

ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: DESAFIOS PARA SUA CONSOLIDAÇÃO EM UBERLÂNDIA

FAMILY HEALTH STRATEGY: CHALLENGES FOR ITS CONSOLIDATION IN UBERLÂNDIA

Maria José Rodrigues

Doutora em Geografia

Professora do Departamento de Geografia/UFG/Regional Jataí

mariarodriguesgeo@gmail.com

Julio Cesar de Lima Ramires

Doutor em Geografia

Professor do Instituto de Geografia/UFU

ramires_julio@yahoo.com.br

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 a 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.

Palavras-chave: estratégia de saúde da família. integração à rede.

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, we need 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 a lot to contribute to the process of choosing these areas. Finding a way to public facilities to reach the areas of urban expansion is a major challenge.

Key words: family health strategy. integration network

Recebido em: 20/06/2014

Aceito para publicação em: 09/06/2015

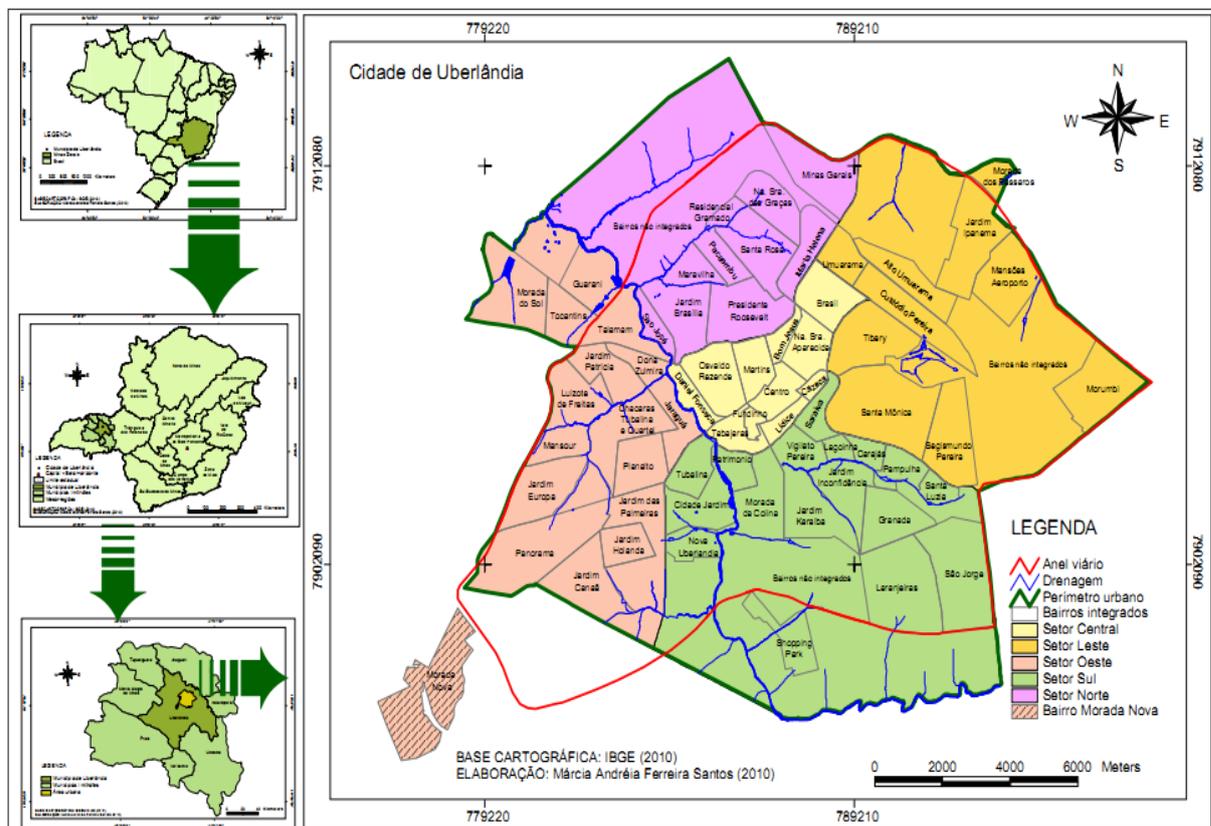
INTRODUÇÃO

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 5.289 municípios, para uma população cadastrada de 102 milhões de habitantes (MS, janeiro/2011), com 31.736 equipes de saúde da família e 20.300 equipes de saúde bucal. Assim, 52% da população brasileira tem acesso aos serviços de saúde de atenção primária por meio desta estratégia. Os números da estratégia também são importantes no que se refere ao quadro de pessoal com mais de 35 mil médicos, 32 mil enfermeiros, mais de 40 mil auxiliares de enfermagem, cerca de 244 mil Agentes Comunitários de Saúde (ACS) trabalhando no atendimento à população adscrita. (BRASIL, 2013).

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.

O município de Uberlândia está localizado na mesorregião do Triângulo Mineiro/Alto Paranaíba (MAPA 1) e, em 2014, atingiu uma população de 654.681 habitantes (IBGE, estimativa populacional, 2015). 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.

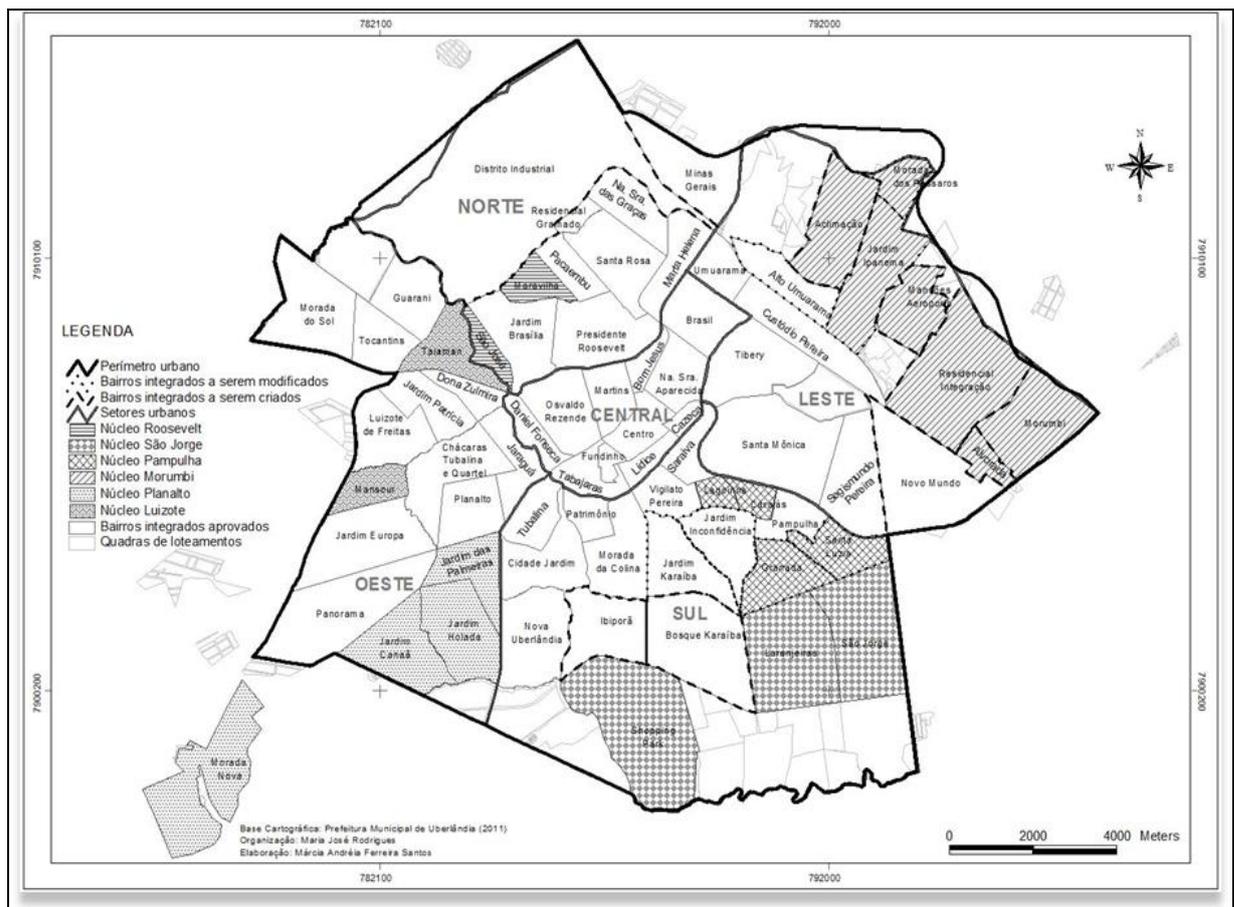
Mapa 1 – Cidade de Uberlândia, 2013



Fonte: RODRIGUES, MJ, 2013.

No momento da pesquisa 23%, da população de Uberlândia, estava cadastrada pelas equipes da Estratégia de Saúde da Família, totalizando 161 mil pessoas, índice considerado baixo pelo Ministério da Saúde. O atendimento da ESF estava regionalizado em seis núcleos de saúde da família que são responsáveis pelos serviços em Atenção Primária à Saúde para a população adscrita (MAPA 2).

Mapa 2 - Cidade de Uberlândia: Núcleos da Estratégia de Saúde da Família - 2013



Fonte: RODRIGUES, MJ, 2013.

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).

A Estratégia de Saúde da Família foi implantada no município em 2003, em um momento em que havia poucos equipamentos de saúde na área de atenção primária. Decidiu-se pela implantação da ESF na gestão de Zaire Resende, como Prefeito Municipal, e Flávio Goulart, como Secretário Municipal de Saúde, dotado de larga experiência em função de ter desenvolvido pesquisa de mestrado e doutorado em Saúde Pública sobre a temática PSF. O secretário acreditava na necessidade de mudança do modelo assistencial.

A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E A TERRITORIALIZAÇÃO EM SAÚDE

Para Unglert (1993), 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. 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 E 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.

De acordo com Brasil (2012), a noção de território

(...) compreende não apenas uma área geográfica delimitada, como também as pessoas, instituições, redes sociais (formais e informais) e cenários da vida comunitária. Por apresentar esse caráter dinâmico, o planejamento das ações em saúde no território é situacional. A equipe faz o acompanhamento dinâmico da situação de saúde, mapeia adequadamente o território, representando-o de forma gráfica – com identificação dos aspectos geográficos, sociais, econômicos, culturais, religiosos, demográficos e epidemiológicos –, associando-o com o cadastro atualizado de domicílios e famílias e informações vindas dos sistemas de informações e de outras fontes. A territorialização 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).

Avançar na implementação de tal política exige conhecimento e análise aprofundados da atenção primária atualmente prestada, bem como a sua avaliação a partir da perspectiva de todos os envolvidos, dos profissionais de saúde, dos gestores e, especialmente, dos usuários, para identificar nós críticos e pontos de intervenção que possam orientar as políticas e as ações no sentido de concretizar os princípios gerais da proposta, garantindo atenção de saúde com qualidade à população uberlandense.

ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM UBERLÂNDIA: ALGUMAS REFLEXÕES SOBRE A SUA IMPLANTAÇÃO

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. Levaram-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.

Em abril de 2003, foram implantadas as primeiras equipes de saúde da família na região do Núcleo Morumbi. Deve-se destacar que em 1999 a Secretaria Municipal de Saúde já havia planejado a implantação do Programa Família Saudável, baseado nos princípios do PSF. Entretanto, este projeto teve dificuldades no seu processo de implantação.

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

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 gestor municipal no período tinha como Secretário de Saúde o médico Flávio Goulart que juntamente com sua equipe tinha iniciado os estudos para a implantação da ESF no município.

Ainda sobre a implantação da ESF, o Diretor de Gestão Pessoas mencionou que

(...) quando o secretário (*Flávio Goulart*) chegou ao município de Uberlândia o desafio dele era implantar as equipes de saúde da família e foram criados critérios pra isso entre esses critérios estão alguns indicadores que eram: mortalidade materna, mortalidade infantil, gravidez na adolescência, internações por condições sensíveis a atenção primária que era hipertensão, diabetes não bem conduzidas isso na questão epidemiológica e para que nos tivéssemos uma adesão da população nós seguimos o princípio da equidade, nós procuramos também na questão socioeconômica aquelas regiões da cidade que tivessem menos pessoas que fossem usuárias de planos de saúde e que fossem apenas SUS dependente e nós observamos que as regiões de migração recente da cidade era onde a gente tinha o casamento disso. Então nós começamos na região do Morumbi, no Setor Leste toda aquela região que tinha os piores indicadores. (DIRETOR DE GESTÃO PESSOAS, 2012). Grifo da autora.

Depois de implantadas 10 equipes de saúde da família no Núcleo Morumbi e de todas estarem funcionando, foi dado o início de implantação no Setor Oeste, Núcleo Planalto, nos bairros Canaã, Jardim das Palmeiras, São Lucas e Morada Nova, onde foram implantadas oito equipes. Para o Diretor de Gestão de Pessoas

Naquela região também existia um vazio grande de unidades de saúde. E por fim nós viemos para região sul que vinha do Bairro Lagoinha até o Seringueiras. A lógica era sempre pegar um contínuo geográfico e que fosse de preferência uma região mais periférica pra que a gente tivesse uma adesão pra essa modalidade nova que a gente estava apresentando, foi bem trabalhoso, mas na época nós conseguimos. (DIRETOR DE GESTÃO PESSOAS, 2012)

Durante o processo de implantação das equipes foram estabelecidos processos seletivos para a contratação de todos os profissionais que iriam atuar nas equipes. Para os profissionais de nível superior: médicos, enfermeiros, e nível médio: auxiliar/técnico em enfermagem primeiro, abriu-se o processo de seleção interna e aqueles profissionais que já faziam parte do quadro efetivo da Secretaria Municipal de Saúde puderam migrar para as unidades de saúde da família. No caso dos agentes comunitários de saúde das áreas a adotarem a ESF, o Diretor de Gestão de Pessoas explica que

(...) nós estabelecemos um processo seletivo e os agentes comunitários de saúde naquela ocasião para eles se inscreverem precisavam ser indicados pelas lideranças locais: presidentes de associações de bairro, líderes comunitários. Se eles não tivessem o aval eles não poderiam nem se inscreverem. Então foi realizado um processo de divulgação local, não foi feito um processo de divulgação no município porque nós queríamos pessoal daquela região. Para enfermagem, médicos e técnicos de enfermagem nós abrimos a possibilidade de seleção interna qualquer profissional que já fizesse parte da rede e desejasse migrar nós criamos facilidade pra que isso acontecesse. (DIRETOR DE GESTÃO PESSOAS, 2012) .

Depois de implantadas as equipes dos Núcleos Morumbi e Planalto, em setembro de 2003, começou-se a implantação do núcleo Pampulha (na atualidade desmembrado em São Jorge e Pampulha), sendo que a Coordenadora da APS menciona que

(...) em setembro de 2003 nós fomos para o Setor Sul, aquele que compreende a região do Grande São Jorge e Pampulha, 15 equipes inicialmente. E nesse momento eu participei como médica da equipe do São Jorge III, nós tivemos um treinamento prévio para discutir, o que era Estratégia de Saúde da Família, discutir os princípios da ESF, os princípios da APS e as dificuldades que nós poderíamos encontrar. (COORDENADORA DA APS, de 2004 a 2010, 2012)

A Coordenadora explica que a região que hoje compreende os Núcleos São Jorge e Pampulha era atendida por três unidades de Atenção Primária e Secundária (as antigas Unidades Básicas de Saúde - UBS) e também por uma Unidade de Atendimento Integrado (UAI Pampulha).

Então aconteceria uma grande mudança no modelo e você sabe perfeitamente bem que a população gosta de atendimento imediato, curativo. Então haveria essa mudança. Nós teríamos que nós preparar para os

embates que viriam com a comunidade. É porque nós sabemos que investimento em Atenção Primária é a longo prazo, você não muda indicador de uma hora para outra. Até porque tem que haver mudança de postura com as pessoas, quando eu falo pessoas eu estou dizendo a comunidade e os profissionais que trabalham na área de saúde. Porque até para os profissionais a mudança de paradigma não é fácil. Porque é muito mais fácil você atender um paciente com uma cólica renal dar para ele um medicamento para tirá-lo crise do que ir lá à casa da Dona Maria, Dona Sebastiana e atendê-la. (COORDENADORA DA APS, de 2004 a 2010, 2012).

Após a implantação dessas 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 UAPSFs 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 Municipal², que custou muito aos cofres públicos. No entanto apenas uma unidade de saúde da família foi construída por essa gestão municipal.

Ainda sobre a falta de investimentos em Saúde da Família no município de Uberlândia a Coordenadora da APS menciona que o grande problema da ESF em cidades acima de 100 mil habitantes é exatamente a quantidade de equipes que são necessárias versus a disponibilidade de equipamentos na área física.

Esse foi um problema que Uberlândia sempre enfrentou. Eu estou falando de Uberlândia, mas é toda cidade com a população acima de 100 habitantes. Porque você pega cidade pequena como Tupaciguara ou Indianópolis, por exemplo, que terão uma ou duas equipes, fica fácil para gestão local construir. Agora, Uberlândia, que a proposta pactuada com o Estado e a União foi de 50% de instalação de equipes de ESF, na época era 78 equipes quando foi feito o primeiro estudo (2003). Hoje devido a nossa população estar crescendo muito, 50% de cobertura da ESF serão mais de 100 equipes. E você há de convir que não tem como você atender a todas as coisas ao mesmo tempo. Atenção Primária, Atenção Secundária e Atenção Terciária. Porque do mesmo modo que tem que haver expansão na área de Atenção Primária temos também tem que atender a Atenção Secundária e Atenção Terciária. Porque pegamos uma população já doente, já carente desses atendimentos, uma demanda reprimida já antiga. (COORDENADORA DA APS, de 2004 a 2010, 2012)

²O Hospital e Maternidade Odelmo Leão Carneiro, é administrado pela Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina e a Secretaria Municipal de Saúde de Uberlândia. É um hospital geral de média complexidade e com capacidade para 900 saídas por mês. Além de Pronto-Socorro e Maternidade, também atende especialidades clínicas e cirúrgicas. Localizado em uma área de 55 mil metros quadrados, tem 20 mil metros quadrados de área construída e 258 leitos, divididos em UTI Adulto e Neonatal, Berçário, Maternidade, Pediatria e Internação.

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.

A UAPSF Lagoinha atende a duas equipes e a UAPSF Santa Luzia atende uma equipe, todas no Setor Sul. A UAPSF Alvorada funciona onde funcionava o Centro de Saúde Alvorada, no setor Leste. No momento da pesquisa constatamos que apenas cinco equipes de saúde da família funcionam em locais construídos para serem unidades de saúde. (MOSAICO 1).

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. (MOSAICO 2).

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.

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

(...) é um problema grave, pois 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, 2004 a 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.

Existe também um incentivo do Governo Federal para o custeio mensal das equipes de saúde que, no caso de Uberlândia, é insuficiente para cobrir o salário do médico sendo considerado pequeno pela coordenadora que explica como funciona a distribuição dos recursos.

(...) O Governo Federal arca com aproximadamente 25, 26% às vezes pode chegar até 27% dependendo de algum bônus do valor do custeio das equipes. O governo estadual entra com uns 2 ou 3% não sai disso, às vezes até menos já chegou até 1,3 e 1,5%. E o restante em torno de quase 70% é de responsabilidade do município. Então esse é outro problema grave da estratégia de saúde da família, o custeio. (COORDENADORA DA APS DE 2004 a 2010, 2012)

O valor do custeio mensal das equipes de Saúde Família, em 2012, era de R\$ 871,00 (oitocentos e setenta e um reais) por Agente Comunitário de Saúde (ACS). 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 de 7.130 reais por mês.

Mosaico 1 - UAPSFs Alvorada, Santa Luzia e São Jorge II e III



Autora: Maria José Rodrigues. Dezembro de 2012.

Mosaico 2 - UAPSFs Joana Darc, São Gabriel e Seringueiras I



Autora: Maria José Rodrigues. Junho de 2012.

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. Este normatiza que a equipe multiprofissional deve ser responsável por, no máximo, 4.000 habitantes. 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 (QUADRO 1). 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 abarquem todos esses problemas de acesso inadequado e deficitário para a população dessas equipes.

Quadro 1 - Uberlândia – ESF: população cadastrada por equipe/abril de 2013

Núcleo	Equipe	População cadastrada (abril 2013)
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
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
	Granada II	3.274
	Granada II	4.369

PAMPULHA	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

Fonte: SIAB/Secretaria Municipal de Saúde de Uberlândia, 2013.

Organização: Maria José Rodrigues, 2013.

Com o Plano Diretor de Atenção Primária, uma equipe com população muito grande não consegue seguir 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 ela:

(...) 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 tem sido a principal estratégia de estruturação da atenção básica dos sistemas locais de saúde, desde 1998. 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. 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

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Conselho Nacional da Saúde**. Resolução 196/96. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo Seres Humanos. Brasília, 1996.

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

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).

MONKEN, M. BARCELLOS, C. **Vigilância em saúde e território utilizado**: possibilidades teóricas e metodológicas. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 21(3):898-906, mai-jun, 2005.

RODRIGUES, M.J. **Espaço e serviços de saúde pública em Uberlândia**: uma análise do acesso ao Programa Saúde da Família – Núcleo Pampulha. Uberlândia, 2007.. Dissertação

(Mestrado em Geografia) – Instituto de Geografia, Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia. 2007, p.198f.

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

UNGLERT, C.V.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.