

ASPECTOS LOCACIONAIS URBANOS DE UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE PARA ATENDIMENTO Á SAÚDE DA FAMÍLIA

Abdalla, Gustavo (1); Jesus, Petrônio B. R. de (2); Martins, Terezinha Barra M. (3)

(1) Prof., Arquiteto, Fac. de Engenharia / Universidade Federal de Juiz de Fora - UFJF

(2) Prof., Enfermeiro, Fac. de Enfermagem / Universidade Federal de Juiz de Fora – UFJF

(3) Socióloga, Sup. de Epidemiologia da Sec. Municipal de Saúde / Pref. de J. de Fora

RESUMO

Tendo como estudo de caso a cidade de Juiz de Fora, tratamos da metodologia de territorialização para estabelecer as áreas de abrangência e influência para as equipes de saúde do Programa de Saúde da Família. Tal metodologia está calcada na divisão territorial dos distritos sanitários, que por sua vez estão baseados em áreas censitárias, mapa de fome, áreas de risco, saneamento básico das regiões e morfologia urbana da cidade. Por fim, constatamos que há uma imbricada correlação entre a territorialização para a saúde no município e a reforma administrativa da cidade no que se refere as definições de áreas limites das regiões urbanas.

1. INTRODUÇÃO

O artigo trata, por um lado, da metodologia que leva a formação de áreas de abrangência e influência em distritos sanitários para o trabalho das equipes de saúde do Programa de Saúde da Família (PSF) e, com isto, salienta a importância da percepção da cidade e da formação das regiões urbanas para a aplicabilidade em programas da área de saúde dos municípios. Por outro lado, na cidade de Juiz de Fora, no estudo de caso, buscamos mostrar que, no sentido inverso, a territorialização da saúde vem influenciando fundamentalmente a reestruturação das suas regiões urbanas. Desta forma, relações positivas ou não, existem entre planejamento territorial da saúde e planejamento urbano.

Partimos da premissa de que, em função da introdução do Sistema Único de Saúde (SUS) no início da década de noventa, há uma nova orientação do enfoque dos modelos de saúde assistenciais vigentes no Brasil. As mudanças ocorrem porque há uma luta da sociedade em reverter o quadro que durante as décadas anteriores, principalmente de sessenta, setenta e oitenta, não permitia um atendimento integral à saúde. Salientamos que este é um processo evolutivo que se inicia no começo do século no Brasil com a percepção de que a urbanização crescente da sociedade demanda controles sobre a questão epidemiológica das comunidades, quer seja pelo saneamento urbano, pelo controle da higienização das construções, ou pelo controle das doenças coletivas em si. Porém também é fato que os modelos sanitários comuns àqueles períodos iniciais eram de caráter temporário, limitados, centralizados em administrações públicas únicas e verticais, tornando-se modelos individuais e fragmentados (Paim, 1999-A). Durante as três décadas anteriores até a constituição de 1988, praticamente, também não existia um processo de Municipalização da saúde e o atendimento prioritário era o da assistência médico-hospitalar, conhecido por Saúde-Doença ou, modelo médico-assistencial privatista, isto é, para o curativo-doença, tendo como porta de entrada no sistema os hospitais, que se tornavam equipamentos urbanos de importância crucial e únicos para o planejamento do sistema como um todo.

Nota-se, com isso, que está na âmago da evolução desse processo a reorientação do sistema para deixar de ser de caráter centralizador, vertical e limitado. Contudo, é impressionativo que ainda vivenciamos uma coexistência do modelo médico-assistencial privatista com o modelo proposto pelo SUS, isto é, um modelo que tem como princípios a equidade, a integralidade e a universalidade do sistema de saúde e seu atendimento, ao qual é nomeado modelo de Vigilância à Saúde.

Passamos então, desde a nova constituição, a introduzir gradualmente modelos assistenciais alternativos com novos paradigmas assistenciais, calcados no SUS e, nele, o PSF é uma das metas chave. Tal qual é gradual a introdução de novos modelos, também está sendo gradual a Municipalização da saúde em cada estado da Federação. Esses modelos alternativos e a Municipalização visam atender eficientemente e democraticamente os três princípios e diretrizes do sistema (equidade, integralidade e universalidade da atenção à saúde) e espera-se, com isto, um grande impacto sobre os problemas de saúde coletiva, contradizendo as ações do modelo até então vigente que visa atender a demanda individual. Notando que utilizamos o termo no presente, porque convivemos com as duas perspectivas (a anterior e após-1988). Por se tratar de um processo, também como premissa de trabalho, ainda não obtivemos todos os resultados esperados das transformações propostas pela implementação do SUS no Brasil, nem mesmo podemos afirmar que sua implantação é irreversível, dado que há uma luta social a ser enfrentada caso a caso na introdução dos novos modelos assistenciais. Isto especificamente quer dizer que ainda não conseguimos realmente efetivar o novo modelo para todo o sistema de saúde brasileiro. A título de exemplo até 1997, Niterói, um dos mais bem sucedidos casos de PSF em nosso país tinha alcançado apenas quarenta e dois mil habitantes (Ferreira e Vaz, 2000). Em Juiz de Fora, que possue hoje em dia mais de quarenta e cinco equipes de saúde, pode-se estimar um alcance de aproximadamente 25% da população. Se observarmos a resolutividade das equipes do PSF na cidade, esses números reduzirão ainda mais.

Dado que os novos modelos buscam a integralidade e que este termo está diretamente relacionado com a questão do território, há que se entender o que isso significa. Integralidade, então, é “o conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” (Lei 8080 de 1990, Legislação do SUS). Implicando a tríade indissociável de saúde universal, com equidade e integralidade para todos os cidadãos da nação. Com isso em processo, há uma busca da participação da comunidade, que é conceituada de forma regionalizada e hierarquizada para a implementação do sistema. A regionalização implica numa visão político-institucional que gera uma concepção topográfico-burocrática (Paim, 1999-B), ou seja, na delimitação dos espaços de intervenção que, em geral reproduzem a regionalização administrativa das estruturas da saúde. Contudo, esse enfoque político-administrativo não implica numa atomização gratuita do processo de regionalização, pois, pode ser visto como cenário essencial para a concretização das mudanças propostas (Unglert, 1999). Essa regionalização também busca a participação da comunidade, o acesso universal e o aspecto igualitário das ações e serviços de saúde. Por hierarquização, entendemos a busca de um sistema equitativo, ou seja, o reconhecimento das desigualdades existentes e atuações específicas em cada região. Isso implica em cada território-população o estabelecimento de critérios que o tornem projetos estruturantes-locais da saúde para serem atendidos pelo SUS. Esse caráter do lugar é assim no nosso entendimento um elemento chave para a política de saúde municipalizada. Reforça nosso entendimento a análise que fazem sobre o território para o PSF Wagner e Pinto ao escreverem:

“Ao se discutir saúde é necessário contextualizá-la no espaço em que o processo-doença acontece. Mais que em outras especialidades da saúde é no programa de saúde da família (PSF) que os conceitos de território se tornam chaves. Nos seus básicos, o PSF tem quatro princípios: o Profissional é hábil, O Profissional de Saúde da Família é Fonte de recursos para uma População Definida, A Saúde da Família é uma Disciplina Baseada na Comunidade e a Relação Equipe/Paciente é Central. Ora, o segundo e terceiro princípios se referem ao território.” (Wagner e Pinto, s.d.)

Dessa maneira, por hipótese de trabalho, os aspectos da morfologia urbana passam a ser relevantes para a contextualização do território-saúde. Desde que entendendo amplamente o conceito de morfologia urbana, o que quer dizer, um conjunto de fatores não exclusivamente físico que dão arcabouço para o entendimento da estrutura ambiental de um território urbano. Neste sentido, utilizando a metodologia de análise da morfologia urbana de Morris (Morris, 1994) que, introduz para o estudo da forma urbana algumas determinantes humanas que estão além do contexto físico, como, por exemplo aspectos da economia do lugar, da política, da religião, da defesa, do planejamento, da mobilidade pessoal e da sociedade, da legislação, aspectos étnicos etc.

2. HISTÓRICO E POLÍTICA DE SAÚDE NA CIDADE

Juiz de Fora é uma cidade de porte-médio da Zona da Mata mineira com aproximadamente 450.000 habitantes. A cidade se localiza num hipotético centro do triângulo formado pelas metrópoles Rio de Janeiro (160 Km) – Belo Horizonte (300 km) – São Paulo (550 km) e tem como paisagem natural o Vale do Rio Paraíbuna e as cadeias montanhosas da Serra da Mantiqueira. Entretanto o espaço urbano se diferencia bastante da natureza que o rodeia, isto é, há uma densidade urbana considerável na área central e alguns tradicionais eixos de expansão urbanas, ou seja, o vale do rio e as rodovias que ligam a cidade a outros municípios. Neste contexto urbano é possível encontrar áreas periféricas, de riscos e de condições sub-normais de habitação. Os indicadores de educação são positivos e é uma das cidades brasileiras de maior relação entre profissionais de nível superior por habitante (224/10.000), onde praticamente toda a população infanto juvenil está matriculada em escolas. Os indicadores de saúde apresentam a proporção de 1 médico para 410 habitantes; 8,7 leitos para 1000 habitantes e expectativa de vida de 67 anos.

O SUS vem gradualmente sendo implantado na cidade de Juiz de Fora desde o final da década de oitenta e começo dos anos noventa. Primeiramente, alguns ajustes entre os planos governamentais foram necessários, o que significou entre outras coisas, várias transferências de espaços físicos, de recursos humanos e, fundamentalmente, uma mudança da cultura vigente dentro das organizações locais de saúde. A lógica de funcionamento, por lei que criou o SUS, implica na participação da população através de representações que configurarão o Conselho Municipal de Saúde. Assim, a primeira Conferência Municipal de Saúde, ocorrida em setembro de 1991, teve como tema a “Municipalização é o caminho”. Ela foi organizada pelos técnicos da Secretaria Municipal de Saúde de Juiz de Fora, onde, nesse momento, é proposta a criação do Conselho Municipal de Saúde, visando enquadramento no que diz a legislação sobre a municipalização da saúde, isto é para atender ao preceito legal da representatividade municipal. Tal conselho é organizado dentro dos seguintes princípios: “*terá caráter democrático, com cinqüenta por cento (50%) de seus integrantes sendo representantes dos usuários e sindicatos*” (JUIZ DE FORA, 1991:1). Salientamos, mais uma vez, que o CMS é uma ação básica para a municipalização da saúde e que sem ele legalmente constituído não se pode iniciar o processo. Em maio de 1992, o Conselho Municipal de Saúde foi criado através da lei municipal número 8076. Ainda, a nível municipal foram criados duas instâncias intermediárias de conselhos, que são os Conselhos Regionais de Saúde e Conselhos Locais de Saúde, que são relacionados a implementação de Unidades Básicas de Saúde (UBS) e de PSF nos territórios urbanos.

Logo após a Primeira Conferência Municipal de Saúde, ocorreu em novembro do mesmo ano o convênio entre os governos local e estadual que trata da descentralização administrativa da saúde, marcando assim efetivamente o início da municipalização da saúde na cidade. A partir de então, o município aceitou receber a responsabilidade de administrações da saúde, em todos os três graus de complexidade, isto é, ocorrências de baixo, médio e alto risco. Efetivamente isto representou que a Secretaria Municipal de Saúde passa a assumir a responsabilidade pela elaboração da política de saúde pública no município. Assim, a municipalização em Juiz de Fora parte em sua estratégia para a concretização dos princípios constitucionais expostos na política do SUS.

De 1992 a 1994, o município centrou suas ações na *capacitação geral dos servidores do SUS/JF para compreensão do modelo assistencial proposto e das mudanças no processo de trabalho necessários para sua implantação* (JUIZ DE FORA, 1997, 41).

Em março de 1995, ocorreu a Segunda Conferência Municipal de Saúde que teve como tema: “Os Desafios da Gestão Semi-Plena”. Entre as diversas deliberações dessa conferência, nós destacamos as três seguintes por estarem diretamente relacionadas à necessidade de estabelecimento de uma base territorial para efetivar as ações de saúde :

“Os serviços de saúde deverão primar pela atenção integral, contínua e permanente ao cidadão. Privilegiar a atenção à família e comunidade.

Agilizar o processo de discussão com as equipes das Unidades de Saúde, objetivando o atendimento planejado, por parte dos serviços de saúde, tendo como parâmetros a territorialização (grifo nosso), dados epidemiológicos, com vistas à prevenção e a implementação de ações imediatas pelos serviços de saúde, que contribuam para a mudança de modelo, com respaldo da Secretaria Municipal de Saúde.

Criar Conselhos de Saúde nos níveis de atenção secundários e terciários.” (Ata do CMS, 1995)

Assim, em agosto de 1995, começa-se a implantar o PSF nas unidades básicas existentes na cidade e cuja característica principal é a estratégia que possibilita a integração e a promoção das atividades assistenciais com o objetivo propiciar o enfrentamento e a resolução dos problemas identificados na comunidade. Com isso tornou-se inevitável utilizar a base territorial por ser um passo básico para a caracterização da população e de seus problemas de saúde, e ter influência no modo de viver das pessoas, bem como ter noção das possibilidades de acessibilidade, saneamento e conhecimento dos riscos de vida e outros dos locais em que vivem. Olhar a cidade passou a ser parte integrante da implementação do PSF em Juiz de Fora.

Em novembro de 1997 a Secretaria Municipal de Saúde publica o terceiro Plano Municipal de Saúde, enfatizando o modelo de assistência a saúde baseado no planejamento da intervenção da vigilância a saúde, isto é, na necessidade de organizar práticas de promoção à saúde, através da identificação de problemas de saúde, em todo o território, dado que este afeta as condições de vida e saúde das populações. Em 1998 e 1999, o Conselho Municipal de Saúde discutiu e fez deliberações acerca das questões de saúde, dentre as quais salientamos as seguintes: *“criação dos Conselhos Locais de Saúde; comissão de Normatização de Código de Ética; apresentação e assinatura do Decreto Municipal de n.º 6.537 que trata da autonomia financeira da Secretaria Municipal de Saúde (JUIZ DE FORA, 1998/1999).”* (Ata do CMS, 1999)

Neste contexto, as necessidades das unidades de saúde para o PSF está a cargo dos Conselhos de Saúde, pois eles podem e devem ser, na prática, de acordo com seu papel e competência, legalmente definidos, um fórum permanente, de caráter deliberativo, que tem dentre outras funções a de formular estratégias, controlar e fiscalizar a política de saúde, inclusive econômica e financeiramente dos municípios, afetando diretamente no planejamento urbano das cidades e na territorialização da cidade.

Em fevereiro de 2000, com o tema central “Efetivando o Controle Social”, realizou-se a III Conferência Municipal de Saúde que teve suas discussões girando em torno das seguintes questões: Modelo Assistencial, Saúde Bucal, Vigilância a Saúde, Controle Social e, Gestão e Saúde. A conferência ficou responsável por dar as diretrizes para a política de saúde no município para os próximos 4 anos.

3. METODOLOGIA DA TERRITORIALIZAÇÃO EM JUIZ DE FORA

Juiz de Fora conta com 40 unidades básicas de saúde (UBS) urbanas, que possuem PSF em 25 delas, e 15 unidades de saúde (US) rurais, sendo que a única equipe de PSF rural trabalha numa unidade de saúde volante (USV). No total, a cidade tem 56 equipes de saúde da família, atendendo a aproximadamente 40% da população em suas áreas de abrangências. Tal estrutura iniciou-se com a metodologia da consultora da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), Profa. Dr. Carmem Vieira de Souza Unglert, a partir de uma oficina de trabalho, que considerou fundamental em 1994 a definição de uma base territorial como primeiro passo para a reorganização dos serviços locais de saúde, visando atender as formulações do Plano Municipal de Saúde, que pretendia que a rede de

serviços funcionasse de maneira regionalizada, hierarquizada e integrada com gerenciamento local, inclusive autonomia financeira. Contudo, há que se salientar que, tal qual Barra (2000) descreve: “Anterior a esse processo das Oficinas de Territorialização, o município já havia feito uma territorialização com a metodologia da Estimativa Rápida – 1992.” Ainda, antes disso, em 1989, ocorreu a formulação geográfica dos Distritos Sanitários da Cidade que serviram de base preliminar para a formação dos primeiros territórios para as equipes de saúde do PSF local. Ainda mais, estes distritos sanitários contribuiram para a constituição de Conselhos Locais de Saúde, que ocorreram em função da VIII Conferência Nacional de Saúde e da Formulação da nova Constituição de 1988.

A metodologia da OPAS proposta em sí, inicia-se pela compreensão de território, isto é, estamos entendendo nesse processo, por meio de outras literaturas, que território é o ambiente onde vivem as pessoas que receberão as ações de saúde, contudo, distanciado da delimitação física exclusivamente geográfica, na medida em que são espaços onde se construirão permanentemente relações intra e extrafamiliares, incluindo aspectos culturais, credos, posturas e modos de vida e a melhoria das condições de vida das comunidades. Também ocorrerão nesses territórios relações de movimentação das comunidades e dos cidadãos, ou seja, fluxos de movimentação. Assim a compreensão desse tipo de território permite que as equipes do PSF criem um olhar sobre a comunidade e entendam porque as pessoas adoecem, como elas se recuperam e como podem ser fortalecidas através do seu próprio meio ambiente e modo de vida. Observa-se que o território por esta compreensão está sempre em construção e não deve ser formulado por procedimentos rígidos.

Em Juiz de Fora a SMS considera “território como um processo, que é dinâmico e está sempre em construção, respeitando o acesso e o direito de ir e vir do cidadão, os territórios estão sendo sempre reavaliados pelo equipe e Conselho em consonância com o nível central da Secretaria Municipal de Saúde de Juiz de Fora” (Barra, 2000)

Praticamente, o primeiro passo para a territorialização em Juiz de Fora é formado por meio de quatro dados: (i) do conhecimento do mapa da fome da cidade, (ii) estudo sobre a distribuição territorial da mortalidade infantil, (iii) incidência de baixo peso ao nascer no município e (iv) mapa da área de risco para disseminação do cólera. Assim, foi definido a localização das regiões urbanas onde se aglomeraram de forma acentuada os grupos populacionais mais expostos ao risco de adoecer e morrer. Após este entendimento do território urbano, buscou-se selecionar algumas locais específicos para as primeiras ações da oficina para a definição da formação de áreas de abrangência e influência das unidades de saúde na cidade. Esses locais serviram de base para o treinamento da equipe e reprodução da metodologia nos demais locais que estão configurando cada vez mais a divisão territorial da saúde em Juiz de Fora até hoje em dia. Por área de abrangência, segundo UNGLERT (op.cit.) entende-se “a área de responsabilidade de uma unidade de saúde. Baseia-se em critérios de acessibilidade geográfica e de fluxo da população. Deve ser constituída a partir de setores censitários.” Por área de influência, entendemos que seja a região da qual não há uma unidade de saúde como referência, então, sua população deve recorrer ao local mais acessível para o atendimento da necessidades. A primeira área de abrangência de unidade de saúde em Juiz de Fora foi no bairro Ipiranga, após a pré-seleção entre seis bairros. Isso ocorreu em 1994 exclusivamente para a realização da oficina de trabalho como um projeto-piloto, o que não correspondeu a primeira área efetivamente implantada.

As atividades especificadas para a metodologia da territorialização em Juiz de Fora são, no que trata de levantamento territorial, as seguintes:

- (i) análises dos setores censitários da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), visando a delimitação populacional a ser atendida em consonância com as normas do Ministério da Saúde para o PSF (entre dois e quatro mil e quinhentos cidadãos);
- (ii) avaliação das barreiras geográficas locacionais, buscando encontrar os limites regionais de acessibilidade à unidade de saúde;
- (iii) mapeamento de recursos sociais, levantando-o junto à comunidade, através de visitas “in loco” e fichamento de uso e ocupação dos imóveis;

- (iv) reconhecimento local de áreas de risco epidemiológico, de saneamento básico, de saneamento ambiental e de falta de infra estrutura urbanística (calçamento, terrenos baldios, habitações sub-mormais, etc.).

Contudo, o levantamento dos dados acima citados são apenas parte do processo, pois há previamente a necessidade, segundo a legislação municipal de 1991, de se criar o Conselho Local de Saúde (CLS) a cada nova implementação de uma Unidade Básica de Saúde (UBS). Mais especificamente, temos observado que a territorialização só ocorre quando vai se implantar o PSF na UBS. Para a formação de um conselho local de saúde, a lei estabelece que os critério e diretrizes gerais serão de competência do CMS. Na prática, o processo ocorre através da secretaria do CMS que em conjunto com o pessoal especializado da SMS, convocam agentes representativos das localidades (presidente de associações, pastoral da terra, vicentinos etc.) e com eles fazem uma reunião preparatória com a comunidade, onde explicam o que vem a ser o conselho local, suas atribuições, deveres, direitos, e tiram nomes para a composição do mesmo. Registram em ata e encaminham ao CMS a criação do CLS. No entanto, salientamos que os CLS não necessariamente são atrelados à territorialização, nem a existência de unidades de saúde.

Assim, como resultado do trabalho desenvolvido desde de 1994, observa-se a figura 1 que mostra a seqüência de mapas desde a delimitação de regiões urbanas, desenvolvido em conjunto pela SMS e pelo Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano de Juiz de Fora (IPPLAN-JF), até a delimitação física, exclusivamente realizada por técnicos da SMS, e aqui a título de exemplo, de uma das cinqüentas e seis áreas de abrangência da equipe de saúde do PSF. Além da seqüência exposta, há ainda a delimitação das micro-áreas de atuação de agentes comunitários de saúde, observando-se sempre os mesmos parâmetros acima estabelecidos além do conhecimento do agente sobre o lugar (pessoas e problemas da comunidade, problemas urbanos, etc.).

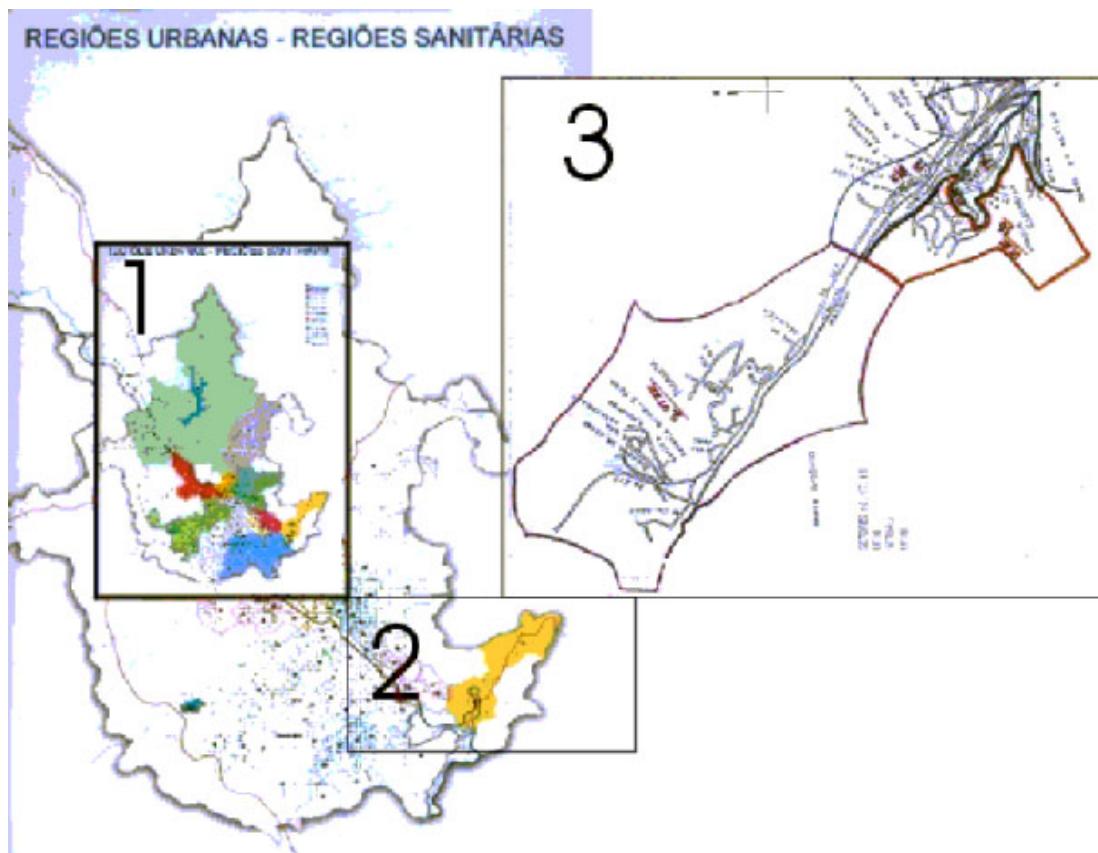


Figura 1 – (1) divisão territorial das regiões sanitárias em Juiz de Fora; (2) Região Sanitária 1 –RS1 (3) Área de abrangência das equipes de saúde para o PSF na RS1

Ainda o referencial da população alvo é mapeado por dados dos sistemas de informação em saúde, que são entendidos como um conjunto de componenentes que atuam integrada e articuladamente e que têm como propósito obter e selecionar dados e transformá-los em informações para o cumprimento das finalidades institucionais e técnico operacionais de todas as unidades de saúde (Mota e Carvalho, 1999). Essas informações são diferentes variáveis consideradas elementos estratégicos para planejamento, acompanhamento e avaliação da situação de saúde de determinado território e servem para subsidiar a tomada de decisões e a implementação de ações de saúde. Para o PSF são necessários registrar e encaminhar regularmente à Secretaria Estadual de Saúde e ao Ministério da Saúde o Sistema de Informação de Mortalidade (SIM); Sistema de Informações Sobre Nascidos Vivos (SINASC) e Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Todos eles atualmente baseados na divisão das Regiões Urbanas de Juiz de Fora, dado serem levantados pelas Regiões Censitárias.

4. ANÁLISES FINAIS E RECOMENDAÇÕES

Considerando que a informação é essencial à tomada de decisão e que a territorialização em Juiz de Fora desenvolvida pela comunidade (CLS, CRS, CMS) em conjunto com a organização estabelecida pela SMS para a reorientação do modelo de saúde SUS tem alcançado resultados relevantes para a redefinição territorial da cidade como um todo. Entendemos que esse processo desenvolvido para a reorientação da saúde vem expondo a diferenças de delimitações territoriais, análise e avaliação das regiões urbanas e rural. Com isso vem também mostrando a necessidade de reorganização regional da cidade para ocorra uma unificação entre a coleta da informação técnica e a compreensão de território pela população. Mais tecnicamente abordando, os sistemas de informação em saúde da cidade vêm utilizando como área de coleta de dados as regiões censitárias, que são baseadas nas regiões urbanas, que, contudo, não correspondem ao território estabelecido para as áreas de abrangência das equipes de saúde, as quais em última análise demandam conhecimento desses dados populacionais, mostrando uma incoerência entre a morfologia da cidade oficial e da cidade territorializada pela população em conjunto com a SMS. Assim, em recente trabalho desenvolvido como proposta de abrangência territorial para as administrações regionais no município (dezembro de 2000), a PJF tem utilizado dados da territorialização da saúde como elementos mais confiáveis do que os dados do IPPLAN nas proposições do Plano Diretor, sendo que retirado o diagnóstico do desenvolvimento do Plano Diretor da cidade, ocorreu a divisão das regiões administrativas baseando-se exclusivamente nos territórios da saúde (Regiões Sanitárias e territorialização do PSF). Neste sentido, nossa preocupação é que as regiões urbanas da proposição do Plano Diretor da cidade foram descartadas desse processo, conforme não se encontram nos documentos que analisamos. Neste sentido, podemos entender que a metodologia utilizada pela territorialização da saúde na cidade tem dado melhor resposta sobre o planejamento urbano do que outras metodologias implementadas em Juiz de Fora.

Considerando que aspectos legais envolvem as informações de uma cidade, tanto quando tratamos de Plano Diretores, como quando do sistema de informação em saúde, há um melhor planejamento quando ocorre a participação da comunidade. A título de exemplo, o SIM, o SINASC, o SINAM o Sistema de Informações Hospitalares (SIH) e o Sistema de Informações Ambulatóriais (SIA) e outros configuram dados técnicos importantes para o planejamento do sistema de saúde municipal, contudo, sem a visão social ampliada para além dos métodos técnicos de trabalho, não se consegue implementar uma visão sobre o território que possibilite a execução de políticas urbanas. O ambiente humano saudável de moradia assim, se por um lado exige conhecimento, análise e gestão de informações técnicas, também exige visão de outros aspectos da vida, como conhecimento das pessoas e de seus desejos e ideais, de suas formas de vida e de seu habitat. Neste sentido, estudando o PSF, território não é elemento físico material. Morfologia urbana não se confunde com geografia natural e quem faz o território é o cidadão, estabelecendo limites sociais, culturais, de acessibilidade física e mental, de modo de vida etc. Assim uma comunidade de cidadãos estabelece limites físicos que não são estáticos, nem de consenso, mas de espaços de relacionamento de desejo e de experimentação que possibilite a sua própria realização pessoal.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. A porta do debate está aberta. **Revista Brasileira de Saúde da Família**, v. 1, n.2, 2000

Martins, Terezinha Barra, **Territorialização em Juiz de Fora**, Juiz de Fora, PJF, 2000

Pain, J.S. *A reforma Sanitarista e os Modelos Assistenciais* in Rouquaryrol, Maria Z. e Almeida Filho, Naomar. **Epidemiologia e Saúde**, s.l., Medsi, 1999 (A)

Pain, J.S. *A Reorganização das Práticas de Saúde em Distritos Sanitários* in Mendes R. Vilaça (org.) **Distrito Sanitário**, Hucitec/Abrasco, 1999 (B)

_____. Ministério da Saúde. **Saúde Dentro de Casa**. Programa de Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde, 1994.

_____. Ministério da Saúde. **Abrindo a porta para a dona saúde entrar: uma estratégia para a reorganização do modelo assistencial**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

_____. Lei Orgânica de Saúde nº 8080 de 19 de setembro de 1990. **Diário Oficial** da República Federativa do Brasil, 1990(a).

_____. Ministério da Saúde. **Manual para a Organização da Atenção Básica**. Brasília, novembro de 1998.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde da Família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial**. Brasília, julho de 1998(b)

_____. **Constituição, 1988**. República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal/ Centro Gráfico, 1988.

_____. Lei nº 8078 de 11 de setembro de 1990. Congresso Nacional. Código de Defesa do Consumidor. Brasília, 1990(b).

JUIZ DE FORA. Prefeitura Municipal de Juiz de Fora, **Plano Diretor**, Juiz de Fora, 2000.

_____. **Decreto nº 5773**, de 12 de setembro de 1996. Institui o Programa de Saúde da Família no âmbito do Município de Juiz de Fora. Prefeitura de Juiz de Fora, 1996.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde**, Juiz de Fora, 1997.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. **Iª Conferência Municipal de Saúde**, Juiz de Fora, 1991.(Livro de Ata).

_____. Secretaria Municipiapl de Saúde. **IIª Conferência Municipal de Saúde**, Juiz de Fora, 1995 (Relatório).

_____. Secretaria Municipal de Saúde. **IIIª Conferência Municipal de Saúde**, Juiz de Fora, 2000. 18 p. (Relatório).

_____. Conselho Municipal de Saúde. Livro de Atas, Juiz de Fora, 1998/1999.

SERVIÇO NACIONAL DE APRENDIZAGEM COMERCIAL, Departamento Nacional. Rio de Janeiro. **Fundamentos da Saúde**. Rio de Janeiro, 1999. 112p.

Unglert, Carmen V. S. *Territorialização em Sistemas de Saúde* in Mendes R. Vilaça (org.) **Distrito Sanitário**, Hucitec/Abrasco, 1999