

ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE SEGUNDO A VISÃO DE MÉDICOS E ENFERMEIROS DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE UBERLÂNDIA

Maria José Rodrigues¹

Doutoranda em Geografia – IG/UFU
rodriguesmariaj@hotmail.com

RESUMO

Este artigo tem como objetivos identificar a importância do conceito território e do processo de territorialização para as ações de saúde nas equipes de saúde da família da cidade de Uberlândia, além de investigar se o princípio da integralidade é garantido pela Estratégia de Saúde da Família (ESF). Foram utilizados os seguintes procedimentos metodológicos: levantamento de referencial teórico sobre território, territorialização e atenção integral à saúde, aplicação de questionários por amostragem a seis médicos e dez enfermeiros de saúde da família nos meses de maio e junho de 2012. A pesquisa evidenciou que a capacidade de garantir de atenção integral pelas equipes de saúde da cidade de Uberlândia é muito satisfatório e satisfatório no que diz respeito ao estabelecimento de vínculos com a população da área, a capacidade de a equipe conhecer os principais problemas de saúde da população e de intervir positivamente no enfrentamento destes problemas de saúde. É satisfatório também a capacidade de garantir acesso ao atendimento básico a toda a população cadastrada, a ausência de fila na porta da Unidade de Atenção Primária em Saúde da Família (UAPSF), acolhimento das demandas e realização de atividades preventivas individuais, o acompanhamento e a distribuição regular de medicamentos dos grupos prioritários e resolução de 80% ou mais de casos atendidos pela sua equipe. Percebemos que a ESF tem um importante papel na garantia da atenção integral das ações de saúde em Uberlândia.

Palavras-chave: Estratégia de Saúde da Família, atenção integral à saúde, território e territorialização

HEALTH INTEGRAL ATTENTION BY VISION OF DOCTORS AND NURSES OF FAMILY HEALTH STRATEGY IN UBERLÂNDIA

ABSTRACT

This article aims to identify the importance of the concept of territory and territorialization process for health activities in family health teams in the city of Uberlândia, and to investigate whether the principle of completeness is guaranteed by the Family Health Strategy (FHS). Were used following procedures methodology: theoretical reference lifting of over territory, territorial and comprehensive health care, questionnaires by sampling to six doctors and ten nurses in family health in the months of May and June 2012. The research found that the capacity to ensure comprehensive care by health teams from the city of Uberlândia is very satisfactory and satisfactory with regard to the establishment of links with the population of the area, the capacity of the team to know the major health problems of population and intervene positively in confronting of these health problems. It is also satisfactory the capacity to ensure access to primary care to the entire population registered, the absence of line in front of Unit Primary Family Health (UAPSF), host of demands and performance of individual preventive activities, monitoring and distribution regular drug priority groups and resolution of 80% or more of cases seen by its staff. We realized that the ESF has an important role in securing the full attention of health in Uberlândia.

Keywords: Family Health Strategy, integral health care, territory and territorialization.

¹ Bolsista Capes.

Recebido em 27/01/2013
Aprovado para publicação em 27/03/2013

INTRODUÇÃO

O Ministério da Saúde para organizar a Atenção Básica está priorizando a Estratégia de Saúde da Família que tem como principal desafio promover a reorientação das práticas e ações de saúde de forma integral e contínua, levando-as para mais perto da família e, com isso, melhorar a qualidade de vida dos brasileiros, incorporando e reafirmando os princípios básicos do SUS - universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade - mediante o cadastramento e a vinculação dos usuários (BRASIL, 2006).

Em 2003, o município de Uberlândia preocupado com a reorientação do modelo de assistência à saúde optou pela implantação da Estratégia de Saúde da Família, com o qual se criou uma planilha de critérios de análise para escolha das áreas a serem objetos de intervenção do programa. Levou-se em consideração o bairro e a população existente em 2001, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE), além de critérios sócio-econômicos, acessibilidade à unidade e indicadores de atenção básica tais 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.

É necessário que a equipe da Saúde da Família conheça a realidade da população que atendem as organizações familiares e comunitárias, desenvolvendo um processo de planejamento a partir desta realidade, possibilitando, assim, ações compatíveis com as necessidades da comunidade. Os instrumentos utilizados para obter os conhecimentos da comunidade atendida pela Saúde da Família em Uberlândia foram os seguintes: Cadastramento das famílias; Oficinas de territorialização; Reconhecimento do território; Visitas domiciliares; Análise dos indicadores de mortalidade e morbidade; Obtenção de informações com informantes-chaves da comunidade.

O conhecimento do território de atuação de cada equipe de Saúde da Família é um passo importante para a caracterização da área a ser atendida, representando muito além de uma superfície, caracterizando um espaço político e social que expressa as condições e hábitos de vida da população. Esta prática permite identificar os equipamentos sociais e as situações que interferem no dia a dia da comunidade local. As observações do espaço de cada equipe possibilitaram verificar os aspectos físicos do local, a localização dos equipamentos sociais, áreas com acúmulo de lixo, córregos e outros aspectos visíveis que indicassem as diferentes condições de vida dos residentes da área.

A Estratégia de Saúde da Família tem como um de seus princípios garantir a integralidade das ações de saúde, isso implica dotar o sistema de condições relacionadas às diversas fases da atenção à saúde, ao processo de cuidar, ao relacionamento do profissional de saúde com os pacientes. Indivíduos e coletividades devem dispor de um atendimento organizado, diversificado e humano. Esse princípio, portanto, não exclui nenhuma das possibilidades de se promover, prevenir, restaurar a saúde e reabilitar os indivíduos, princípio defendido pela ESF.

TERRITÓRIO E TERRITORIALIZAÇÃO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Para Santos (2004), a formação do território perpassa pelo espaço e a forma do espaço é encaminhada segundo as técnicas vigentes e utilizadas no mesmo. O território pode ser distinguido pela intensidade das técnicas trabalhadas bem como pela diferenciação tecnológica das técnicas, uma vez que os espaços são heterogêneos. É preciso compreender a categoria território, sendo que é na base territorial que tudo acontece, mesmo as configurações e reconfigurações mundiais influenciando o espaço territorial.

Como exemplo importante, pode-se citar o planejamento territorial urbano que pode tornar mais eficaz a ação da saúde pública, instalando equipamentos e serviços que sejam condizentes com as realidades territoriais a que se destinam quanto evitar a produção de doenças, controlando a ocupação de áreas inadequadas e criando uma estrutura ambientalmente saudável para as comunidades que vivem nesse território.

Por conseguinte, diferentes concepções e abordagens devem ser utilizadas para a compreensão e conceituação de território. De forma ampla, o território deve sempre ser pensado dentro de um

contexto histórico e temporal. Nessa perspectiva traçaremos aqui um panorama geral de diferentes autores que abordam, de maneira particular, a perspectiva territorial.

Ainda sobre o assunto, Nossa (2005), menciona que a organização espacial deve obedecer a uma lógica invisível de valores, informações, percepções e obstáculos que, embora sendo materialmente intangíveis, conferem, simultaneamente, coerência e estruturam o uso que dele é feito.

Santos (2003) menciona, que categoria território se mostra pertinente, tanto no que se refere ao alcance social dos bens produzidos pela sociedade moderna quanto para a investigação das realidades sociais mais deploráveis. Se, de um lado, o território - cenário das relações sociais - pode ser essencial para investigar a apropriação/dominação do espaço e sua relação com a saúde, de outro, torna-se importante para o planejamento de ações que permitam diminuir os impactos dessa apropriação na vida das pessoas.

Saquet (2010) faz referência ao território como produto das relações sociedade-natureza e condição para a reprodução social, sendo um campo de forças que envolvem obras e relações sociais (econômicas-políticas-culturais) historicamente determinadas. A territorialização se efetiva nessa relação sociedade natureza, mediada pelas territorialidades. Ainda para o autor

(...) o processo de territorialização é um movimento historicamente determinado; é um dos produtos socioespaciais do movimento e das contradições sociais, sob as forças econômicas, políticas e culturais, que determinam as diferentes territorialidades, no tempo e no espaço. (SAQUET, 2010, p.127)

Unglert (1999) relata também que a análise do território 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. O território 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, 1999, 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 E BARCELLOS, 2005).

O entendimento do processo saúde-doença tem evoluído consideravelmente de uma concepção eminentemente monocausal do pensamento clínico a concepções ampliadas de saúde, que articulam saúde com condições de vida, o que os movimentos contemporâneos da promoção social da saúde incorporaram plenamente. Essa nova visão considera a saúde como uma acumulação social, expressa num estado de bem-estar que pode indicar acúmulos positivos ou negativos. Portanto, compreende que a dinâmica das relações sociais seja o fator que define as necessidades de cuidados à saúde.

Para a constituição de uma base organizativa dos processos de trabalho nos sistemas locais de saúde em direção a essa nova prática, é importante o reconhecimento dos territórios e seus contextos de uso, uma vez que estes materializam diferentemente as interações humanas, os problemas de saúde e as ações sustentadas na intersectorialidade. No setor saúde é importante

que os processos organizativos sejam pensados e realizados mediante operações intersetoriais, articuladas por diferentes ações de intervenção (promoção, prevenção, atenção), baseados em seus três pilares estratégicos: os problemas de saúde, o território e a prática intersetorial. Diante disso, o conceito de espaço, de onde se origina a noção de território, pode exercer importante papel na organização dessas práticas.

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) a 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 radicais 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, como as apresentadas acima, 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.

Para Gondin et al. (2008), no campo da saúde, os espaços são conjuntos de territórios e lugares onde fatos acontecem simultaneamente e suas repercussões são sentidas em sua totalidade de maneiras diferentes. Cada fato é percebido com maior ou menor intensidade de acordo com a organização sócio-espacial, cultural, político e econômica desses lugares.

De acordo com Mendes (2007), o processo de territorialização deve estar baseado em parâmetros espaciais e temporais. A configuração territorial ideal deve incluir um espaço bem definido e gerenciável, onde as necessidades de saúde possam ser regularmente definidas e os serviços de saúde racionalmente planejados e monitorados. Este território deveria conter uma instituição com capacidade de liderança, mobilização e utilização dos recursos. O território deve permitir a oportunidade de compreender as relações entre os elementos que determinam a saúde e a doença e estabelecer as parceiras para melhorar a saúde da população.

Assim, Brasil (2012) coloca que a territorialização em saúde possibilita:

(...) o planejamento das ações prioritárias para o enfrentamento dos problemas de saúde mais frequentes e/ou de maior relevância e em consonância com o princípio da equidade. O planejamento e a avaliação das ações implementadas possibilitam a reorientação permanente do processo de trabalho. A comunidade e instituições intersetoriais são envolvidas nesse processo, ampliando a compreensão da equipe em relação à realidade vivida pela população e também o protagonismo desses atores. (BRASIL, 2012, p.59).

Sobre o assunto Pereira e Barcellos (2006) coloca que a territorialização é um dos pressupostos básicos do trabalho na ESF. Esta tarefa adquire ao menos três sentidos diferentes e complementares: de demarcação de limites das áreas de atuação dos serviços; de reconhecimento do ambiente, população e dinâmica social existentes nessas áreas; e de estabelecimento de relações horizontais com outros serviços adjacentes e verticais com centros de referência.

Quando se considera um determinado local delimitado pela ESF, pode-se falar de uma configuração territorial que tem determinados atributos. Essas características, naturais ou elaboradas pelo homem, dão feição ao ambiente que, por sua vez, influi no processo saúde-doença da população. O reconhecimento dessa relação é um passo importante para a incorporação de conceitos e práticas da geografia na ESF. O território, neste caso, seria mais que um depósito de atributos da população, mas também o lugar da responsabilidade e da atuação compartilhada. No entanto, segundo levantamento realizado por entrevistas, os técnicos da ESF veem a comunidade como um aglomerado "amorfo, indistinguível,

desorganizado” (PEDROSA e TELES, 2001). Sendo assim, é importante termos a noção de que a categoria território e o processo de territorialização tem um papel importante para examinarmos a questão da integralidade das ações de saúde nas áreas atendidas pela ESF em Uberlândia.

ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE SEGUNDO A DE MÉDICOS E ENFERMEIROS DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE UBERLÂNDIA

A garantia de acesso do indivíduo aos diversos níveis de atenção, primário, secundário e terciário. A ideia de que níveis de complexidade estejam relacionados diretamente, com menor ou maior grau de especialização, leva à ideia de a atenção primária à saúde apresentar menor grau de dificuldade ou exigir menor grau de conhecimento ou habilitação. Isso é um erro, pois o nível de complexidade mais básico do sistema está relacionado com a necessidade de conhecimentos mais abrangentes, enquanto os níveis secundário e terciário são mais específicos ou parcelados/especializados, e usam intensivamente procedimentos baseados em aparelhos e exames.

No nível primário, devem ser utilizadas intervenções com enfoque preventivo, comunitário e coletivo, destinadas a atender aos problemas mais comuns da população. Por envolverem determinação múltipla, necessitam de um conhecimento muito diversificado dos profissionais, pois, nesse nível, trabalha-se segundo a lógica da multicausalidade.

Ainda segundo o conceito de integralidade, as pessoas devem ser encaradas como sujeitos. A atenção deve ser totalizadora e levar em conta as dimensões biológica, psicológica e social. Este modo de entender e abordar o indivíduo baseia-se na teoria holística, integral, segundo a qual o homem é um ser indivisível e não pode ser explicado pelos seus componentes, físico, psicológico ou social, considerados separadamente (CAMPOS, 2009).

A garantia do princípio da integralidade, em suma, implica dotar o sistema de condições relacionadas às diversas fases da atenção à saúde, ao processo de cuidar, ao relacionamento do profissional de saúde com os pacientes. Indivíduos e coletividades devem dispor de um atendimento organizado, diversificado e humano. Esse princípio, portanto, não exclui nenhuma das possibilidades de se promover, prevenir, restaurar a saúde e reabilitar os indivíduos, princípio defendido pela ESF.

Para se alcançar a integralidade no sistema de saúde faz-se necessário que os gestores municipais, estaduais e federais passem a dar prioridade a este princípio. Cabe-nos perguntar se, na prática cotidiana da gestão e da operação do sistema de saúde, seus pressupostos têm sido respeitados. Existem diversos mecanismos os quais o gestor pode lançar mão para que este princípio seja cumprido.

Nesse sentido, Giovanella (2000) buscou sistematizar e apresentar uma metodologia inovadora para avaliar se os sistemas municipais de saúde são mais, ou menos, integrais. Como ponto inicial, esta forma de organizar o sistema depende da vontade política, ao se definirem prioridades, e também de mudanças organizacionais e da forma de gestão do sistema de atenção. Em suma, os sistemas integrais de saúde deveriam atender a algumas premissas básicas, quais sejam: a primazia das ações de promoção e prevenção; a garantia de atenção nos três níveis de complexidade da assistência médica; a articulação das ações de promoção, prevenção, cura e recuperação; a abordagem integral do indivíduo e famílias.

O objetivo de garantir serviços de saúde integrais surge com a expansão das políticas sociais e dos sistemas de saúde na primeira metade do século XX. No âmbito das democracias ocidentais, a criação do National Health Service (NHS), no Reino Unido, é o exemplo mais expressivo desse ideal regulatório nas políticas de saúde.

Em 1946, o NHS estabeleceu o princípio da responsabilidade coletiva por serviços completos (comprehensive health services), que deveriam ser disponíveis e gratuitos para toda a população. Alguns anos mais tarde, em meados da década de 1960, esse objetivo reapareceu nas reformas setoriais, de forma mais contundente naquela realizada nos serviços sociais e de saúde da província do Québec, em 1971, reforma Castonguay-Nepveu, na qual o acesso universal e a integralidade, “la góbalité des soins”, apareciam como centrais.

No Brasil, a integralidade fez parte das propostas de reforma desde o início da década de 1980, surgiu em programas abrangentes para grupos específicos (Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher – PAISM –, Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança – PAISC), sendo finalmente assumida como diretriz para a organização do SUS. Para Conill (2004), diretriz política, ideal ou objetivo, a integralidade torna-se um atributo relevante a ser levado em conta na avaliação da qualidade do cuidado, dos serviços e dos sistemas de saúde, em geral, naqueles direcionados para uma política de cuidados primários.

Em face do problema da fragmentação dos modelos assistenciais, a integração dos serviços de saúde aparece como atributo inerente às reformas das políticas públicas fundamentadas na Atenção Primária da Saúde (APS). Teoricamente, integração significa coordenação e cooperação entre provedores dos serviços assistenciais para a criação de um autêntico sistema de saúde, mas, na prática, isso ainda não se realizou e poucas são as iniciativas para o monitoramento e avaliação sistemática de seus efeitos. No Brasil, a integralidade da atenção é um dos seus pilares de construção, baseada na primazia das ações de promoção, garantia de atenção nos três níveis de complexidade, articulação das ações de prevenção, promoção e recuperação, abordagem integral dos indivíduos e das famílias.

O conceito de integralidade está relacionado ao de integração de serviços por meio de redes assistenciais, reconhecendo a interdependência dos atores e organizações em face da constatação de que nenhuma delas dispõe da totalidade dos recursos e competências necessários para a solução dos problemas de saúde de uma população em seus diversos ciclos de vida. Torna-se, portanto, indispensável desenvolver mecanismos de cooperação e coordenação próprios de uma gestão eficiente e responsável dos recursos coletivos, a qual responda às necessidades de saúde individuais em âmbitos local e regional.

No Brasil, algumas iniciativas têm sido implantadas nos anos recentes na direção de construção de um modelo de atenção à saúde pautado nos princípios da universalidade, equidade e integralidade. Desse conjunto de iniciativas, merece destaque o recente esforço de expansão da assistência em saúde, por meio, sobretudo, do fortalecimento da Atenção Básica. Sob forte indução da esfera federal, os municípios brasileiros ampliaram a oferta dos serviços de saúde nesse nível de atenção. Proposta defendida pelos ideais da Reforma Sanitária brasileira, o investimento na Atenção Básica traz em seu bojo a perspectiva de mudança no modelo assistencial, historicamente caracterizado pela excessiva fragmentação e especialização das práticas em saúde e pelo predomínio da assistência curativa e de âmbito hospitalar, com ênfase nos procedimentos de alto custo.

A Estratégia Saúde da Família aparece, nesse contexto, como mecanismo prioritário para reorientação dos sistemas locais de saúde, de forma não apenas a expandir a cobertura dos serviços básicos de saúde, mas também garantir a continuidade da atenção pela integração entre os diferentes níveis de atenção do sistema de saúde.

No entanto, Conill (2004) nos chama atenção para o fato de que as diversas experiências municipais revelam que, se houve uma efetiva expansão da rede assistencial de atenção básica sob gestão municipal (o que de fato ocorreu), a integração entre os serviços e o acesso dos usuários do sistema aos demais níveis da assistência em saúde (média e alta complexidade) permanecem como grandes desafios do SUS. Tal dificuldade fere frontalmente não só a noção de direito à saúde – uma vez que tende a restringir a oferta dos serviços aos mais pobres apenas ao âmbito da atenção básica – como também os princípios da integralidade e equidade.

Segundo orientação do Ministério da Saúde (2012)

A atenção integral à saúde envolve o acolhimento, tanto da demanda programática, quanto da espontânea, em todas as fases do desenvolvimento humano (infância, adolescência, idade adulta e terceira idade), por meio de ações individuais e coletivas de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação. Essa integralidade da atenção também se expressa numa abordagem que não se limita aos aspectos físicos e patológicos, considerando também o sofrimento psíquico e os condicionantes sociais de saúde. As equipes de atenção básica também são responsáveis pela integralidade do acesso a todos os pontos da rede de serviços de saúde. (BRASIL, 2012, p.64)

No questionário direcionado aos médicos e enfermeiros aplicado na cidade de Uberlândia, nos meses de maio e junho de 2012 apresentou-se um conjunto de ações para que eles avaliassem o desempenho da Equipe de Saúde da Família quanto à atenção integral prestada à população. A totalidade dos médicos considera satisfatório o estabelecimento de vínculos com a população da área, 83% dos médicos consideram muito satisfatória e satisfatória a capacidade de a equipe de saúde da família conhecer os principais problemas de saúde da população e de intervir positivamente no enfrentamento destes problemas de saúde.

Na opinião dos médicos entrevistados, o desempenho da equipe é muito satisfatório a satisfatório para as seguintes ações: garantir acesso ao atendimento básico a toda a população cadastrada (67%), não existência de fila na porta da UAPSF, acolhimento das demandas e realização de atividades preventivas individuais (83%), acompanhamento dos grupos prioritários, distribuição regular de medicamentos a grupos prioritários e resolução de 80% ou mais de casos atendidos pela sua equipe (67%).

O encaminhamento para outros níveis de atenção, quando necessário, e a garantia de atendimento em serviços especializados foram considerados insatisfatórios e muito insatisfatórios por metade dos médicos. Para 67% destes profissionais, é insatisfatório ou muito insatisfatório o retorno do paciente para atendimento pela equipe de saúde da família após o encaminhamento ao especialista e a capacidade de realizar ações educativas.

Os médicos também demonstraram que é insatisfatória ou muito insatisfatória a capacidade da equipe de garantir internação e garantir atendimento em serviços especializados (67%). Sobre a articulação com outros setores sociais atuantes na área de abrangência para enfrentamento de problemas identificados e a capacidade de mediação de ações intersetoriais para enfrentar problemas da comunidade, 83% estão insatisfeitos ou muito insatisfeitos, demonstrando a falta de políticas intersetoriais que abarquem os problemas das comunidades atendidas pela Estratégia de Saúde da Família em Uberlândia, conforme tabela 1.

A avaliação dos enfermeiros com relação a ações e atributos de garantia de atenção integral foram de maneira global, mais positivas que a dos médicos. Todos os enfermeiros entrevistados consideraram o desempenho da equipe de saúde da família muito satisfatório e satisfatório quanto à atenção integral prestada à população adscrita no que se refere a: capacidade de conhecer os principais problemas de saúde da população, ao acolhimento das demandas, estabelecimento de vínculos com a população da área e a realização de atividades preventivas individuais (100%). Para 80% dos enfermeiros, a capacidade de intervir positivamente no enfrentamento dos problemas de saúde e a resolução de 80% ou mais de casos atendidos pela sua equipe é muito satisfatória e satisfatória. Outros itens, como: garantir o acesso ao atendimento básico a toda população cadastrada, acompanhamento e distribuição regular de medicamentos aos grupos prioritários e a capacidade de realizar ações educativas, foram avaliados como muito satisfatório e satisfatório para 70% dos enfermeiros entrevistados.

Tabela 1 - Uberlândia: Estratégia de Saúde da Família - Desempenho da equipe quanto à atenção integral prestada à população segundo médicos, 2012.

Desempenho	Médicos									
	Muito Satisfatório		Satisfatório		Insatisfatório		Muito Insatisfatório		Não sabe	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
a) Capacidade de conhecer os principais problemas de saúde da população	2	33,3	3	50	1	16,7	-	-	-	-
b) Capacidade de intervir positivamente no enfrentamento dos problemas de saúde	5	83,3	-	-	1	16,7	-	-	-	-
c) Garantir o acesso ao atendimento básico a toda população cadastrada	-	-	4	66,7	2	33,3	-	-	-	-
d) Encaminhar para outros níveis de atenção, quando necessário	-	-	3	50	2	33,3	1	16,7	-	-
e) Garantir internação	-	-	-	-	4	66,7	1	16,7	1	16,7

f) Garantir atendimento em serviços especializados	-	-	1	16,7	4	66,7	1	16,7	-	-
g) Garantir realização de exames necessários	-	-	3	50	2	33,3	1	16,7	-	-
h) Não existência de fila na porta da unidade do PSF	-	-	5	83,3	-	-	1	16,7	-	-
i) Acolhimento das demandas	-	-	5	83,3	1	16,7	-	-	-	-
j) Estabelecimento de vínculos com a população da área	-	-	6	100	-	-	-	-	-	-
k) Retorno do paciente para atendimento pela equipe saúde da família, após encaminhamento ao especialista	-	-	2	33,3	4	66,7	-	-	-	-
l) Acompanhamento dos grupos prioritários	-	-	4	66,7	2	33,3	-	-	-	-
m) Distribuição regular de medicamentos a grupos prioritários	-	-	4	66,7	1	16,7	-	-	1	16,7
n) Resolução de 80% ou mais de casos atendidos pela sua equipe saúde da família	-	-	4	66,7	2	33,3	-	-	-	-
o) Capacidade de realizar ações educativas	-	-	2	33,3	4	66,7	-	-	-	-
p) Articulação com outros setores sociais atuantes na área de abrangência para enfrentamento de problemas identificados	-	-	1	16,7	5	83,3	-	-	-	-
q) Realização de atividades preventivas individuais	-	-	5	83,3	1	16,7	-	-	-	-
r) Capacidade de mediação de ações intersetoriais para enfrentar problemas da comunidade	-	-	1	16,7	5	83,3	-	-	-	-

Fonte: Pesquisa direta, 2012.

Organização: Maria José Rodrigues, 2012.

A possibilidade de encaminhar para outros níveis de atenção, quando necessário, a garantia de realização de exames necessários e a capacidade de mediação de ações intersetoriais para enfrentar problemas da comunidade foram avaliadas como muito satisfatória por 60% dos enfermeiros.

Apesar das avaliações mais positivas, 60% dos enfermeiros consideraram insatisfatória e muito insatisfatória a capacidade de sua equipe em garantir atendimento em serviços especializados. Para metade dos enfermeiros entrevistados, o retorno do paciente para atendimento pela equipe de saúde da família, após encaminhamento ao especialista, e a articulação com outros setores sociais atuantes na área de abrangência para enfrentamento de problemas identificados é insatisfatória. Um percentual importante de enfermeiros (40%) considerou a capacidade de encaminhar para outros níveis de atenção, quando necessário, a garantia de internação, a garantia de realização de exames necessários e a capacidade de mediação de ações intersetoriais para enfrentar problemas da comunidade, insatisfatório e muito insatisfatório, demonstrando a incapacidade das equipes de saúde da família de estarem articuladas à rede e a falta de integralidade das ações de saúde, conforme pode ser visto na tabela 2.

Uma parcela menor de enfermeiros consideraram insatisfatória e muito insatisfatória a capacidade de encaminhar para outros níveis de atenção, quando necessário, a garantia de internação, a garantia de realização de exames necessários e a capacidade de mediação de ações intersetoriais para enfrentar problemas da comunidade (40%), demonstrando a incapacidade das equipes de saúde da família de estarem articuladas à rede e a falta de integralidade das ações de saúde. Isso demonstra, de maneira geral, que os enfermeiros têm uma visão mais positiva das ações desenvolvidas pelas equipes de saúde da família em Uberlândia.

Tabela 2 - Uberlândia: Estratégia de Saúde da Família - desempenho da equipe quanto à atenção integral prestada à população segundo enfermeiros - 2012.

Desempenho	Enfermeiros									
	Muito satisfatório		Satisfatório		Insatisfatório		Muito Insatisfatório		Não sabe	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
a) Capacidade de conhecer os principais problemas de saúde da população	-	-	10	100	-	-	-	-	-	-
b) Capacidade de intervir positivamente no enfrentamento dos problemas de saúde	-	-	8	80	2	20	-	-	-	-
c) Garantir o acesso ao atendimento básico a toda população cadastrada	-	-	7	70	3	30	-	-	-	-
d) Encaminhar para outros níveis de atenção, quando necessário	1	10	5	50	2	20	2	20	-	-
e) Garantir internação	-	-	4	40	3	30	1	10	2	20
f) Garantir atendimento em serviços especializados	-	-	4	40	4	40	2	20	-	-
g) Garantir realização de exames necessários	-	-	6	60	3	30	1	10	-	-
h) Não existência de fila na porta da unidade do PSF	1	10	7	70	1	10	1	10	-	-
i) Acolhimento das demandas	1	10	9	90	-	-	-	-	-	-
j) Estabelecimento de vínculos com a população da área	1	10	9	90	-	-	-	-	-	-
k) Retorno do paciente para atendimento pela equipe saúde da família, após encaminhamento ao especialista	1	10	4	40	5	50	-	-	-	-
l) Acompanhamento dos grupos prioritários	-	-	7	70	3	30	-	-	-	-
m) Distribuição regular de medicamentos a grupos prioritários	1	10	6	60	2	20	-	-	1	10
n) Resolução de 80% ou mais de casos atendidos pela sua equipe saúde da família	-	-	8	80	2	20	-	-	-	-
o) Capacidade de realizar ações educativas	-	-	7	70	3	30	-	-	-	-
p) Articulação com outros setores sociais atuantes na área de abrangência para enfrentamento de problemas identificados	-	-	5	50	5	50	-	-	-	-
q) Realização de atividades preventivas individuais	-	-	10	100	-	-	-	-	-	-
r) Capacidade de mediação de ações intersetoriais para enfrentar problemas da comunidade	-	-	6	60	4	40	-	-	-	-

Fonte: Pesquisa direta, 2012.

Organização: Maria José Rodrigues, 2012.

É importante mencionar que novamente existe uma disparidade importante entre as opiniões dos médicos e enfermeiros em relação ao desempenho da equipe quanto à atenção integral prestada à população. Os médicos demonstraram que são insatisfeitos ou muito insatisfeitos com a capacidade da equipe de garantir internação, garantir atendimento em serviços especializados (67%). Estes também estão insatisfeitos ou muito insatisfeitos com a articulação com outros setores sociais atuantes na área de abrangência para enfrentamento de problemas

identificados e a capacidade de mediação de ações intersetoriais para enfrentar problemas da comunidade (83%), demonstrando a falta de políticas intersetoriais que abarquem os problemas das comunidades atendidas pela Estratégia de Saúde da Família em Uberlândia.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Estratégia de Saúde da Família tem se constituído num dos pilares do movimento de reorganização do sistema de saúde brasileiro, sendo apontada pela Política Nacional da Atenção Básica sua estratégia estruturante vem consolidando-se como política prioritária de governo, conforme demonstram algumas evidências, tais como a grande expansão numérica da estratégia de saúde da família, especialmente a partir de 1998, com ampliação quantitativa e geográfica da cobertura, pelo progressivo aumento do número de municípios, estados e regiões no país. No entanto, em Uberlândia a ESF funciona como modelo complementar visto que foi implantada em áreas onde era baixa e ou inexisiam unidades de saúde.

Percebe-se a importância das categorias geográficas na identificação, análise e explicação de situações-problema para a saúde a nível local. Sendo o território e o processo de territorialização um fator na concretização da Estratégia de Saúde da Família no município de Uberlândia. Através dos questionários aplicados aos profissionais de saúde da família - médicos e enfermeiros - evidenciaram-se que o desempenho das equipes quanto à atenção integral prestada à população no que se refere à capacidade de conhecer os principais problemas de saúde é muito satisfatório. Quanto ao acolhimento das demandas, o estabelecimento de vínculos com as famílias atendidas nas áreas da ESF e a realização de atividades preventivas individuais mostraram satisfatório quanto as atividades realizadas.

No entanto, é insatisfatório ou muito insatisfatório a capacidade da equipe de garantir internação, garantir atendimento em serviços especializados, a articulação com outros setores sociais atuantes na área de abrangência para enfrentamento de problemas identificados e a capacidade de mediação de ações intersetoriais para enfrentar problemas da comunidade. A falta de políticas intersetoriais que abarquem os problemas das comunidades atendidas pela Estratégia de Saúde da Família em Uberlândia, também é outro fator que percebemos em nosso estudo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Básica. – 4. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 68 p. – (Série E. Legislação de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 4).

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

CAMPOS, Carlos Eduardo Aguilera. **O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família**. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. 2009.

CONILL, Eleonor Minho. Avaliação da integralidade: conferindo sentido para os pactos na programação de metas dos sistemas municipais de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20(5):1417-1423, set-out, 2004.

GIOVANELLA Ligia et al. Integralidade da atenção em sistemas municipais de saúde: metodologia de avaliação e intervenção. **Relatório de Pesquisa**. Rio de Janeiro. ENSP/Fiocruz, Rio de Janeiro. 2000.

GONDIN, Grácia Maria de Miranda et al. O território da saúde: organização do sistema de saúde e a territorialização. In: Barcellos, Christovam. **Território, ambiente e Saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

MENDES, Eugênio Vilaça. **Revisão bibliográfica sobre redes de atenção à saúde**. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Subsecretaria de Políticas e Ações em Saúde. Superintendência de Atenção à Saúde. Assessoria de Normalização. 2007.

MONKEN, Maurício. BARCELLOS, Christovam. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n.3, p.898-906, mai-jun, 2005.

NOSSA, Paulo Nuno Maia de Souza. **Abordagens geográficas da oferta e consumo de cuidados de saúde**. Universidade do Minho. Instituto de Ciências Sócias. - Tese Doutorado em Geografia- p.392, 2005.

PEDROSA, J I S; TELES, J B M. Consenso e diferenças em equipes do Programa Saúde da Família. **Revista Saúde Pública**. v.35, n.3, p.303-311, jun. 2001.

PEREIRA, M. P.; BARCELLOS, C. O território no Programa de Saúde da Família. **Hygeia**, Uberlândia, v. 2, n. 2, p. 47-55, jun. 2006. Disponível em: < www.hygeia.ig.ufu.br > acesso em: 26 de maio de 2006.

SANTOS, Milton. Saúde e ambiente no processo de desenvolvimento. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, n. 1, v. 8, p. 309-314, 2003.

_____. **A natureza do espaço: técnica e tempo, razão e emoção**. São Paulo: Editora Hucitec, 2004.

SAQUET, Marcos Aurélio. **Abordagens e concepções de território**. 2ª. ed. São Paulo: Expressão Popular, 2010

UNGLERT, Carmen Vieira S. Territorialização em sistemas de saúde. In: Mendes Eugênio Vilaça (organizador). **Distritos sanitários: processo social de mudanças nas práticas sanitárias para o Sistema Único de Saúde**. São Paulo: Editora Hucitec/Rio de Janeiro: ABRASCO; 1993, p. 221-35.