

ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM UBERLÂNDIA: ANÁLISE A PARTIR DA VISÃO DE DIFERENTES SUJEITOS

Maria José Rodrigues¹ & Júlio César de Lima Ramires²

¹Universidade Federal de Goiás/Regional Jataí, Professora Adjunta do Departamento de Geografia, Campus Riachuelo, Rua Riachuelo, 1530, Bairro Samuel Graham, CP 03. Jataí-GO. CEP 75800-027
mariarodriguesgeo@gmail.com

²Universidade Federal de Uberlândia, Professor Adjunto do Instituto de Geografia, Campus Santa Mônica – Bloco H, Avenida João Naves de Ávila, 2121, Bairro Santa Mônica, Uberlândia –MG. CEP 38400-902
ramires_julio@yahoo.com.br

Recebido 12 de maio de 2015, aceito 15 de julho de 2015

RESUMO - Este estudo tem por objetivo analisar o modelo assistencial de atenção à saúde adotado em Uberlândia a partir da implantação da Estratégia de Saúde da Família (ESF), tendo como foco a integração à rede de serviços a partir da perspectiva dos gestores envolvidos com a temática. Para atingir os objetivos propostos, foram utilizados diversos procedimentos metodológicos: levantamento teórico referente à temática, coleta de dados e informações sobre APS e ESF no Ministério da Saúde e na Diretoria de Informação e Planejamento em Saúde de Uberlândia, entrevistas semiestruturadas com gestores locais. Verificou-se que, para garantir a consolidação da Estratégia Saúde da Família em Uberlândia e melhorar a qualidade da atenção à saúde, é preciso reavaliar o volume de população por equipes, assim como o fluxo de pacientes entre os vários níveis, melhorar a infraestrutura e os recursos tecnológicos e avançar na coordenação dos cuidados. É preciso ainda, reavaliar os critérios de escolha dos locais para implantação das unidades de saúde, o que possibilitará oferecer serviços de atenção primária a toda à população cadastrada. A Geografia tem muito a contribuir para o processo de escolha dessas áreas. Encontrar uma maneira de os equipamentos públicos chegarem às áreas de expansão urbana é um grande desafio do poder público municipal.

Palavras-chave: Estratégia de Saúde da Família, Análise, Sujeitos.

ABSTRACT - The present paper aims to analyze the care model of health care adopted in Uberlândia from the implementation of the Family Health Strategy (FHS), focusing on the integration of network services from the perspective of managers involved in this sector. To achieve the goals proposed several methodological procedures have been used: theoretical research on the subject, data collection and information on APS and ESF in the Ministry of Health and the Information Officers and Health Planning of Uberlândia, semi-structured interviews with local managers. It was found that, to ensure the consolidation of the Family Health Strategy in Uberlândia and improve the quality of health care, it is necessary to reassess the volume of population by teams, as well as the flow of patients between the various levels, improve infrastructure and technological resources and advance coordination of care. It is also necessary, to reassess the criteria for selecting the sites for implantation of health facilities, which will enable to provide primary care services to all the registered population. Geography has too much for contributing to the process of choosing these areas. Finding a way to public facilities to reach the areas of urban expansion is a major challenge to the municipal government.

keywords: Family Health Strategy, Analysis, Subject.

INTRODUÇÃO

O acesso aos serviços de Atenção Primária à Saúde para a população brasileira tem passado por mudanças e avanços importantes nas últimas duas décadas e muito disso se deve a Estratégia Saúde da Família (ESF), adotada pela Política Nacional da Atenção Básica como a estratégia estruturante dessa modalidade de atenção. Ela se faz presente em todos os estados da nação e oferta serviços de saúde em 5.463 municípios, para uma população cadastrada de 120 milhões de habitantes. Brasil (jan/2015).

Apesar do grande avanço, a ESF apresenta desafios a serem ultrapassados. Entre eles, está em consolidá-la como porta de entrada da rede assistencial de saúde em substituição ao modelo de saúde vigente em vários municípios brasileiros, conseguir profissionais comprometidos com o modelo de Saúde da Família e ampliar a cobertura populacional em municípios de médio e grande porte.

Em Uberlândia, no momento da pesquisa, 23% da população está cadastrada pelas equipes da Estratégia de Saúde da Família, índice considerado baixo pelo Ministério da Saúde. No entanto, toda a população uberlandense tem acesso à Atenção Primária à Saúde (APS) por meio das Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS), nos ambulatórios das Unidades de Atendimento Integrado (UAI), além das Unidades de Atenção Primária em Saúde da Família (UAPSF).

O município de Uberlândia está localizado na mesorregião do Triângulo Mineiro/Alto Paranaíba (**Figura 1**) e, em 2010, atingiu uma população de 604.013 habitantes, IBGE, (Censo, 2010). Está dividido em cinco distritos: Uberlândia (distrito sede), Cruzeiro dos Peixotos, Martinésia, Miraporanga e Tapuirama. A cidade de Uberlândia, por sua vez, está dividida em cinco setores territoriais urbanos que subsidiam as ações de planejamento urbano e também servem de base para o planejamento das ações em saúde, comportando cinco distritos sanitários.

ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E TERRITORIALIZAÇÃO EM SAÚDE

Uma mudança mais profunda no modelo assistencial à saúde foi proposta no início de 1990 como desdobramento do Programa Saúde da Família (PSF). O PSF, dando continuidade ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), fora criado com características de seletividade ao priorizar a assistência

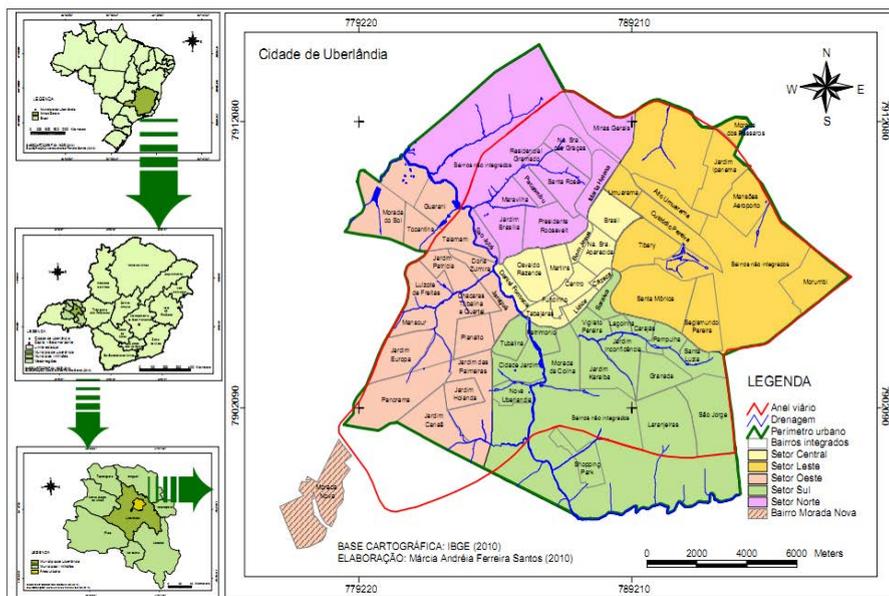


Figura 1: Cidade de Uberlândia, 2013

para determinados agravos e dirigir-se, como programa paralelo, a populações em maior vulnerabilidade social, pelo que foi visto como: “programa, limitado, bom para os pobres e pobre como eles” (Capistrano, 1999, p. 89).

Todavia, ao final da década de 1990, o Saúde da Família (SF) foi assumido pelo Ministério da Saúde (MS) como estratégia para a reorganização do sistema de saúde e como modelo assistencial substitutivo na perspectiva da implementação de uma atenção primária abrangente, que fosse reordenadora do sistema.

Em 2006, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) ampliou o projeto e a concepção da Atenção Básica no país, incorporando os atributos da atenção primária em saúde propostos por Starfield (2002) para caracterizá-la como abrangente, e reafirmando papel da Saúde da Família como estratégia prioritária para a organização da atenção básica no país. Ela foi adotada como uma política

do Governo Federal para a porta de entrada para os serviços de saúde pública no território brasileiro, trabalhando com os princípios da promoção e da prevenção dos agravos à saúde.

Ponto de contato preferencial e porta de entrada do sistema de saúde, a atenção básica no Brasil, segundo a PNAB, tem como fundamentos: 1) o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos; 2) a efetivação da integralidade em suas várias dimensões, ao articular ações programáticas e de atendimento à demanda espontânea, ao integrar ações de promoção da saúde, de prevenção de agravos, de tratamento e de reabilitação, além de coordenar o cuidado na rede de serviços; 3) o desenvolvimento de relações de vínculo e de responsabilização entre as equipes e a população, garantindo a longitudinalidade; 4) a valorização dos profissionais de saúde; 5) a realização de avaliação e monitoramento sistemático dos resultados; e 6) o estímulo à participação popular e ao controle social. Brasil (2006, p. 10-11).

Para Souza (2007), a Saúde da Família é uma estratégia política capaz de promover a organização das ações e serviços de atenção básica à saúde nos sistemas municipais de Saúde. A estratégia está inserida em um contexto de decisão política e institucional de fortalecimento da Atenção Básica no âmbito do Sistema Único de Saúde e se fundamenta em uma nova ética social e cultural, com vistas à promoção da saúde e da qualidade de vida dos indivíduos, famílias e comunidades.

Tendo como quatro princípios básicos caráter substitutivo – alteração das práticas convencionais de assistência por um novo processo de trabalho, concentrado na vigilância à saúde; integralidade e hierarquização – adoção da Unidade de Saúde da Família como primeiro nível de ações e serviços do sistema local de saúde; territorialização e adscrição da clientela – incorporação do território como espaço de abrangência definida; equipe multiprofissional

– composição realizada por um médico generalista ou médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde. Brasil (1996).

A incorporação do território como categoria de análise geográfica para Unglert (1993), serve, antes de tudo, como meio operacional para avaliação objetiva das condições criadas para a produção, circulação, residência, comunicação e sua relação com as condições de vida. Além disso, esse território é um meio percebido, subordinado a uma avaliação subjetiva de acordo com representações sociais específicas. É abordado de acordo com diversos pontos de vista, estando não só associado a uma porção específica da Terra, identificada pela natureza, pelas marcas que a sociedade ali imprime como também a uma simples localização, referida indiscriminadamente a diferentes escalas, como a global, regional, da cidade, da rua e até de uma casa apenas. Ainda de acordo com a referida autora

O estabelecimento dessa base territorial é um passo básico para a caracterização da população e de seus problemas de saúde, bem como o dimensionamento do impacto do sistema sobre os níveis de saúde dessa população e, também, para a criação de uma relação de responsabilidade entre os serviços de saúde e sua população adscrita. Unglert (1993, p. 222).

A territorialização consiste em um dos pressupostos da organização dos processos de trabalho e das práticas de saúde, considerando-se uma atuação em uma delimitação espacial previamente determinada. A territorialização de atividades de saúde vem sendo preconizada por diversas iniciativas no interior do Sistema Único de Saúde (SUS) como a Estratégia Saúde da Família, a Vigilância Ambiental em Saúde, Cidades Saudáveis e a própria descentralização

das atividades de assistência e vigilância.

No entanto, essa estratégia, muitas vezes, reduz o conceito de espaço, utilizado de uma forma meramente administrativa, para a gestão física dos serviços de saúde, negligenciando-se o potencial deste conceito para a identificação de problemas de saúde e de propostas de intervenção (Monken & Barcellos, 2005).

Por intermédio da categoria território utilizado, o planejamento das ações em saúde pode ampliar seu campo de atuação formal sobre o espaço, que, por sua vez, modifica-se conforme a dinâmica das relações sociais. Assim, a escala geográfica operativa para a territorialização emerge, principalmente, dos espaços da vida cotidiana, compreendendo desde o domicílio (Estratégia de Saúde da Família) até áreas de abrangência (de unidades de saúde) e territórios comunitários (dos distritos sanitários e municípios). Esses territórios abrangem por isso, segundo Santos (2004), um conjunto indissociável de objetos cujos conteúdos são usados como recursos para a produção, habitação, circulação, cultura, associação, lazer, saúde entre outros.

Nesse sentido, a Estratégia Saúde da Família tem como objetivo a integração e a organização das atividades em um território definido, com a intenção de enfrentar e resolver os problemas identificados, com vistas a mudanças no sistema, de forma articulada e constante.

A compreensão do conteúdo geográfico do cotidiano na dimensão local tem grande potencial explicativo e de identificação de situações-problema para a saúde e, a partir disto, de planejamento e de organização das ações e práticas de saúde nos serviços. A análise sistêmica do contexto local, em escalas geográficas do cotidiano, permite identificar a formação contextual de uma situação de saúde, no espaço e no tempo, podendo ser de grande utilidade para as ações em saúde.

O território adstrito da equipe de saúde da família é sua unidade de

planejamento de ações, desenvolvidas com base nas necessidades e prioridades da comunidade cadastrada. A equipe deve estabelecer relações de vínculo e contribuir para a resolução dos problemas de saúde da população adscrita, garantindo, assim, a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado.

Desse modo, a presente pesquisa objetivou analisar o modelo assistencial da atenção primária à saúde a partir da implantação da Estratégia Saúde da Família, e discutir suas potencialidades em orientar a organização do sistema municipal de saúde quanto à integração à rede de serviços com coordenação dos cuidados e à atuação intersetorial, envolvendo a perspectiva das famílias cadastradas, dos profissionais de saúde e dos gestores.

PROCEDIMENTOS EXECUTADOS

Para realização dessa pesquisa foram adotados os seguintes procedimentos metodológicos: levantamento de dados secundários sobre estratégia de saúde da família, atenção básica/primária à saúde em diversos bancos de dados de diferentes instituições, como o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (Datasus), Sala de Situação em Saúde (Ministério da Saúde), Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), Atlas de Desenvolvimento Humano, Atlas de Exclusão Social no Brasil, Diretoria de Informação e Comunicação em Saúde (DICS) e Processamento de Dados de Uberlândia (PRODAUB), visando à caracterização da atenção primária e da estratégia de saúde da família no Brasil e no município de Uberlândia.

Para Minayo (2010), o conhecimento científico se produz pela busca da articulação entre a teoria e a realidade empírica. O método tem uma função importante de tornar aceitável a abordagem da realidade a partir das perguntas

feitas pelo investigador. No campo da Geografia da Saúde, os métodos mais usados para estudos das questões relacionadas às políticas de saúde são os quantitativos e qualitativos.

Ainda para Minayo (2010 p. 54),

Ao desenvolver uma proposta de investigação e no desenrolar das etapas de uma pesquisa, o investigador trabalha com o reconhecimento, a conveniência e a utilidade dos métodos disponíveis, em face do tipo de informações necessárias para se cumprirem os objetivos do trabalho.

As abordagens qualitativa e quantitativa estiveram presentes para a realização da pesquisa, pois qualidade e quantidade coexistem nos fatos sociais como unidade de contrários, superáveis e aperfeiçoáveis ao mesmo tempo.

Do ponto de vista epistemológico, depreende-se que todo conhecimento do social (quantitativo ou qualitativo) só é possível por recorte, redução e aproximação, toda redução e aproximação não podem perder de vista que o social é qualitativo e que o quantitativo é uma das suas formas de expressão. Em lugar de se oporem, as abordagens quantitativas e qualitativas têm uma relação tanto nas teorias como nos métodos de análise e interpretação.

Apesar de se reconhecer que existem inúmeras definições de avaliação, seus contornos no campo da saúde se delimitam no âmbito das políticas e programas sociais, consistindo fundamentalmente em aplicar um julgamento de valor a uma intervenção, através de um dispositivo capaz de fornecer informações cientificamente válidas e socialmente legítimas sobre ela ou qualquer um dos seus componentes, permitindo aos diferentes atores envolvidos, que podem ter campos de julgamento diferentes, se posicionarem e construírem (individual ou coletivamente) um julgamento capaz de ser traduzido em ação, Hartz, Felisberto

& Silva (2008). Este julgamento pode ser o resultado da aplicação de critérios e normas - avaliação normativa - ou ser elaborado a partir de um procedimento científico - pesquisa avaliativa (Contandriopoulos *et al.*, 2002).

No Brasil, a Estratégia Saúde da Família (ESF) foi definida como estratégia para reorganização do modelo assistencial do Sistema Único de Saúde (SUS) Brasil (2006). A avaliação de uma estratégia dessa magnitude é uma tarefa que exige muito esforço, por isso, decidimos avaliar o processo de integração da ESF a rede de serviços de saúde em Uberlândia a partir da visão de diferentes atores: gestores, gerentes, profissionais das equipes de saúde da família e famílias usuárias.

A avaliação em saúde no Brasil apresenta-se em um contexto em que os processos ainda são incipientes, pouco incorporados às práticas, e possuem caráter mais prescritivo, burocrático e punitivo que subsidiário do planejamento e da gestão. Além disso, os instrumentos existentes ainda não se constituem ferramentas de suporte ao processo decisório nem de formação das pessoas nele envolvidas.

Nesse sentido, o gestor federal tem o papel fundamental de ser indutor da institucionalização da avaliação nas três esferas de governo, reforçando-se o seu caráter formativo, pedagógico e orientador das práticas. O Ministério da Saúde vem tentando alinhar-se, internacionalmente, ao movimento pela institucionalização da avaliação que vem sendo implementado em diversos países, tais como Estados Unidos, Inglaterra, Canadá e França, sendo que, na atenção básica, desde de 2011, o PMAQ – AB é o instrumento mais conhecido do processo de avaliação da atenção básica no Brasil, como já mencionado no capítulo um.

A partir da década de 2000, alguns estudos têm focado na questão da avaliação em saúde, entre eles Giovanela *et al.* (2009); Hartz *et al.* (2008); Brasil (2005);

2011); Tanaka e Drumond Júnior (2010); Tanaka (2011) que realizaram estudos tendo como foco avaliar a atenção primária em saúde desde o processo de construção da rede de atenção à saúde, da estratégia de saúde da família e do Programa de Avaliação Melhoria da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ - AB).

Nossa pesquisa utilizou como metodologia básica o estudo de caso realizado por Giovanela *et al.* (2009), no qual as autoras tiveram como objetivo analisar o modelo assistencial da atenção básica em saúde em quatro grandes centros urbanos: Belo Horizonte, Florianópolis, Vitória e Aracaju. Adaptamos a metodologia para a realidade uberlandense, tendo, inclusive, contatado a responsável pela pesquisa, obtendo a autorização e incentivo da mesma para a realização de nossa pesquisa. Devido a restrições de tempo para coleta dos dados e tabulação dos mesmos a nossa pesquisa não abordou todos os temas tratados pela pesquisadora.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os pontos de atenção à saúde da rede municipal de Atenção Primária estão distribuídos em cinco setores (**Figura 2**) e compreendem 42 Equipes de Saúde da Família lotadas em 38 Unidades de Atenção Primária a Saúde da Família (UAPSF) com uma cobertura populacional, em 2010, de 23 %, oito Unidades de Atenção Primária de Saúde (UAPS) convencionais e oito Unidades de Atendimento Integrado (UAI). Nas UAPS, há o atendimento ambulatorial nas áreas de clínica geral, pediatria, ginecologia, odontologia, psicologia, serviço social e atendimento de enfermagem com a cobertura populacional de atenção primária de 34% da população do município. E oito Unidades de Atendimento Integrado que oferecem diariamente atendimentos pré-agendados nos ambulatórios de Atenção Primária à Saúde para a população de suas áreas de abrangência com cobertura populacional de 34% (Uberlândia, 2012).

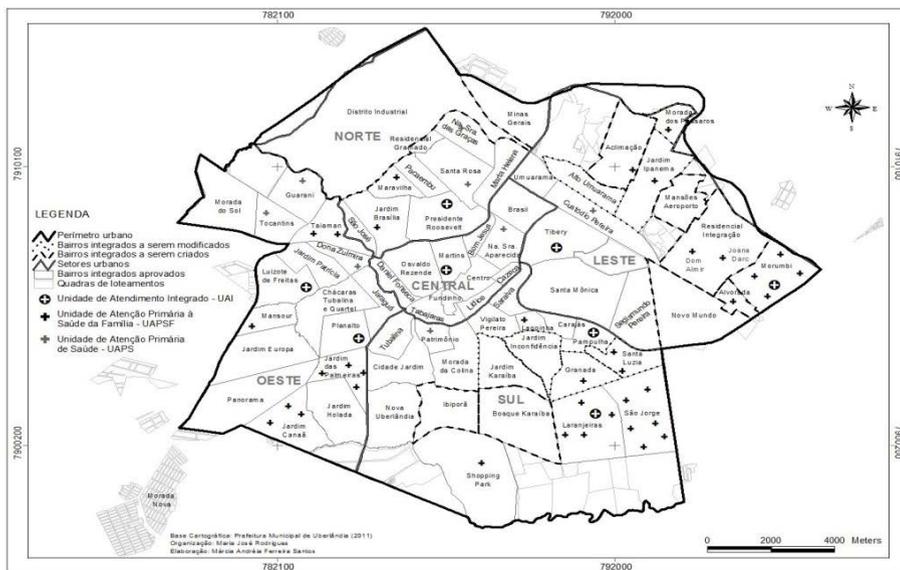


Figura 2 : Cidade de Uberlândia: localização das unidades que oferecem atendimento em Atenção Primária à Saúde, 2013

As Unidades de Atendimento Integrado são unidades mistas, com Atendimento Ambulatorial na Atenção Primária e Pronto Atendimento funcionando 24 horas por dia todos os dias da semana. O atendimento ambulatorial acontece das 7h às 22h, com a instalação do Horário do Trabalhador. O atendimento de emergência de Odontologia, também funciona das 7h às 22h, de segunda a sexta-feira.

ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM UBERLÂNDIA: UMA ANÁLISE

O município de Uberlândia, quando comparado com outros municípios de Minas Gerais, decidiu tardiamente pela implantação da ESF. Essa estratégia foi implantada em Contagem, Betim, Juiz de Fora, Montes Claros, Ribeirão das Neves, Uberaba e Governador Valadares, municípios de porte populacional semelhante ainda na década de 1990.

No início de 2003 decidiu-se pela implantação da ESF em Uberlândia, elaborando-se uma planilha de critérios de análise para escolha das primeiras áreas a serem objetos de intervenção da estratégia. Levou-se em consideração os bairros e a população existentes em 2001, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE); critérios sócio-econômicos, a acessibilidade à unidade e indicadores de atenção básica como óbito infantil, óbito total, peso ao nascer, gravidez na adolescência e doenças cardiovasculares. Além disso, foi realizado o levantamento da necessidade de recursos humanos, equipamentos e infraestrutura para o funcionamento das unidades de saúde.

De acordo com o Brasil (2006) são itens necessários à implantação das Equipes de Saúde da Família:

I - existência de equipe multiprofissional responsável por, no máximo, 4.000 habitantes, sendo a média recomendada de 3.000 habitantes, com jornada de trabalho de 40 horas semanais para todos os seus integrantes e composta por, no mínimo, médico, enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde;

II - número de ACS suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por ACS e de 12 ACS por equipe de Saúde da Família;

III - existência de Unidade Básica de Saúde inscrita no Cadastro Geral de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde, dentro da área para o atendimento das Equipes de Saúde da Família que possua minimamente:

a) consultório médico e de enfermagem para a Equipe de Saúde da Família, de acordo com as necessidades de desenvolvimento do conjunto de ações de sua competência.

b) área/sala de recepção, local para arquivos e registros, uma sala de cuidados

básicos de enfermagem, uma sala de vacina e sanitários, por unidade;

c) equipamentos e materiais adequados ao elenco de ações programadas, de forma a garantir a resolutividade da Atenção Básica à Saúde;

d) garantia dos fluxos de referência e contrarreferência aos serviços especializados, de apoio diagnóstico e terapêutico, ambulatorial e hospitalar;

e) existência e manutenção regular de estoque dos insumos necessários para o funcionamento da UBS (Brasil, 2006).

Sobre a implantação das primeiras equipes de saúde da família em Uberlândia o Diretor de Gestão de Pessoas menciona que, no início do ano de 2003, o governo que estava aqui naquela época tinha como Secretário de Saúde o médico Flávio Goulart sendo que sua já tinha iniciado os estudos para a implantação da ESF.

Após a implantação de 30 equipes iniciais, em 2003, a estratégia passou três anos sem a criação de novas equipes. Sendo que, em 2006, novas equipes foram instaladas no Núcleo Luizote, com quatro equipes (UAPSF Taiaman I, UAPSF Taiaman II, UAPSF Mansour I, UAPSF Mansour II); em 2007, no Núcleo Roosevelt, com as equipes do São José e Maravilha; e, em 2008, a UAPSF Campo Alegre foi implantada no Núcleo São Jorge.

Em 2011, uma nova UAPSF foi instalada no Shopping Park. No ano de 2012 o prefeito entrega o mandato com quatro novas UAPSFs no Núcleo São Jorge (UAPSF Shopping Park III, Gravatás, Jardim Botânico e São Jorge V) e uma nova unidade no Núcleo Planalto, a UAPSF Jardim Célia (sendo entregue no dia 28 de dezembro de 2012. Essa unidade foi a única Unidade de Atenção Primária à Saúde da Família construída na gestão municipal que ficou de 2005 a 2012 no comando da prefeitura. Sobre a falta de investimento na construção de unidades de saúde, o Diretor de Gestão de Pessoas menciona que

[...] a perspectiva dele (prefeito municipal) é hospitalocêntrica. Então jamais ele ia privilegiar a APS, investir na APS. Falar que não tinha dinheiro, construiu-se um hospital de ponta, mas não construiu uma única unidade de PSF. Até as UAPSs foram reformadas, mas, não construiu-se nenhuma unidade de Saúde da Família. Então não pode-se dizer que não teve recurso, pode-se dizer que não teve prioridade. Diretor de Gestão de Pessoas, (2012, grifo da autora).

A falta de investimento para a construção e reformas das unidades de saúde da família, assim como a pequena ampliação da cobertura populacional denota isso mesmo. Em Uberlândia investiu-se muito para a construção do Hospital Municipal, que custou muito aos cofres públicos. No entanto apenas uma unidade de saúde da família foi construída por aquela gestão municipal.

A precária estrutura física das unidades de saúde da família em Uberlândia foi um dos problemas apontados por Rodrigues (2007), mencionando que existem duas situações diferentes utilizadas pela Prefeitura Municipal de Uberlândia para implantação das UAPSFs. No primeiro caso, onde já existiam as antigas UBS foram implantadas de duas a três equipes como a UBSF São Jorge II, que na época de implantação chegou a ter oito equipes de saúde da família em seu espaço físico e, no período do estudo, possuía duas equipes.

No momento da pesquisa constatamos que cinco equipes de saúde da família funcionam em locais construídos para serem unidades de saúde. Na segunda situação, têm-se os casos em que não existia uma UBS e as Unidades de Saúde da Família foram implantadas em casas alugadas pela Prefeitura Municipal de Uberlândia sem a estrutura física adequada para receber uma unidade de saúde.

Este é o caso de todas as outras 35 UAPSFs existentes no momento da pesquisa.

O critério para escolha das casas nunca foi muito claro, estando dentro da área de abrangência da equipe. Esta precisa ter espaço físico o suficiente para a instalação de consultório médico, sala de enfermagem, sala de vacina e curativos, recepção e sala de espera. As imagens demonstram a falta de manutenção das UAPSFs, principalmente naquelas onde o espaço físico não foi construído para abrigar uma unidade de saúde, com fachada externa apresentando paredes mofadas por causa da chuva e da falta de calçadas adequadas (**Figura 3**).



Figura 3: Uberlândia: fachada externa de Unidades de Atenção Primária em Saúde da Família, 2013

Conforme demonstrado no mosaico 1, a estrutura física de algumas unidades de saúde da família está em desacordo com que normatiza Brasil (2008), pois, essas unidades não propiciam acessibilidade à maior quantidade possível de pessoas, independentemente de idade, estatura, deficiência ou mobilidade reduzida, e não garante a utilização de maneira autônoma e segura do ambiente, edificações e mobiliário.

Sobre a falta de unidades próprias, a Coordenada da APS menciona que um dos problemas da ESF em cidades acima de 100 mil habitantes é exatamente a quantidade de equipes que você tem que implantar versus a disponibilidade de equipamentos na área física. Trata-se de uma dificuldade para muitos municípios brasileiros pois,

[...] é um problema grave, as casas que nós encontramos para alugar não comportavam equipamentos de saúde adequadamente. Muitas vezes nós temos que improvisar uma sala de curativo, um consultório médico. As vezes a sala que era para o consultório não tem pia, temos que mandar fazer adaptações hidráulicas, elétricas e físicas. Às vezes não tem rampa de acesso e assim por diante. (Coordenadora da APS de Uberlândia, entre os anos 2004 e 2010, 2012).

Outro problema relatado pela Coordenadora da APS é em relação ao financiamento para a implantação das equipes. O financiamento inicial de 20 mil reais para cada equipe (em duas parcelas de R\$ 10.000,00) é relatado como insuficiente pela coordenadora e a prefeitura municipal tem que arcar com o restante dos investimentos necessário para a implantação das equipes.

Os incentivos são repassados do Fundo Nacional de Saúde ao Fundo Municipal de Saúde, de acordo com a modalidade da ESF na qual o município

se enquadre, conforme definido na Portaria nº 978, de 16 de maio de 2012, e Portaria nº 650, de 28 de março de 2006.

O valor do custeio das equipes de SF, em 2012, era de R\$ 871,00 (oitocentos e setenta e um reais) por Agente Comunitário de Saúde (ACS), sendo, a cada mês, o valor do incentivo financeiro referente aos ACS das estratégias de Agentes Comunitários de Saúde e de Saúde da Família. No último trimestre de cada ano é repassada uma parcela extra, calculada com base no número de ACS registrados no cadastro de equipes e profissionais do Sistema de Informação definido para este fim, no mês de agosto do ano vigente, multiplicado pelo valor do incentivo fixado. Brasil (2012). Acrescenta-se o custeio mensal por equipe R\$ 7.130 reais mensais, que é utilizado para parte do salário do médico da equipe.

Em nossa pesquisa, verificamos outro problema que consideramos como dificultador do acesso da família à saúde com qualidade. O número de pessoas cadastradas por equipes em várias unidades está muito acima do preconizado pelo Ministério da Saúde, que o número normatiza o máximo, 4.000 habitantes, para cada equipe multiprofissional responsável pela atenção básica. Sendo a média recomendada de 3.000 habitantes, verificamos que em algumas equipes esse número está bem acima do sugerido.

Das 41 equipes analisadas, quatro têm população de até 3000 habitantes, 21 têm população cadastrada entre 3.000 e 4.000 pessoas e 16 estão com população acima de 4.000 habitantes (**Tabela 4**). Esse elevado número de população em várias equipes está relacionado à dinâmica dos territórios cobertos pelas equipes que em sua maioria são áreas de ocupação mais recente que possui uma dinâmica de expansão urbana difícil de ser acompanhada pelos serviços públicos. Sendo que o poder público não consegue acompanhar e oferecer serviços de educação, saúde, lazer, moradia para toda a população. O grande desafio é conseguir planejar ações de saúde que resolvam o problema de acesso

Tabela 4: *Uberlândia – ESF: população cadastrada por equipes, 2013/SIAB/Secretaria Municipal de Saúde de Uberlândia*

Núcleo	Equipe	População cadastrada (dez. 2012)
MORUMBI	Aclimação	4.048
	Alvorada	5.969
	Dom Almir	6.199
	Ipanema I	3.500
	Ipanema II	3.672
	Joana Darc	5.879
	Morumbi I	3.652
	Morumbi II	4.127
	Morumbi III	3.963
	Morumbi IV	3.645
	TOTAL	44.654
PLANALTO	Canaã I	3.561
	Canaã II	3.832
	Canaã III	4.652
	Palmeiras I	2.600
	Palmeiras II	3.062
	Palmeiras III	3.498
	São Lucas	4.366
	Morada Nova	4.929
	TOTAL	30.500

Tabela 4: Continuação.

Núcleo	Equipe	População cadastrada (dez. 2012)
LUIZOTE	Taiaman I	3.847
	Taiaman II	2.958
	Mansour I	3.743
	Mansour II	6.375
	TOTAL	16.923
ROOSEVELT	São Jose	4.444
	Maravilha	4.888
	TOTAL	9.332
PAMPULHA	Granada II	3.274
	Granada II	4.369
	Lagoinha I	3.068
	Lagoinha II	3.091
	Santa Luzia	2.583
	TOTAL	16.385
SÃO JORGE	Laranjeiras	3.852
	Aurora	4.129
	São Jorge I	3.116
	São Jorge II	4.217
	São Jorge III	4.641
	São Jorge IV	3.904
	Seringueiras I	3.637
	Seringueiras II	3.904
	São Gabriel	3.656
	Campo Alegre	3.009
	Shopping Park I	4.414
	Shopping Park III	1.341
	TOTAL	43.820
	ESF - TOTAL	161.614

inadequado e deficitário para a população dessas equipes.

Com o Plano Diretor de Atenção Primária (PDAP), uma equipe com população muito grande não consegue cumprir uma agenda programada. Nesses casos nem toda a população adscrita consegue assistência adequada. Para a Coordenadora do Setor Sanitário Sul, a proposta, hoje, é trabalhar com demanda programada, o que segundo a entrevistada:

[...] são aqueles pacientes que têm uma condição crônica. Nós programamos o atendimento dele. Independentemente de ele me procurar, nós garantimos seu atendimento programado. São as condições crônicas, hipertensos, diabéticos e para essas condições nós realizamos grupos operativos. Então todo paciente que tem uma condição crônica ou está gestante, ou é da puericultura, ou idoso que requer cuidado, ou a saúde da mulher, no caso de coleta de exames papanicolau ou exame de mama, nós chamamos de demanda programada. É uma demanda que tem uma norma. Por exemplo, há um hipertenso, ele é de alto risco. Segundo o protocolo, pelo menos três vezes ao ano ele precisa ir ao médico, tem que fazer exames específicos. (Coordenadora do Setor Sanitário Sul, 2012).

Desde a implantação do prontuário eletrônico nas UAPSF existe a possibilidade de ficarem agendadas as consultas para os pacientes de condição crônica. Mas é importante que esse paciente tenha consciência do autocuidado, do cuidado com a condição crônica. Para os hipertensos, por exemplos, os protocolos clínicos mencionam que são necessárias pelo menos três consultas para um bom acompanhamento do seu estado de saúde. O protocolo determina também pelo menos sete consultas para gestantes durante o pré-natal e consultas mensais para crianças de até seis meses.

A Saúde da Família, criada em 1994, consolidou-se como a estratégia de organização da Atenção Básica do Sistema Único de Saúde (SUS) propondo uma mudança de modelo e contribuindo para a efetiva melhoria das condições de vida da comunidade. Em 2006, no bojo do Pacto de Gestão acordado entre as três esferas de governo - Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais e Secretarias Municipais de Saúde - a Saúde da Família foi considerada como a estratégia prioritária para o fortalecimento da Atenção Básica. No entanto, em Uberlândia essa realidade ainda é um pouco diferente, pois a ESF não se consolidou como principal porta de entrada para os serviços municipais de saúde.

A expansão da Estratégia de Saúde da Família ganhou impulso com a Norma Operacional Básica (NOB-96) Brasil (1997) que operacionalizou a descentralização de recursos e a municipalização da saúde, apresentando as orientações para o repasse, aplicação e mecanismos de controle e acompanhamento dos recursos financeiros que compõe o Piso da Atenção Básica (PAB), assim com a responsabilidade dos municípios enquanto gestores do SUS. Coimbra *et al.* (2005).

No entanto, Viana *et al.* (2008) evidenciou em Estudos de Linha de Base do PROESF que existem alguns desafios à expansão e consolidação da Atenção Básica e da ESF nos municípios com mais de 100 mil habitantes no Brasil. Esses desafios não decorrem somente dos desafios enfrentados pelo próprio setor saúde, mas também derivam da seletividade das modernizações inerentes à complexa dinâmica da urbanização brasileira. Nesse contexto, as grandes cidades surgem abrigando um paradoxo, pois convivem as melhores infra-estruturas e os mais altos índices de riqueza com a desigualdade e a impossibilidade de acesso de muitos cidadãos.

Muitas equipes de Saúde da Família estão com população cadastrada acima do preconizado pelo Ministério da Saúde. Será possível garantir nas UAPSFs

de Uberlândia, ações concentradas nas famílias e comunidades e integração da assistência médica com a promoção de saúde e as ações preventivas para realmente constituí-las como principal porta de entrada do sistema municipal de saúde?

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Estratégia de Saúde da Família deve ser um instrumento de mudança do modelo assistencial, ao evidenciar as fragilidades e limitações do modelo tradicional. A convivência de dois modelos pode ser importante, em um momento de transição, mas como já se passaram 11 anos de implantação. A adoção mais homogênea da ESF pelo município de Uberlândia se faz necessária já que os indicadores de atenção primária: maior cobertura vacinal, sete consultas de pré-natal, melhor acompanhamento de grupos focais: hipertensos, diabéticos, sobretudo, são melhores nas áreas atendidas do que nas sem ESF. Torna-se necessário, principalmente nas áreas mais carentes, pressionar sua expansão e sua adoção, de forma exclusiva, nosso estudo indica que serão necessárias de 100 a 120 equipes para atender a toda essa população.

As áreas de abrangência das Unidades de Atenção Primária em Saúde da Família são as bases de funcionamento da Estratégia de Saúde da Família, no entanto o estudo dessas áreas apresenta dificuldades, pois o território que o SUS municipal definiu é normatizado e na maioria das vezes as formas não são consideradas. Torna-se imprescindível considerar a inseparabilidade entre a materialidade e o seu uso. No entanto, o processo de territorialização do SUS não considera essa materialidade como um componente imprescindível do espaço geográfico e como uma condição para a ação.

Uma das dificuldades encontradas na territorialização das equipes de saúde da família em Uberlândia está na expansão urbana. Se uma equipe começa a

funcionar com 4.000 pessoas em um território ainda em construção, em poucos meses estará saturada, o que a impossibilita de oferecer serviços de atenção primária a toda a população cadastrada com qualidade. A Geografia tem muito a contribuir para o processo de escolha dessas áreas. Encontrar uma maneira de os equipamentos públicos chegarem às áreas de expansão urbana é um grande desafio.

Na atualidade, vivencia-se a expansão de novos loteamentos e programas governamentais de moradia para a população de baixa renda (Minha Casa, Minha Vida), em Uberlândia. Torna-se necessário oferecer não somente a casa, mas também acesso aos serviços de saúde, educação, lazer e transporte adequados para essas populações. Pensar em políticas intersetoriais para essas populações sob a ótica do território torna mais claro a noção de complexidade e a relação entre o que as pessoas precisam para viver.

Para termos saúde, não precisamos apenas de médicos, enfermeiros, unidades de saúde, ambulâncias e remédios. Precisa-se de mais, necessita-se também de saneamento básico, ar puro, boa alimentação, higiene, lazer, moradia digna, renda adequada, acesso a educação e informação.

São os usos do território pelas distintas funcionalidades requeridas pela existência que nos interessa. Então a pergunta que se faz é outra! Não importa apenas saber como vai “o social”, o transporte, a economia. Mas como está o lugar. Em muitos territórios da ESF falta tudo aquilo que dignifica a vida humana naquele lugar. E a interação e a articulação entre todas as coisas é que fará daquele lugar, um lugar bom de viver.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BRASIL (1996). Ministério da Saúde. Conselho Nacional da Saúde. Resolução 196/96. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo Seres Humanos.

Brasília.

BRASIL (1997). Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/SUS. Brasília.

BRASIL (2005). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. Avaliação na Atenção Básica em Saúde: caminhos da institucionalização. Brasília: Ministério da Saúde. 36p.

BRASIL (2006). Secretaria de Vigilância em Saúde. Política nacional de promoção da saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde. (Série B. Textos Básicos de Saúde). 60p.

BRASIL (2008). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde. 52p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

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

BRASIL (2015). Histórico cobertura da saúde da família. In http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php

CAPISTRANO, D. (1999). Programa Saúde da Família: vantagens para médicos e pacientes. In: <http://www.cremesp.com.br/anteriores/pag3.html>

COIMBRA, V. C. C. et al. (2005). A atenção em saúde mental na estratégia da saúde da família. Revista eletrônica de Enfermagem, v. 7, p. 113-117.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. et al. (2002). A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In HARTZ, Z. A. M. (org.). Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na implantação de programas. 3. ed. Fiocruz, Rio de Janeiro: p. 29-46.

ESCOREL S. et al. (2005). Avaliação da implementação do programa SF em dez grandes

- centros urbanos: síntese dos principais resultados. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde.
- FELISBERTO, E. (2004). Monitoramento e avaliação na atenção básica: novos horizontes. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, Recife, v. 4, n. 3, p. 317-321.
- GIOVANELLA, L. et al (2002). Sistemas municipais de saúde e a diretriz da integralidade da atenção: critérios para avaliação. *Saúde em Debate*, n. 26, p. 37-61.
- GIOVANELA, L.; ESCOREL S.; MENDONÇA, M. H. M. (2009). Estudos de caso sobre implementação da Estratégia Saúde da Família em Quatro Grandes Centros Urbanos. Relatório final - Belo Horizonte. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Ministério da Saúde.
- HARTZ, Z.; CONTANDRIOPOULOS, A. P. (2004). Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. *Cadernos Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 331-336.
- HARTZ, Z.; FELISBERTO, E.; SILVA, L. M. V. (org.) (2008). Meta-avaliação da atenção básica à saúde: teoria e prática. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- MINAYO, M. C. S. (1994). Quantitativo e qualitativo em indicadores de saúde: revendo conceitos. In LIMA, M. F. C.; SOUZA, R. P. (org.). *Qualidade de vida: compromisso histórico da epidemiologia*. Coopmed-Abrasco, Belo Horizonte: p. 25-33.
- MINAYO, M. C. S. (2010). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 12. ed. São Paulo: Hucitec.
- MONKEN, M.; BARCELLOS, C. (2005). Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 898-906.
- RODRIGUES, M. J. (2007). Espaço e serviços de saúde pública em Uberlândia: uma análise do acesso ao Programa Saúde da Família – Núcleo Pampulha. Uberlândia. Dissertação (Mestrado em Geografia) – Instituto de Geografia, Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia.

- SANTOS, M. (1997). Espaço e Método. 4. ed. São Paulo: Nobel.
- SANTOS, M. (2004). A natureza do espaço: técnica e tempo, razão e emoção. São Paulo: Hucitec.
- SOUZA, M. F. (2007). Programa de Saúde da Família no Brasil: análise da desigualdade no acesso à atenção básica. Brasília: Editora do Departamento de Ciências da Informação e Documentação da Universidade de Brasília.
- STARFIELD, B (2002). Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO. 726p.
- TANAKA, O Y. (2011). Avaliação da Atenção Básica em Saúde: uma nova proposta. Saúde Soc. São Paulo, v. 20, n. 4, p. 927-934.
- TANAKA, O. Y.; DRUMOND JÚNIOR, M. (2010). Análise descritiva da utilização de serviços ambulatoriais no Sistema Único de Saúde segundo o porte do município, São Paulo, 2000 a 2007. Epidemiologia e Serviços de Saúde. Brasília, v. 19, n. 4, p. 355-366.
- UBERLÂNDIA (2010). Plano Municipal de Saúde de Uberlândia 2010-2013. Uberlândia: Diretoria de Planejamento e Informação em Saúde/Secretaria Municipal de Saúde.
- UBERLÂNDIA (2011). Consolidado: procedimentos realizados de janeiro a dezembro de 2010. Uberlândia: Diretoria de Planejamento e Informação em Saúde/Secretaria Municipal de Saúde.
- UBERLÂNDIA (2012). Área de Abrangência e População de Referência SUS. Uberlândia: Diretoria de Planejamento e Informação em Saúde/Secretaria Municipal de Saúde.
- UNGLERT, C V. S. (1993). Territorialização em sistemas de saúde. In MENDES, E. V. (org.) Distritos sanitários: processo social de mudanças nas práticas sanitárias para o Sistema Único de Saúde. Hucitec, São Paulo: p. 221-235.
- VIANA, A. L. d'Á. et al. (2008). Atenção básica e dinâmica urbana nos grandes municípios paulistas. Brasil. Cad Saúde Pública, v. 24, n. 1, p. 79-90.