até os dias atuais. No início, o Estado não era responsável pela oferta de saúde pública à população brasileira, só a fazia quando o indivíduo não podia agir ou a iniciativa privada não o fazia. Na Era Vargas, houve as primeiras mudanças na oferta de saúde. Nesse momento, a saúde dos trabalhadores era afetada por diversos agravos que por sua vez afetava indiretamente a produção brasileira. Diante desse quadro, o governo agiu criando alguns órgãos de saúde para tentar amenizar a situação. Porém, o quadro epidemiológico permanecia o mesmo.

Com a implantação do Programa de Agente Comunitário – PAC, em 1990, e sua junção com o Programa de Saúde da Família- PSF, criado em 1994, nas áreas mais desassistidas, a salubridade da população brasileira começou a apresentar sinais de mudanças. No município de Cajazeiras, três unidades de PSF foram implantados em 2000. Nesse momento, apenas alguns procedimentos eram realizados nas Unidades de Saúde da Família- USF, o que não resultou em grandes mudanças na salubridade da população. Só em 2001, quando onze unidades foram implantadas no município, o setor de saúde passou a apresentar uma melhora significativa.

5.1 A Oferta dos Serviços de Saúde do Hospital Regional e do Hospital Infantil

Como visto anteriormente, o município de Cajazeiras conta com os modelos de oferta de saúde pública Assistencialista-privatista, representado pelo Hospital Regional de Cajazeiras – HRC, e o Instituto Materno Infantil Doutor Júlio Bandeira de Mello; o Modelo Preventivo, que incorporou o Modelo Sanitarista, formando a denominada “Oferta Organizada de Saúde” ou Programa de Saúde da Família, representados pelas Unidades de Saúde da Família – USF. Esses atendem a toda a microrregião de Cajazeiras, que integra 15 municípios, o que totaliza uma população de 159.875 mil habitantes (IBGE, 2000). No caso do HRC e o Hospital Infantil, estes atendem também municípios circunvizinhos, inclusive de estados fronteiriços.

Os setores que compõem o Hospital Regional de Cajazeiras – HRC (Urgência e Emergência, Clínica Médica, Centro de Terapia Intensiva – CTI, Centro Cirúrgico e Clínica Cirúrgica, Maternidade, o Setor de Fisioterapia, Central de Análise, Assistência Social e Psicologia, Centro de Imagem, além do Hemonúcleo e o Banco de Leite,) ficam responsáveis pelo atendimento de todos os casos que chegam a esse órgão. Atendem tanto a população do município como de toda a microrregião, além de municípios circunvizinhos.

A oferta dos serviços representa um aspecto delicado. Ao considerarmos o número de leitos, observa-se que o HRC conta com apenas 77 leitos e 8 poltronas distribuídos em seus setores. A Maternidade, por sua vez, conta com apenas 20 leitos para as gestantes, tanto para as que vão parir como para as que apresentam algumas enfermidades obstétricas. Considerando-se a quantidade de leitos, constata-se, em ambos os casos, que essa apresenta-se extremamente insuficiente já que o efetivo populacional dependente dessas unidade é bastante significativo (Ver Tabela 01). Além disso, há ainda que considerar as distâncias entre os municípios. Esse fato já consegue mostrar a limitação do HRC na oferta de saúde pública. Isto, porém, não é o único fator agravante, a pouca oferta de leitos é apenas um dos problemas.

TABELA 01

MICRORREGIÃO DE CAJAZEIRAS-PB
População Total

Município	População
Poço Dantas	3.828
Poço de José de Moura	3.529
Triunfo	9.053
Uiraúna	13.681
Santarém	2.568
Santa Helena	6.170
Monte Horebe	4.112
São José de Piranhas	18.401
Cajazeiras	54.715
Cachoeira dos Índios	7.834
Bom Jesus	2.193
Bonito de santa Fé	9.230
São João do Rio do Peixe	17.661
Carrapateira	2.160
Bernardino Batista	2.559
Total	157.694

Fonte: IBGE, 2000.

Considerando-se por setor, a realidade fica mais delicada. No setor da Urgência e Emergência, existem somente 8 leitos e 10 poltronas. A Clínica Médica que é o setor que mais recebe pacientes provenientes dos demais setores, conta com apenas 41 leitos no total. A

Clínica Cirúrgica tem apenas 21 leitos e o Centro Cirúrgico só possui 2 salas. O CTI tem apenas 7 leitos, o que é um grande problema já que, no geral, as pessoas que necessitam desse setor estão em estado grave e requerem cuidados especiais. Desta forma, podemos dizer que a oferta de saúde pública realizada pela HRC é insuficiente para a demanda. Há ainda a falta de profissionais em algumas especialidades que obriga a transferência de pacientes para outros hospitais.

Os problemas maiores, entretanto, não estão relacionados somente com a oferta de leitos. Esses são mais presentes, sobretudo, no que se refere aos profissionais e aos equipamentos. No primeiro caso, conforme pode ser visto na (Tabela 02), observa-se uma limitação tanto no que se refere aos números de profissionais, sobretudo na área médica, como na inexistência de profissionais em especialidades importantes como é o caso de cirurgião pediátrico, torácico, neurologista e urologista, buco-maxilo facial, entre outros¹⁵. Já no caso dos equipamentos, observa-se a inexistência para exames neurológicos e mamografias.

TABELA 02

HOSPITAL REGIONAL DE CAJAZEIRAS – HRC
 QUADRO DE PESSOAL DA ÁREA DE SAÚDE¹⁶
 MÉDICA
 2009

Área Médica		Área Técnica de Nível Superior		Área Técnica de Nível Médio	
Especialidade	Total	Especialidade	Total	Especialidade	Total
Anestesiologista	7	Assistente Social	7	Téc.deEnf./Funções Correlat.	104
Cardiologista	1	Bioquímico	6	Téc. de Laboratório	9
Cirurgião Gera	12	Enfermeiro	45	Téc. em Radiologia	8
Clínico Geral	14	Farmacêutico	7	-	-
Endoscopia	3	Fisioterapeuta	11	-	-
Obstetra	11	Nutricionista	6	-	-
Intensivista (UTI/Semi-Intens.)	2	Psicólogo	6	-	-
Pediatra	6	-	-	-	-
Radio.c/Espec. Diag. p/Imagem	4	-	-	-	-
Traumatologista	5	-	-	-	-
Total Geral	65	-	121	-	121

Fonte: Administração do Hospital Regional de Cajazeiras – HRC,2009

¹⁵ Vale salientar que não estamos considerando os prestadores de serviços.

¹⁶ Estes dados referem-se somente ao pessoal efetivo, concursados e contrato temporário.

No caso do *Instituto Materno Infantil Dr. Júlio Bandeira de Melo*, do mesmo modo que o HRC, também realiza Medicina Curativa, porém apresenta grandes problemas na oferta de saúde. Como dito anteriormente, atende os pacientes recém nascidos até 16 anos de toda a microrregião de Cajazeiras. Neste caso, a estrutura física e o quadro de profissionais são extremamente precários. Conta apenas com 22 leitos para atender toda a demanda. Não tem Unidade de terapia intensiva-UTI nem neonatal. No momento da pesquisa, o berço aquecido e as incubadoras não estavam funcionando, ou seja, são sérios os problemas que esse órgão apresenta. Na verdade, o Hospital infantil realiza consultas clínicas, administração de medicamentos e transferência de pacientes para outros hospitais. Devido sua péssima estrutura, quase todos os casos que não são solucionados no Hospital Infantil são encaminhados para outros hospitais, assim como o HRC.

Outro aspecto a considerar, refere-se ao efetivo populacional da região coberta pelo Hospital Infantil. A (Tabela 03), relaciona os municípios que se encontram sob sua jurisdição. Como pode ser visto, do total da população da microrregião, 36,26% da população encontra-se na faixa etária de 0 a 16 anos, ou seja, 1/3. Se considerarmos esses dados por município, verifica-se um significativo aumento. Dessa forma, observa-se que as condições apresentadas pelo Hospital Infantil, tanto no que se refere à infraestrutura física como ao quadro de profissionais são insuficientes.

TABELA 03

MICRORREGIÃO DE CAJAZEIRAS-PB
População Total e População com Idade entre 0 e 16 Anos

Municípios	População Total	População com Idade entre 0 e 16 anos	%população entre 0 e 16 anos
Bernardino Batista	2.559	1.150	44,93
Bom Jesus	2.193	820	37,39
Bonito de santa Fé	9.230	3.702	40,10
Cachoeira dos Índios	7.834	3.060	39,06
Cajazeiras	54.715	18.537	33,87
Carrapateira	2.160	969	44,86
Monte Horebe	4.112	1.595	38,78
Poço Dantas	3.828	1.687	44,07
Poço de José de Moura	3.529	1.248	35,36
Santa Helena	6.170	2.230	36,14
Santarém	2.568	957	37,26
São João do Rio do Peixe	17.661	5.958	33,73
São José de Piranhas	18.401	6.886	37,42
Triunfo	9.053	3.659	40,41
Uiraúna	13.681	4.722	34,51
Total	157.694	57.180	36,26

Fonte: IBGE, 2000.

Por último, outro aspecto a considerar se refere ao quadro de pessoal da área de saúde especificamente. Conforme pode ser visto na (Tabela 04), além da figura do pediatra, salientando-se que possui um reduzido número de profissionais, o Hospital Infantil conta apenas com 03 Clínico Geral o que só dificulta ainda mais a oferta de saúde com qualidade. Ademais, a deficiente estrutura física também obriga a realização de exames, mesmo os mais simples, em outros locais fora do Hospital Infantil, fato esse que dificulta muito o diagnóstico de alguns agravos. Desta forma, podemos afirmar que o Hospital Infantil apresenta sérios problemas e oferece serviço de saúde pública de péssima qualidade.

TABELA 04

Hospital Infantil de Cajazeiras
Quadro do Pessoal da Área de Saúde¹⁷
Médica
2009

Área Médica		Área Técnica de Nível Superior		Área Técnica de Nível Médio	
Especialidade	Total	Especialidade	Total	Especialidade	Total
Pediatra	3	Nutricionista	1	Técnico em Enfermagem	20
Clínico Geral	3	Fisioterapeuta	1	-	-
-	-	Enfermeiro	6	-	-
Total	6		8		20

Fonte: Administração do Hospital Regional de Cajazeiras - HRC, 2009

5.2 A Oferta dos Serviços de Saúde dos PSF's

Conforme dito anteriormente, ainda que o PSF tenha sido instalado no ano de 2000 em Cajazeiras, só em 2001 é que o município implantou as suas outras 11 Unidades de Saúde, todas na zona urbana. Hoje, Cajazeiras conta com 14 PSFs¹⁸. Segundo o Sistema de informação da Atenção Básica - SIAB (2009), os PSF's do município atendem a uma população total de 56.896 mil habitantes, totalizando 15.503 famílias. Destas, somente 2.164 pessoas têm plano de Saúde, ou seja, 3,80% da população. Esse dado é interessante porque demonstra a importância do programa para o município.

¹⁷ Estes dados referem-se somente ao pessoal efetivo, concursados e contrato temporário.

¹⁸ São elas: Unidade de Saúde da Família José Leite Rolim, USF Sol Nascente, USF João B. Braga Barreto, USF Dr. José Jurema, USF São José, USF Dr. Vital Rolim, USF Cristo Rei, USF M^o José de Jesus, USF Simão de Oliveira, USF Mutirão e USF Amélio Estrela D. Cartaxo.

Por outro lado, segundo o Sistema Único de Saúde-SUS, quando foi criado o PSF recomendou-se que cada Unidade de Saúde da Família-USF deveria atender a uma população entre 600 a 1.000 famílias. No caso do município de Cajazeiras, conforme pode ser constatado na (Tabela 05), em 7 das 14 USF existentes, verifica-se que o número de famílias cadastradas ultrapassa o número máximo definido pelo SUS. São elas: USF Vital Rolim com 76,3%; a USF José Leite Rolim com 46,1%; a USF Maria José de Jesus com 7,3%; a USF Sol Nascente com 30,8%; a USF Amélio Estrela com 18,9% e, USF João Bosco Braga com 39,4%, a USF Simão de Oliveira com 16,4%. Destas, somente esta última encontra-se localizada no Centro da cidade. Observa-se assim, que tem USF que atende quase o dobro do recomendado pelo SUS. Esse aspecto se torna relevante na medida em que pode comprometer prometer a qualidade dos serviços prestados à comunidade.

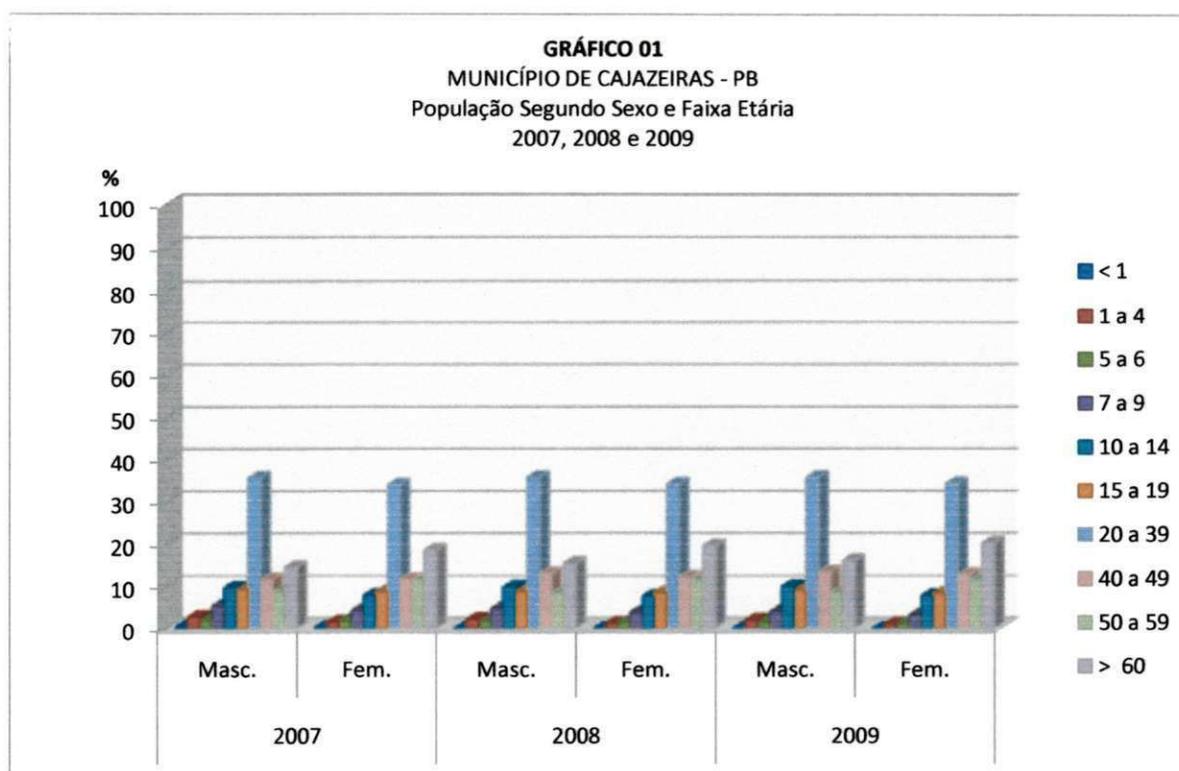
TABELA 05

MUNICÍPIO DE CAJAZEIRAS-PB
Famílias Cadastradas nas Unidades de Saúde da Família – USF
2009

Unidade de Saúde da Família	Número de Família Cadastrada
Município	15.503
Cristo Rei	959
José Jurema	890
Vital Rolim	1.763
Higino Dias Moreira (Cocos)	868
José Leite Rolim	1.461
Maria José de Jesus	1.073
Mutirão	952
São José/PAPS	922
Simão de Oliveira	1.164
Sol Nascente	1.308
Amélio Estrela Cartaxo	1.189
Divinópolis	898
Elvira Dias da Silva	662
João Bosco Braga	1.394

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde/DAB – DATASUS – 2009, pag. 1.

Outro aspecto a considerar, se refere ao efetivo masculino e feminino. Como pode ser visto no (Gráfico 01), do total da população do município, a população masculina representa 47,24% e a feminina 52,75%, ou seja, essa última é pouco mais de 5% maior. Ainda que os dados mostrem pouca diferença entre uma e outra, a pesquisa mostrou que os PSF's não têm nenhum programa específico que esteja direcionado para saúde do homem. Observa-se igualmente que a faixa etária que predomina, tanto no caso masculino como feminino, é a de 20 a 39 anos, representando 36,85% da população do município.

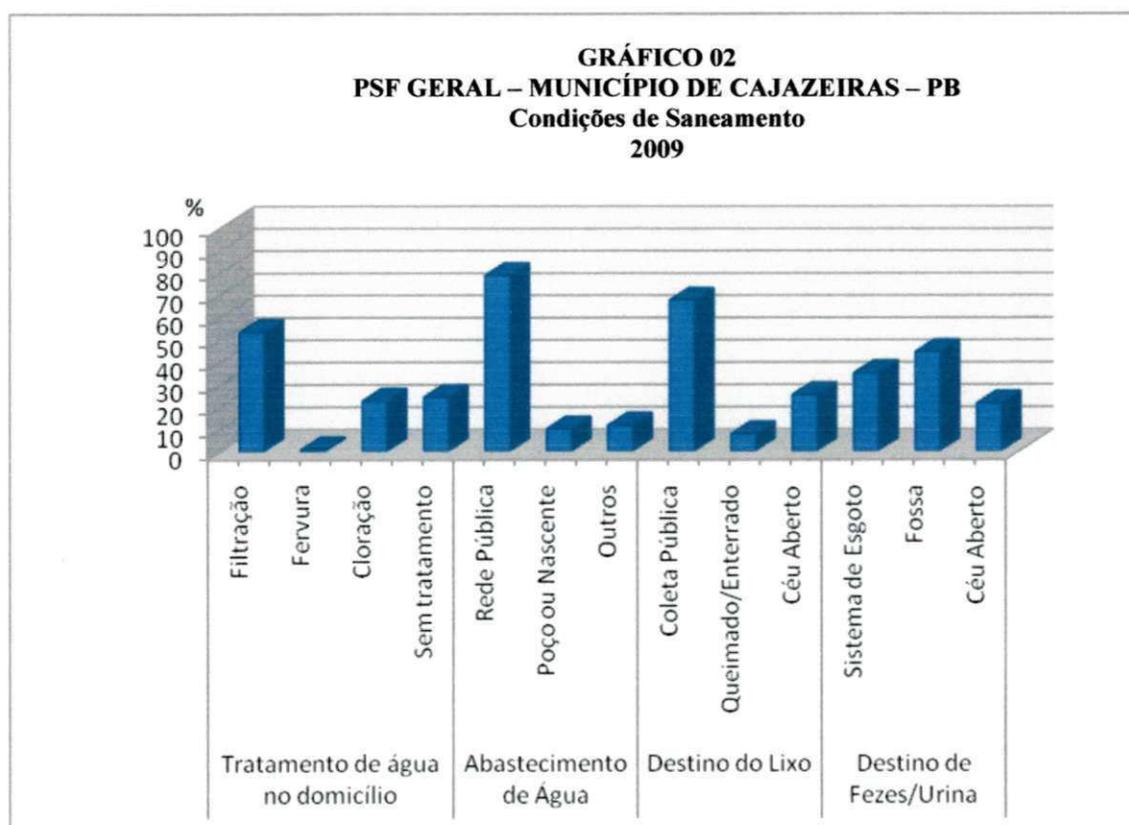


Fonte: Secretaria Municipal de Saúde/DAB – DATASUS – 2009, pag. 1.

A ausência de programas para a população masculina pode ser considerada uma falha na estrutura do programa, ou seja, na materialização das ações. Segundo Milton Santos (1996), as ações se definem, entre outros aspectos pela intencionalidade. Porém quando projetadas no meio geográfico essa ganha autonomia devido à complexidade do meio geográfico. Esse fato resulta na deformação da intenção das ações. Isso pode ser comprovado no caso da ausência de programas específicos para a população masculina e no excessivo número de famílias cadastradas em algumas das Unidades de Saúde da Família na área objeto de estudo.

O saneamento básico(ver Gráfico 02) também contribui diretamente na salubridade da população. No município, o abastecimento de água pela rede pública cobre 78,60% das residências. Os 21,39% restantes, entretanto, têm acesso a outro tipo de abastecimento de água (poço, nascente, outros). Quanto ao tratamento de água no domicílio, este é realizado através de fervura, filtração e cloração e cobre 76,02% das residências, 23,99%, entretanto, não têm acesso à água tratada. Essas condições têm favorecido o aparecimento de doenças diarreicas (diarréia, cólera e infecção intestinal), sobretudo na população menor de 01 até os 09 anos.(Ver Tabela 06).

O lixo é coletado em boa parte pela coleta pública, porém 32,60% é enterrado ou depositado a céu aberto. Os esgotos domésticos são coletados apenas em parte pelo sistema de esgoto. A maior parte, ou seja, 65,30% desses dejetos são coletados por fossas ou estão a céu aberto o que implica diretamente na salubridade da população e do meio ambiente. (Ver Gráfico 02).



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde/DAB – DATASUS – 2009, pag. 1.

TABELA 06

Doenças Diarréicas do Município Cajazeiras/PB nos anos de 2006, 2007 e 2008

Ano de Notificação	<1 ano	1-4	5-9	10 +	Total Geral
2006	378	664	200	163	1405
2007	285	615	196	108	1204
2008	187	397	155	84	823

Fonte: SIVEP/MDDA – Secretaria Municipal de Cajazeiras/PB, 2009.

Outros fatores que influenciam no quadro de agravos são o nível de instrução e as condições socioeconômicas da população. Como pode ser visto na (Tabela 07), 53,13% da população tem renda mensal familiar entre meio e dois salários mínimos e quase 8% não tem nenhum rendimento. Esse fator reflete no quadro alimentar, na higiene, na falta de informação que muitas vezes, trona-se responsável por certos agravos. As condições socioeconômicas podem influenciar no uso de bebidas alcoólicas, o que por sua vez pode tornar o usuário dependente dessa droga. Desta forma, podemos afirmar que as condições ambientais e as socioeconômicas têm relação direta com a salubridade da população local.

TABELA 07
MUNICÍPIO DE CAJAZEIRAS-PB
Classes de Rendimento Nominal Mensal Familiar
2000

Classes de Rendimento Nominal Mensal Familiar	Famílias Residentes em Domicílios Particulares (Unidades)	Famílias Residentes em Domicílios Particulares Percentual
Total	15.195	100,00
Até ¼ de Salário Mínimo	195	1,28
Mais de ¼ a ½ Salário Mínimo	544	3,65
Mais de ½ a 1 Salário Mínimo	3.164	20,83
Mais de 1 a 2 Salários Mínimos	4.159	27,37
Mais de 2 a 3 Salários Mínimos	1.751	11,52
Mais de 3 a 5 Salários Mínimos	1.839	12,11
Mais de 5 a 10 Salários Mínimos	1.307	8,60
Mais de 10 a 15 Salários Mínimos	517	3,40
Mais de 15 a 20 Salários Mínimos	200	1,32
Mais de 20 a 30 Salários Mínimos	153	1,01
Mais de 30 Salários Mínimos	169	1,11
Sem Rendimento	1.185	7,80

Fonte: IBGE – Censo Demográfico 2000

Associado ao baixo poder aquisitivo, o nível de instrução também é outro agravante no que se refere à saúde da população. Um baixo nível de instrução dificulta o entendimento da realidade como a própria existência estando diretamente relacionado com o poder aquisitivo e,

conseqüentemente, a salubridade. A (Tabela 08) relaciona o nível de instrução por grau e grupo de idade. Como pode ser visto, na faixa etária de 15 anos ou mais, 57,90% tem apenas o primeiro grau e, 30,72%, o ensino médio. Esse dois dados são importantes para mostrar o problema do baixo nível de instrução da população cajazeirense.

TABELA08

MUNICÍPIO DE CAJAZEIRAS - PB
Nível de Instrução por Grau e Grupo de Idade
1996

Grau	4 a 6 anos	7 a 14 anos	15 anos ou mais	Idade Ignorada	Total
Pré Escola	1.524	882	0	6	2.412
Alfabetização de Adultos	0	5	43	0	48
Primeiro Grau	240	7.380	2.597	21	10.238
Segundo Grau	0	36	1.378	4	1.418
Pré Vestibular	0	0	44	1	45
Superior	0	0	381	2	383
Mestrado ou Doutorado	0	0	5	0	5
Sem Declaração	20	78	37	0	135
Total Geral	1.784	8.381	4.485	34	14.684

Fonte: IBGE – Censo Demográfico.

No que se refere aos principais agravos que acometem a população de Cajazeiras registrados pelo PSF, (Tabela 09), estão: o *Alcoolismo, Doença de Chagas, Deficiência, Diabetes, Distúrbio Mental, Epilepsia, Hipertensão Arterial, Hanseníase, Malária e Tuberculose*. O PSF, além do controle, desenvolve programas de todos esses agravos, por isso os índices não são significativos. Isso nos mostra que o PSF apresenta um bom atendimento e controle.

TABELA 09

MUNICÍPIO DE CAJAZEIRAS – CONSOLIDADO DO MUNICÍPIO
Principais Agravos Registrados pelo SIAB
2007/2008/2009

Agravos	Anos	2007		2008		2009	
		0 a 14 anos	15 anos e mais	0 a 14 anos	15 anos e mais	0 a 14 anos	15 anos e mais
Alcoolismo		0	127	0	194	0	199
Chagas		0	9	0	12	0	11
Deficiência		25	560	30	748	23	763
Diabetes		0	457	0	556	0	564
Distúrbio Mental		0	0	0	0	0	0
Epilepsia		11	110	11	156	9	156
Hipertensão Arterial		0	1601	0	2065	0	2118
Hanseníase		1	43	1	58	2	58
Malária		0	0	0	0	0	0
Tuberculose		1	27	0	54	0	55

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde/DAB – DATASUS – 2009, pag. 1.

No caso do *Alcoolismo*, esse tem suas causas pautadas em fatores genéticos, psicossociais e ambientais. O município apresenta um número reduzido desse agravo. Isso deve-se, em parte, ao controle realizado pela Equipe de Saúde da Família-ESF, através de orientações e tratamento psicológico. A *Doença de Chagas* conforme Lacaz(1972) é de origem parasitária transmitida por um inseto que é comum na América do Sul. Essa doença acarreta outras complicações como as doenças cardíacas. Suas causas estão relacionadas à habitação (Taipa). Porém não apresenta números significativos graças ao controle feito pelo PSF.

No caso de *Deficiência*, que é uma doença que apresenta disfunção ou interrupção dos movimentos, há diversas causas. Destacamos aquelas relacionadas à realidade regional sobretudo no que se refere à desnutrição materna e subnutrição. Já o *Diabetes*, por ser uma doença relacionada a um distúrbio metabólico, caracteriza-se pela ineficiência parcial ou total de insulina. Dentre as suas causas está a alimentar, que é um fator relacionado à nossa realidade, ou seja, os maus hábitos alimentares da população local influenciam diretamente nesse distúrbio. O PSF também trabalha no sentido de controlar esse mal.

A *Epilepsia* é um distúrbio crônico caracterizado por uma disfunção cerebral paroxística devido a um descarga neuronal excessiva. Suas causas são variadas e a que mais se relaciona com nossa realidade, está relacionada a distúrbios metabólicos. Observa-se que houve um pequeno aumento nos últimos três anos, que pode estar relacionado ao fator citado

anteriormente. No caso da *Hipertensão Arterial*, as causas desse agravo podem ser estresse, obesidade, sedentarismo, alcoolismo entre outros. Ainda que os casos sejam consideráveis, existe um controle pelo PSF local.

A *Tuberculose* conforme Lacaz(Op. Cit.) é causada por uma bactéria chamada “*bacilo de koch*”. Esse agravo tem suas causas relacionadas à questão do desenvolvimento econômico, apresentando-se em maior número nos países subdesenvolvidos como o Brasil. Dentre essas questões estão a insuficiência alimentar, baixa renda e baixo nível de vida, fatores esses identificados na realidade local. Porém, devido o controle realizado pelo PSF os índices são baixos no município. Segundo Lacaz(Op. Cit.), no caso da *Hanseníase*, é um agravo ligado a fatores climáticos e sociais. Mais uma vez a realidade local, tanto no que se refere ao clima (quente e seco) como às condições sociais, maximizam o desenvolvimento desse agravo. Aí também o PSF realiza um controle rígido para que esse agravo permaneça com baixos índices. É o que os dados nos mostram nos últimos três anos.

principalmente os ligados ao quadro de profissionais. Devido à inexistência de profissionais com determinadas especialidades, entre elas, os neurologistas, cirurgiões pediátricos, cirurgiões buco-maxilo facial, nefrologistas, esses profissionais têm grande importância para que o município apresente uma oferta de saúde com qualidade e adequada.

O Sistema Único de Saúde – SUS considera como princípios para a promoção de saúde à **Integralidade, Universalidade e a Igualdade**, dentre esse Princípios todos são atendidos. Porém, a prestação em si dos serviços de saúde é que deixam a desejar, já que os órgãos que a realiza apresentam deficiência no desenvolvimento dos serviços e na sua estrutura. Sendo assim, a saúde da população fica comprometida, já que o serviço de saúde não atinge sua maximização.

O Hospital Regional de Cajazeiras apresenta estrutura básica de atendimento e atende apenas os casos mais simples. Por não contar com algumas especialidades de profissionais que são de extrema importância. Isso é um grande problema para a promoção de saúde que não pode contar com infraestrutura adequada para solucionar os anseios da população. A maternidade também apresenta problemas na sua estrutura, pois não possui uma UTI neonatal. Não consegue ofertar um serviço de saúde de boa qualidade, prejudicando a população que necessita desses serviços.

O Hospital Infantil, como os outros órgãos de saúde também apresentam problemas com quadro de funcionários e sua infraestrutura o que influenciam diretamente na salubridade da população. As Unidades de Saúde da Família – USF, por ser o primeiro contato do paciente com o médico e por estar mais próximo da população local, tem sua importância maximizada no setor saúde. As USF oferecem uma oferta de saúde para toda a população local, paralelamente desenvolvem programas de saúde direcionados para alguns grupos como criança (Saúde da Criança), mulher (Saúde da Mulher) e idosos (Saúde do Idoso). Porém, a parcela masculina não é contemplada com esses programas.

A Cidade de Campina Grande - PB, que fica a 380 km de distância de Cajazeiras é a única que pode oferecer uma boa qualidade na oferta de saúde pública. Por isso, o fato de Cajazeiras ser o pólo de saúde mais próximo da região a ofertar um serviço de saúde mínimo, atrai uma maior demanda populacional, ocasionando uma insuficiência na oferta de saúde pública.

O nível de renda da população é baixo, o que é um fator agravante, pois grande parte da população não pode pagar por um serviço de saúde privado. Esse fator por si só consegue explicar a importância de se ter uma saúde pública hábil bem como a aplicação e políticas

públicas, melhoria nas implementações de saneamento básico, melhoria estrutural do setor de saúde, podendo assim proporcionar uma melhor qualidade de vida para a população.

REFERÊNCIAS

BARUZZI, Roberto G; LACAZ, Carlos da Silva; SIQUEIRA JR., Waldomiro. **Introdução à Geografia Médica do Brasil**. São Paulo: Editora Universitária, 1972.

BOUSQUAT, Aylene; COHN, Amélia. A dimensão espacial nos estudos sobre saúde: uma trajetória histórica. **História, Ciências, Saúde**, Rio de Janeiro, vol. 11, nº. 3, p.549-568, setembro-dezembro, 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010459702004000300002&lng=pt&nrm=isso. Acesso em: 21 set. de 2009.

BRASIL. Constituição (1988). Lex: Legislação Federal. Brasília: Gráfica do Senado Federal, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Casos de Doenças Diarréica Aguda por Semana Epidemiológica segundo faixa etária, plano de tratamento**, Cajazeiras/PB, 2008. Disponível em: http://portalweb04.saude.gov.br/sivep_dda/rel_faixa.asp?tx_estado=PB&cd_estado=15&tx_municipio=CAJAZEIRAS&cd_municipio=26... Acesso em 02 de out. de 2009.

_____. Ministério da Educação. Fundação Movimento Brasileiro de Alfabetização - Paraíba. **Livro do Município de Cajazeiras**. João Pessoa, 1984.

CASTRO, Iná Elias de. **Geografia e Política: território, escalas de ação e instituições**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2005.

COSTA, Nilson do Rosário. A questão Sanitária e a cidade. **Espaço e Debates**. nº. 22, 1987.

CZERESNIA, Dina; RIBEIRO, Adriana Maria. O conceito de espaço em epidemiologia: uma interpretação histórica e epistemológica. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol.16, nº. 3, p. 595-617, julho-setembro, 2000. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2000000300002&lng=pt&nrm=isso. Acesso em 21 de set. de 2009.

GOMES, C. C. P. da. A Condição Urbana. **Ensaios de Geopolítica da Cidade**. 2ª ed. – Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2006.

GUIMARÃES, Raul Borges. Regiões de saúde e escalas geográficas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n.º. 4, agosto 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2005000400004&lng=pt&nm=isso. Acesso em: 21 set. de 2009.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística- IBGE
<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>. Acesso em 21 set. de 2009.

JEKEL, James F.; KATZ, David L.; ELMORE, Joann G. **Epidemiologia, Bioestatística e Medicina Preventiva**. Tradução Jair Ferreira. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.

LAKATOS, M. A. & MARCONI, A. M. **Fundamentos de Metodologia Científica**. 3ª ed. Revista e Ampliada, São Paulo: Atlas, 1991.

LIMA, Virgília L. C. de. A esquistossomose urbana e a heterogeneidade social e epidemiológica da população do município de Campinas, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, mar. 1995. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X1995000100011&lng=pt&nr=m=isso>. Acesso em: 21 set. 2009.

MINAYO, M.C.S.(Org) et.al. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 19 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.

MORAES, Alexandre de. **Direito Constitucional**. 17 ed. São Paulo: Atlas, 2005.

ORTEGA Valcárcel, J. De la Geografía Humana a las Geografías Humanas. In: **Los Horizontes de la Geografía. Teoría de la Geografía**. Barcelona: Ariel Geografía, 2000.

OHARA, C. C. E & SAITO, S. X. R. de.(Orgs) **Saúde da Família: Considerações Teóricas e Aplicabilidade**. São Paulo: Martinari, 2008.

PAIM, J. S. Modelos de Atenção e Vigilância da Saúde. In: ROUQUAYROL, Maria Zélia. **Epidemiologia & Saúde**. 6 ed. Rio de Janeiro: Medsi Editora Médica e Científica Ltda., 2003.

PINHEIRO, Rejane Sobrinho; ESCOSTEGUY, Claudia Caminha. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, In: MEDRONHO, Roberto A. (editor). **Epidemiologia**. São Paulo: Atheneu, 2005.

SANTOS, Milton. **Por uma Geografia Nova**. 3 ed. São Paulo: Hucitec , 1986.

_____. Milton. **A Natureza do Espaço**: espaço e tempo; razão e emoção. 3 ed. São Paulo: Hucitec, 1999.

SOUZA, Antônio José de. **Cajazeiras**: Nas Crônicas de um Mestre Escola. João Pessoa: Editora Universitária/UFPB, 1981.

UNGLERT, Carmen Vieira de Sousa; ROSENBERG, Cornélio Pedroso; JUNQUEIRA, Claudette Barriguela. Acesso aos serviços de saúde: uma abordagem de geografia em saúde pública. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 21, n. 5, out. 1987. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101987000500009&lng=pt&nrm=isso. Acesso em 21 set. 2009.