

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA

INSTITUTO DE GEOGRAFIA

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GEOGRAFIA

Área de concentração: Geografia e Gestão do Território



ESPAÇO E SERVIÇOS DE SAÚDE PÚBLICA EM UBERLÂNDIA: uma análise do acesso ao Programa Saúde da Família – Núcleo Pampulha



MARIA JOSÉ RODRIGUES

Uberlândia - MG

2007

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

Maria José Rodrigues

**ESPAÇO E SERVIÇOS DE SAÚDE PÚBLICA EM
UBERLÂNDIA (MG): uma análise do acesso ao Programa Saúde
da Família – Núcleo Pampulha**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Geografia da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Geografia.

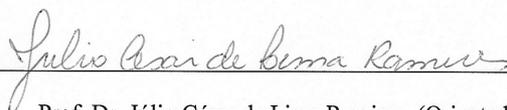
Área de concentração: Geografia e Gestão do Território.

Orientador: Prof. Dr. Júlio César de Lima Ramires

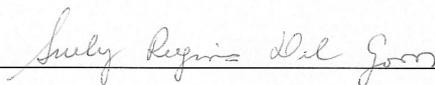
Uberlândia-MG
INSTITUTO DE GEOGRAFIA
2007

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA**Programa de Pós-Graduação em Geografia****MARIA JOSÉ RODRIGUES**

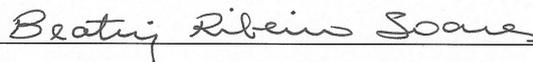
Espaço e Saúde Pública em Uberlândia: uma análise do acesso ao Programa Saúde da Família:
Núcleo Pampulha



Prof. Dr. Júlio César de Lima Ramires (Orientador) - UFU



Profa. Dra. Suely Regina Del Grossi - Católica



Profa. Dra. Beatriz Ribeiro Soares - UFU

Data: 29 / 06 de 2007.

Resultado: aprovada com distinção

**Ao Enio, companheiro de todos os momentos, obrigado por me ajudar com a pesquisa e
por compreender minha ausência.**

**Ao Mateus, concebido no meio do percurso desta pesquisa, e que está nos mostrando o
verdadeiro sentido do amor, tão pequenino, mas já mudou nosso mundo.**

AGRADECIMENTOS

Inicialmente, quero agradecer a Deus pela força espiritual, pois sem Ele não seria possível contornar os momentos de angústias e incertezas.

À memória de minha mãe, Julieta, que se foi no começo de minha jornada no mestrado, mesmo não sendo alfabetizada sempre nos incentivou a estudar.

Ao meu pai, Pedro, semi-alfabetizado, que sente muito orgulho de eu estar aqui, estudando em Uberlândia.

Aos meus irmãos: não dá para citar todos porque somos 11 filhos. Mas não posso deixar de citar a Maria, que sempre torceu por mim e sempre desempenhou o papel de irmã-mãe. À Ereni, irmã e colega do curso de Geografia, esta sabe todos os percalços que passamos durante o curso. À Rosilene, irmã e confidente, sempre me apoiando em todas as decisões. E ao Edvânio, calado e sério, mas um verdadeiro amigo daqueles que ficam feliz com nossas conquistas.

Ao Professor Dr. Julio César de Lima Ramires que, além da orientação nesta pesquisa, apontando caminhos e ajudando a corrigir as falhas, sempre foi um verdadeiro amigo pronto a me ajudar.

Aos professores do Instituto de Geografia da Universidade Federal de Uberlândia, especialmente à Profa. Dra. Beatriz Ribeiro Soares, por ter acompanhado todas as etapas deste trabalho, desde a apresentação do projeto, exame de qualificação e defesa da dissertação. Suas sugestões foram de grande importância contribuindo enormemente para o resultado final.

Ao Prof. Dr. Rossevelt José Santos, pelas conversas e sugestões para a elaboração dessa dissertação.

Ao Prof. Dr. Vitor Ribeiro Filho, pelas sugestões realizadas no exame de qualificação.

A Professora Dra. Sueli Regina Del Grossi que aceitou participar da banca de defesa dessa dissertação contribuindo com suas sugestões para o trabalho final.

A Rúbia Pereira Barra, da Diretoria e Planejamento em Saúde, que muito contribuiu com repasse de informações e conversas informais para a realização dessa pesquisa. Ao Iram e à Margarete, do Núcleo de Informação e Comunicação em Saúde.

Às coordenadoras de equipe do Programa Saúde da Família do Núcleo Pampulha, pela boa receptividade em atender-me durante as entrevistas, fornecendo informações preciosas para a elaboração dos resultados finais e aprendizagem sobre o objeto de estudo.

Aos usuários do Programa Saúde da Família do núcleo Pampulha, sempre dispostos a me contar seus percalços pelos caminhos da saúde pública em Uberlândia.

Aos professores, colegas e amigos da pós-graduação, que caminharam juntos comigo e contribuíram com conceitos, idéias e experiências.

Às secretárias do Instituto de Geografia da Universidade Federal de Uberlândia: Lúcia Elena Peres Ramos, Janete Gonzaga de Freitas Martins, Mizmar Couto de Andrade Costa, Cynara da Costa Machado Silva e Dilsa Cortes Ramos pela atenção e disposição em ajudar.

À Capes, pela concessão da bolsa de estudo.

À Jeane Medeiros, pela sua colaboração na revisão textual dos originais.

E a todos que contribuíram de alguma forma para a realização desta pesquisa.

RESUMO

O presente trabalho teve como objetivo realizar um estudo sobre a organização do espaço a partir da dinâmica e do acesso ao Programa Saúde da Família no Núcleo Pampulha em Uberlândia, Minas Gerais. Para atingir esses objetivos, foram realizadas 160 entrevistas com usuários da área da pesquisa, entre os meses de setembro de 2006 e janeiro de 2007, visando analisar o perfil dos usuários, abordando aspectos ligados à idade, ao gênero, ao nível de escolaridade, à renda familiar, ao meio de transporte, à participação em grupos comunitários. Além disso, procurou-se analisar o nível de satisfação dos usuários em relação à assistência dos profissionais e à qualidade da infra-estrutura da Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF). Também foram realizadas entrevistas com nove coordenadoras de equipe do Núcleo Pampulha, para sabermos sua visão em relação à implantação e ao desenvolvimento das atividades do Programa. Os resultados mostraram que a maioria dos usuários do Programa é do gênero feminino, que possuem renda média de um a três salários mínimos, com baixa escolaridade, que utilizam o ônibus como principal meio de transporte e que tem pequena participação em grupos comunitários. Verificou-se, também, que o Programa tem boa aceitabilidade, com uma avaliação positiva dos profissionais da equipe. Mas existem dificuldades para garantir consultas e exames especializados, evidenciando problemas na articulação da rede com os serviços de média e alta complexidade. Não foram considerados aspectos ligados à organização do espaço do núcleo Pampulha na localização das UBSFs, quando da definição da área de abrangência das equipes. Os conceitos geográficos precisam ser melhor incorporados nas ações do Programa Saúde da Família.

Palavras-chave: Geografia da Saúde, Programa Saúde da Família, Serviços de Saúde, Política de Saúde.

ABSTRACT

The present work had as objective to realize a study on the space organization of the dynamics and the access to the Program Health of the Family at Núcleo Pampulha, Uberlândia, Minas Gerais. To reach these objectives, we research 160 interviews with users of the area, between September of 2006 and January of 2007, aiming to analyze the users profile being approached on aspects to the age, sort, school level, familiar structure, kind of transport, participation in communitarian groups. Moreover, it was looked to analyze the satisfaction level of the users in relation to the professionals assistance and the infrastructure quality of the Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF). Also interviews with nine coordinators of Pampulha team to know them vision about the implantation and development of the Program activities. The results had shown that majority of Program users is feminine, with three basic wages, with low school frequence, half use the bus as main transport and that the participation in communitarian groups is small, were also verified that the Program has good acceptability, with a positive professionals evaluation. But difficulties exist to guarantee specialized consultations and examinations, evidencing problems in the joint of the net with the average services and high complexity. On aspects to the organization of the Núcleo Pampulha space had not been considered in the localization of the UBSFs, to definition of the abrangence area of the teams. The geographic concepts need to be better incorporated in the actions of the Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF).

Keywords: Geography of Health, Family Health Programs, Health Services, Health Politics.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Uberlândia: hierarquia do Sistema de Saúde Pública.....	50
Figura 2 - Uberlândia: Distritos Sanitários, 2004	59
Figura 3 - Triângulo Norte: Macrorregional de Saúde	67
Figura 4 - Uberlândia/Araguari: Microrregionais de Saúde.....	67
Figura 5 – Brasil: Evolução da implantação das equipes de saúde da Família – 1998/2001	87
Figura 6 - Brasil : Evolução da implantação das equipes de saúde da Família no Brasil - 2002/2005.....	89
Figura 7 – Brasil: Situação de implantação da Estratégia de Saúde da Família (Equipes de Saúde da Família - ESF, Equipes de Saúde Bucal - ESB e Agentes Comunitários de Saúde - ACS) - Janeiro/2006	90
Figura 8 - Uberlândia: hierarquização do Programa de Saúde da Família	101
Figura 9 – Núcleo Pampulha: área de abrangência da UBSF Santa Luzia, 2006...	102
Figura 10 - Uberlândia: Núcleos do Programa Saúde da Família em 2006.....	107
Figura 11- Núcleo Pampulha: localização das UBSFs, 2006	123
Figura 12 – São Jorge: habitação de população de maior renda.....	124
Figura 13 - São Jorge: habitação de população de menor renda	124
Figura 14 - Lagoinha: condições precárias de moradia, 2007	126
Figura 15 - Lagoinha : entulho em área de preservação permanente, 2007.....	126
Figura 16- UBSF Shopping Park: fachada externa, 2007	130
Figura 17 - UBSF Laranjeiras: consultório médico, 2007	130
Figura 18 – UBSF Laranjeiras: sala de vacinas e medicação, 2007	131
Figura 19 - UBSF Shopping Park: sala de espera, 2007	131
Figura 20 - UBSF Laranjeiras: sala de espera, 2007.....	132
Figura 21 – Núcleo Pampulha: gênero dos usuários do PSF, 2007.....	135
Figura 22- Núcleo Pampulha: escolaridade dos usuários do PSF, 2007.....	140
Figura 23 - Núcleo Pampulha: meio de transportes dos usuários do PSF, 2007	142
Figura 24 - Núcleo Pampulha: renda familiar mensal dos usuários do PSF, 2007...	144
Figura 25 - Núcleo Pampulha: renda familiar PSF Granada e São Gabriel, 2007....	144
Figura 26- PSF - Núcleo Pampulha: acesso a equipamentos de saúde após a implantação do PSF, 2007.....	154
Figura 27 - Uberlândia: articulação entre as unidades da rede de atendimento à saúde pública, 2007	156
Figura 28 - PSF - Núcleo Pampulha: grau de satisfação da assistência prestada	160

pelos Oficiais Administrativos, 2007.....	
Figura 29 - PSF - Núcleo Pampulha: avaliação da assistência prestada pelos médicos, 2007.....	162
Figura 30 - PSF - Núcleo Pampulha: avaliação da assistência prestada pelos ACS, 2007.....	166
Figura 31 - PSF - Núcleo Pampulha: avaliação da assistência prestada pelas enfermeiras, 2007	169
Figura 32 – UBSF Seringueiras II – População com transtornos mentais, 2006.....	170
Figura 33 - UBSF Lagoinha – Sala de espera, 2006.....	174
Figura 34: PSF- Núcleo Pampulha: confiança na equipe de saúde da família, 2007	175

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Uberlândia: Distrito Sanitário, percentual da população por faixa etária, 2005	60
Tabela 2 – Uberlândia: número de profissionais de nível superior nas UAI's no ano de 1998	69
Tabela 3 - Uberlândia: número de profissionais de nível superior nas UAI's no ano de 2005	70
Tabela 4 - Uberlândia: distribuição dos profissionais por atividade e por núcleo do PSF em 2004	108
Tabela 5 - Uberlândia: distribuição da população segundo o sexo e idade nas áreas cobertas pelo PSF em 2004 e 2005	109
Tabela 6 - Uberlândia: Distribuição da população cadastrada segundo a faixa etária, por núcleo do PSF em 2004.....	110
Tabela 7 - Município de Uberlândia: tratamento e abastecimento de água nas áreas cobertas pelo PSF em 2004 e 2005	111
Tabela 8 - Município de Uberlândia: tipo de habitação nas áreas cobertas pelo PSF em 2004 e 2005.....	112
Tabela 9 - Município de Uberlândia: destino do lixo, fezes e urina nas áreas cobertas pelo PSF em 2004 e 2005	113
Tabela 10 - Município de Uberlândia: Número e proporção de informações da atenção à criança < de 2 anos das áreas cobertas pelo PSF nos anos de 2004 e 2005	116
Tabela 11 - Município de Uberlândia: Número e proporção de informações sobre as gestantes nas áreas cobertas pelo PSF nos anos de 2004 e 2005 – Uberlândia ...	118
Tabela 12 - Município de Uberlândia: Número e proporção de Diabéticos, Hipertensos, Tuberculose e Hanseníase das áreas cobertas pelo PSF nos anos de 2004 e 2005	119

LISTA DE QUADROS

Quadro 1- Uberlândia: número de leitos para o SUS em 2005	63
Quadro 2 - Uberlândia: Unidades de Atenção da Secretaria Municipal de Saúde em 2006	64
Quadro 3 - Núcleo Pampulha: organização do atendimento nas UBSF`s	133
Quadro 4 - Núcleo Pampulha: faixa etária dos usuários do PSF em 2007	139
Quadro 5 - Núcleo Pampulha: profissão dos usuários do PSF, 2007	141
Quadro 6 - Núcleo Pampulha, população por sexo e faixa etária das equipes 16, 17, 18 e 19, em 2006.....	146
Quadro 7 - Núcleo Pampulha: população por sexo e faixa etária das equipes 20, 21, 22 e 23, em 2006	146
Quadro 8 - Núcleo Pampulha: população por sexo e faixa etária das equipes 24, 25, 26 e 27, em 2006	147
Quadro 9 - Núcleo Pampulha: população por sexo e faixa etária das equipes 28, 29 e 30, em 2006	147
Quadro 10 - Núcleo Pampulha: Planos de Saúde dos usuários do PSF, 2007	149

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS - Agente Comunitário de Saúde
AIS - Ações Integradas de Saúde
CAP's - Caixas de Aposentadorias e Pensões
CAPS - Centros de Abordagem Psico-Social
CIB - Comissões Intergestores - Bipartites
CIT - Comissões Intergestores - Tripartite
CPMF - Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira
DICS – Diretoria de Informação e Comunicação em Saúde
DS – Distrito Sanitário
ESB - Equipes de Saúde Bucal
ESF – Equipe de Saúde da Família
FMMS - Fundação Maçônica Manoel dos Santos
FUNASA - Fundação Nacional de Saúde
HCU - Hospital das Clínicas de Uberlândia
IAP's - Institutos de Aposentadorias e Pensões
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICCN - Incentivo de Combate às Carências Nutricionais
INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social.
INPS - Instituto Nacional de Previdência Social
MS – Ministério da Saúde
NCARLS - Núcleo de Controle Avaliação e Regulação de Leitos do SUS
NOAS - Norma Operacional de Assistência à Saúde
OMS – Organização Mundial de Saúde
PAB - Piso de Atenção Básica
PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PNAS - Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde
PDR's - Plano de Diretor de Regionalização da Saúde
PMF - Programa Médico de Família
PMU - Prefeitura Municipal de Uberlândia
PSF - Programa Saúde da Família
SEDUR – Secretaria de Desenvolvimento Urbano
SESP – Serviço Estadual de Saúde Pública
SAMS - Sistema de Atenção Médica Supletiva
SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica
SINASC - Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos
SMS - Secretaria Municipal de Saúde
SNS - Sistema Nacional de Saúde
SUS - Sistema Único de Saúde
SUDS - Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde
UAI - Unidade de Atendimento Integrado
UBS - Unidade Básica de Saúde
UBSF – Unidade Básica de Saúde da Família
UFU - Universidade Federal de Uberlândia

SUMÁRIO

BANCA EXAMINADORA.....	
DEDICATÓRIA.....	
AGRADECIMENTOS.....	
RESUMO.....	
ABSTRACT.....	
LISTA DE FIGURAS.	
LISTA DE TABELAS.	
LISTA DE QUADROS.	
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	
INTRODUÇÃO.....	15
1. ESPAÇO E SAÚDE PÚBLICA EM UBERLÂNDIA: um resgate histórico desde a década de 1980	26
1.1 Espaço e Saúde: alguns conceitos para o encaminhamento da pesquisa	27
1.1.1 Surgimento da Geografia de Atenção à Saúde	30
1.1.2 Década de 1990: emergência dos conceitos de equidade e acesso	35
1.1.3 O reconhecimento da saúde por parte do estado brasileiro.....	39
1.2 A implantação do Sistema Único de Saúde em Uberlândia: organização e hierarquização da rede de serviços de saúde	45
1.2.1 Distritos Sanitários: o modelo de regionalização da saúde em Uberlândia.....	51
2. PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA EM UBERLÂNDIA: um enfoque geográfico	73
2.1 Medicina Familiar: incursão por alguns modelos internacionais	74
2.2 Uma caracterização do Programa Saúde da Família no Brasil	81
2.3 A geograficidade do Programa Saúde da Família.....	96
2.4 A configuração do Programa Saúde da Família em Uberlândia	104
3. UMA CARACTERIZAÇÃO DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA NO NÚCLEO PAMPULHA EM UBERLÂNDIA.....	121

3.1 Programa Saúde da Família – Núcleo Pampulha: caracterização da área de estudo	122
3.2 Coleta e análise dos dados	127
3.3 Programa Saúde da Família: Núcleo Pampulha - caracterização da infraestrutura	129
3.4 Programa Saúde da Família: Núcleo Pampulha - estruturação do atendimento.	132
3.5 Programa Saúde da Família: Núcleo Pampulha - perfil sócio-econômico e etário dos usuários	135
4. O PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA NA VISÃO DOS USUÁRIOS E DAS COORDENADORAS DE EQUIPE DO NÚCLEO PAMPULHA EM UBERLÂNDIA	151
4.1 Programa Saúde da Família – Núcleo Pampulha: uma análise do acesso.....	152
4.2 Programa Saúde da Família - Núcleo Pampulha: perfil das coordenadoras de equipe	157
4.3 Programa Saúde da Família – Núcleo Pampulha: avaliação dos usuários sobre os profissionais da equipe	159
4.3.1 Oficiais administrativos: entre o acolhimento e a função administrativa	159
4.3.2 Médicos e médicas: dedicação ao trabalho no Programa Saúde da Família	161
4.3.3 Agentes Comunitários de Saúde e sua relação com a comunidade adscrita	164
4.3.4 Enfermeiras: função administrativa e trabalho técnico com a comunidade	167
4.4 Programa Saúde da Família e vínculo com a comunidade adscrita.....	171
4.5 Equipes de Saúde da Família: confiança nos diagnósticos de agravos à saúde..	174
CONSIDERAÇÕES FINAIS	177
REFERÊNCIAS	184
ANEXOS	194

Esta pesquisa de mestrado em Geografia discute o acesso à saúde pública em Uberlândia por meio de estudo de caso do Programa Saúde da Família no Núcleo Pampulha. A escolha desse tema está ligada à minha história pessoal, pois durante a minha graduação em Geografia trabalhava em uma clínica de diagnóstico por imagem que prestava serviços para a Fundação Maçônica Manoel dos Santos, administradora dos serviços de saúde municipal, e me intrigava o tempo de espera para se conseguir realizar um exame que, em muitos casos, se prolongava por um ano. Na minha visão, era preciso fazer alguma coisa para que esse serviço funcionasse melhor. Desde então, me interessou bastante a relação entre Saúde e Geografia, já que ela pode ser um instrumento bastante importante para a organização dos serviços de saúde e para a sua melhor equidade e igualdade.

Os estudos sobre a relação Saúde e Geografia atribuem a Hipócrates (480 a.C.) os primeiros registros sobre a relação entre doença e o ambiente onde ela ocorre. No livro *Ares, Águas e Lugares*, além de enfatizar a importância do modo de vida dos indivíduos, o autor analisou a influência dos ventos, água, solo e localização das cidades em relação ao sol, na ocorrência de doenças (PESSOA, 1978; TROSTLE, 1986). No entanto, esse enfoque analítico e ambiental veio abaixo com a teoria da causa divina da doença (TROSTLE, 1986), com a qual se acreditava que as doenças tinham uma razão de ser fundada em causas externas de explicação divina.

Em artigo sobre o assunto Fonseca (1997, p. 8) afirma que

[...] esteve presente desde o início das sociedades ocidentais a teoria da unicausalidade que reconhece que a causa única e fundamental da doença situa-se fora do organismo humano acometido. Surgiu quando o homem não dispunha de meios para controlar a Natureza, e buscava as causas das doenças em fatores externos, geralmente de explicação metafísica, que entrando ou saindo do corpo humano por forças sobrenaturais, provocavam distúrbios quase sem qualquer controle pelo próprio homem.

A relação entre o saber médico e a Geografia foi impulsionada a partir do século XVI com os grandes descobrimentos, que colocaram a necessidade de se conhecer as doenças nas terras conquistadas, visando à proteção de seus colonizadores e ao desenvolvimento das atividades comerciais. Esse período corresponde ao predomínio da concepção determinista da Geografia sobre a relação homem/natureza, de modo que as características geográficas, principalmente o clima, eram colocadas como responsáveis pela ocorrência das doenças. Tal movimento favoreceu o nascimento da medicina tropical, especialidade médica que adota a concepção de que parte das doenças infecciosas e parasitárias é específica de uma faixa do globo terrestre, os trópicos, onde o clima quente debilitaria o organismo humano, expondo-o a estas enfermidades (PESSOA, 1978). Nos séculos XVII e XVIII, predominaram na literatura médica trabalhos altamente descritivos, destacando a influência do meio ambiente sobre o homem.

Os trabalhos de Sobral (1998), Carvalho (1997), Paraguassu-Chaves (2001) analisam a trajetória história da temática Saúde na Geografia, não sendo nosso objetivo resgatar esse processo ao longo dos séculos XVIII e XIX.

A partir do século XX, conseguimos ter um embasamento teórico mais ligado a nossa temática, pois a partir desse momento ocorre praticamente em todo o mundo a progressiva transformação da atenção à saúde, principalmente em relação ao atendimento médico, constituindo-se como uma importante política social. Nesse momento, aparecem novos desafios aos pesquisadores da área da saúde pública, principalmente para aqueles das áreas de políticas, organização de serviços e planejamento. Estes desafios levaram ao aumento de estudos voltados para as políticas de saúde nas últimas décadas. Dentre os vários estudos, destaca-se a análise dos fatores envolvidos nas configurações dos distintos sistemas de saúde

e também das relações estabelecidas entre o Estado e o mercado. No entanto, foram poucas as abordagens preocupadas em analisar o acesso à saúde sob a ótica espacial.

De acordo com Bousquat (2001), a década de 1960 é o marco dos estudos abordando o aspecto espacial. Um deles é o *Medical Geography: Techniques and Case Studies*, editado por Mcglashan em Londres, contendo uma sessão dedicada à Administração de Saúde Pública, com ensaios sobre distribuição da população e serviços, variação na distribuição de médicos, estudos de casos e planejamento, entre outros; o outro estudo é o de Pyle, nos Estados Unidos, que, a partir de um estudo de doença cardíaca, acidente vascular cerebral e câncer, estabelece uma relação entre essas doenças e as necessidades de serviços de saúde. No entanto, até o final da década de 1960 ainda são poucos os estudos que abordam as análises espaciais das políticas de saúde e da distribuição dos serviços de saúde, pois as abordagens espaciais restringiam-se aos estudos epidemiológicos.

No caso brasileiro, quanto aos estudos sobre o acesso à saúde, as contribuições de Unglert; Rosenberg; Junqueira (1987) são as mais importantes nesse começo, já que os autores inovaram ao proporem a incorporação da população como sujeito nos processos de definição de áreas de abrangência de unidades básicas de saúde, incorporando o conceito de “espaço social”, marcado profundamente por determinadas características geográficas. Os autores propuseram uma metodologia que viesse a auxiliar no planejamento da localização de novas unidades de saúde baseado em aspectos geográficos, por meio do adequado planejamento da localização dos serviços de saúde; em aspectos econômicos, pela remoção de barreiras derivadas do sistema de pagamento ou contribuição pelo usuário; em aspectos culturais, com a adequação das normas e técnicas dos serviços aos hábitos e costumes da população em que se inserem; e aspectos funcionais, por intermédio da oferta de serviços

oportunos e adequados às necessidades da população. Considerou-se, ainda, como importante, o respeito à distribuição por aglomerados que a própria população estabeleceu.

Na década de 1980, devido à aceleração do crescimento populacional e à expansão do perímetro urbano, tornaram-se evidentes algumas contradições na cidade de Uberlândia, principalmente em relação à carência de moradias, à degradação ambiental, às demandas por escolas, transportes, às deficiências nos serviços de saúde e segurança pública, agravadas ainda mais pelos vazios urbanos gerados pela especulação imobiliária sem controle.

Soares (1995, p. 202) apresenta como conseqüências desses problemas urbanos os seguintes indicadores, dentre outros:

- área urbana central congestionada, tanto demograficamente em termos de concentração de atividades econômicas, com problemas de trânsito e transportes, poluição sonora, expansão de um comércio ambulante pelas calçadas de suas principais avenidas;
- existências de grandes conjuntos habitacionais nas periferias topográficas da cidade, construídos fora da malha urbana edificada;
- inúmeros vazios urbanos, circundados por bairros de alta densidade habitacional/populacional;
- uma expansão horizontal muito acelerada e induzida pela especulação imobiliária, em que os incorporados atuando sem o controle do Poder Público, impõem a incorporação de novas áreas à cidade, em detrimento da ocupação dos vazios já existentes.

Entre 1970 e 2005, a cidade de Uberlândia teve um crescimento populacional de 411,33% e, segundo estimativas do IBGE (2006), o município conta com 585.262 habitantes.

Todos esses problemas também têm como conseqüência problemas de acesso a equipamentos públicos de saúde, por isso, do começo da década de 1990 até 2005, tem sido realizadas a ampliação e a reorganização das unidades de saúde, visando atender à crescente demanda da população. Deve-se destacar que outros problemas interferem nesse processo, tais

como a insuficiência de recursos financeiros repassados pelo Ministério da Saúde, gestão ineficiente, bem como o modelo assistencial vigente que privilegia as ações curativas. O índice de leitos públicos e privados em Uberlândia, por exemplo, chega a 2,23 por 1000 habitantes e, se forem computados apenas os leitos conveniados ao Sistema Único de Saúde, esse índice cai para 1,29 por 1000 habitantes (Hospital de Clínicas, 2005), muito abaixo dos números estabelecidos pela OMS (Organização Mundial de Saúde), que prescreve cinco leitos por 1000 habitantes, o que deixa claro o fato de que os serviços de saúde não têm acompanhado com a mesma desenvoltura o desenvolvimento econômico da cidade.

Pensando também na questão de ampliação do número de equipamentos públicos de saúde e na melhoria da sua gestão, foi implantado, em 2003, o Programa Saúde da Família que prevê a ampliação da cobertura na área da atenção básica.

Em Uberlândia, não existem estudos na área de Geografia sobre o acesso ao Programa Saúde da Família (PSF) até mesmo porque esse programa tem pouco mais de três anos de implantação, por isso, e por interesse pessoal na temática Geografia e Saúde, optamos por estudar os aspectos ligados ao acesso ao PSF e a outros equipamentos públicos de saúde.

Analisar como está o atendimento à saúde sempre nos causa interesse, portanto. O primeiro motivo é o fato de os bairros que formam o Núcleo Pampulha se localizam na periferia urbana de Uberlândia em uma área com grande contingente populacional de baixa renda e que ainda não possui estudos sobre a espacialização e o acesso à saúde pública. Será que existe uma sobrecarga de serviços nas USBF do Núcleo Pampulha? O PSF melhorou as condições de acesso à saúde? Os usuários estão satisfeitos com o atendimento? Esses questionamentos nos estimularam a desenvolver essa pesquisa.

Outro aspecto é saber como ocorreu a dinâmica da organização espacial dos equipamentos de saúde públicos do Programa Saúde da Família no Núcleo Pampulha.

Procurou-se discutir, igualmente, como ocorre o acesso a exames e consultas especializadas na rede de atendimento público de média complexidade encaminhados para as Unidades de Atendimento Integrado (UAIs) e alta complexidade, Hospital de Clínicas de Uberlândia (HCU).

Esta pesquisa tem uma importância social à medida que o conhecimento geográfico se torna fundamental na consolidação das políticas de saúde. Produzir informações que possibilitem a elaboração de ações sanitárias mais eficazes é a grande contribuição que a Geografia tem a oferecer à área da Saúde.

Considerando a trajetória da área onde está inserida o Núcleo Pampulha, a região dos bairros Granada, São Jorge, Laranjeiras, Santa Luzia, Lagoinha, Carajás e Shopping Park enquanto periferia da cidade de Uberlândia, onde vive cerca de 70 mil habitantes (IBGE/SEDUR, 2006), a maioria sendo população de baixa renda, defendemos que a demanda por equipamentos públicos de saúde seja grande, principalmente nos serviços básicos: ginecologia, clínica geral, pediatria e odontologia. Nesse contexto, pensamos que a qualidade desses serviços seja insatisfatória e que também haja uma inadequação da estrutura física e de recursos humanos às necessidades de oferta de serviços. Pensamos que a regionalização, feita pela PMU para o atendimento em saúde, não corresponda às reais necessidades da população e que parte da população tenha que percorrer outros caminhos para conseguir algum tipo de atendimento.

Assim sendo, a presente dissertação contou com a autorização do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Uberlândia e da Prefeitura Municipal de Uberlândia, por

meio da Secretaria Municipal de Saúde para sua realização, tendo como objetivo geral caracterizar e analisar o acesso ao Programa Saúde da Família no Núcleo Pampulha em Uberlândia, destacando os principais problemas envolvendo esse processo, procurando expor como ocorre a relação oferta/demanda analisada a partir do acesso ao Programa Saúde da Família nas 15 equipes existentes no Núcleo Pampulha. Discutimos também o processo de regionalização definido pela Prefeitura Municipal de Uberlândia em cinco distritos sanitários ocorrido no final da década de 1990. Além disso, realizamos uma análise do acesso à rede de atendimento de média e alta complexidade.

Como objetivos específicos, pretende-se analisar o processo de regionalização e as políticas de saúde realizadas pela Prefeitura Municipal de Uberlândia - PMU a partir da implantação do SUS; caracterizar o processo de implantação do PSF em Uberlândia e o acesso à saúde nas Unidades Básicas de Saúde da Família do Núcleo Pampulha.

Para atingir os objetivos propostos, foi necessário, desde o início da pesquisa, e de forma paralela à realização das visitas, efetuar levantamentos de informações em diversos bancos de dados de diferentes instituições, a exemplo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (Datasus), do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), da Diretoria de Informação e Comunicação em Saúde (DICS), do Processamento de Dados de Uberlândia (PRODAUB) e do Núcleo de Informação em Saúde (NIS), visando à caracterização do município em relação aos aspectos demográficos, sócio-econômicos e das condições de saúde. O levantamento da bibliografia existente sobre o tema foi realizado nos acervos da Biblioteca da Universidade Federal de Uberlândia, da Fundação Osvaldo Cruz (FIOCRUZ), da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), do Ministério da Saúde e da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), por meio digital e impresso.

A primeira etapa deste trabalho consistiu no levantamento do referencial teórico-conceitual, para se ter um melhor embasamento conceitual referente à temática estudada. Foi necessário um levantamento bibliográfico e documental acerca da temática proposta. A leitura de bibliografias centrou-se nos temas em questão: espaço, território, políticas de saúde no Brasil e em Uberlândia. O levantamento documental nos possibilitou acesso a outras fontes de pesquisa, como relatórios, planos e projetos para a saúde e para o desenvolvimento do espaço urbano de Uberlândia.

A pesquisa de campo consistiu na realização de investigação *in loco*: nas 15 Unidades Básicas de Saúde da Família do Núcleo Pampulha, entrevistas com 160 usuários da demanda livre, o que equivale a 10% das consultas mensais oferecidas para esse tipo de atendimento no Núcleo Pampulha e nove enfermeiras (coordenadoras), entre os meses de setembro de 2006 e janeiro de 2007, sendo as entrevistas com as coordenadoras gravadas, com a autorização das mesmas, somando um total de 4,5 horas de gravação e, posteriormente, transcritas, para melhor utilização das informações, além da observação da realidade local.

Por meio da entrevista individual semi-estruturada com as Enfermeiras Coordenadoras, identificamos o perfil destas, a concepção sobre o trabalho no PSF que têm, suas expectativas e perspectivas em relação ao PSF em Uberlândia.

Elaboramos a espacialização das informações para melhor demonstrá-las com a realização do trabalho de campo, utilizando o *software* Auto Cad; além disso, procurou-se realizar registros fotográficos que contribuíssem para ilustrar aspectos evidenciados na concretização da pesquisa proposta, tais como as condições físicas das unidades de saúde.

Realizada essas etapas, procedeu-se à tabulação e à quantificação dos resultados obtidos, por meio da construção de tabelas e gráficos, que possibilitaram demonstrar o perfil

dos usuários do PSF no Núcleo Pampulha e nela abordamos questões como gênero, idade, profissão, nível de escolaridade, renda familiar entre outras. Abordamos, também, aspectos ligados ao nível de satisfação dos usuários em relação ao atendimento prestado pelas equipes do PSF, infra-estrutura e acesso a outras unidades da rede.

A última etapa consistiu na união da pesquisa teórica, de campo e os procedimentos técnicos que envolveram o objeto de análise. Os dados obtidos transformaram em material de base para a finalização do trabalho.

A pesquisa foi estruturada em quatro capítulos. No capítulo um, “Espaço e saúde pública em Uberlândia (MG): um resgate histórico desde a década de 1980”, abordamos os pressupostos teórico-metodológicos e destacamos as preocupações do Estado (município de Uberlândia) em relação ao atendimento e a demanda dos serviços de saúde, a sua lógica de funcionamento destacando processo de regionalização do atendimento à saúde a partir da adoção dos distritos sanitários.

O capítulo dois aborda a estruturação do Programa Saúde da Família no Brasil e mais detalhado em Uberlândia, caracterizando o seu processo de implantação no início dos anos 2000.

A discussão do capítulo dois serviu de subsídio para, no capítulo três, discutirmos o Programa Saúde da Família no núcleo Pampulha em Uberlândia, área que apresenta 15 equipes do Programa Saúde da Família (PSF). Nele fizemos a caracterização da área de estudo descrevendo a configuração das unidades de saúde dessa região, mostrando seu funcionamento, os recursos técnicos disponíveis, a infra-estrutura e as necessidades dos usuários. Por meio das informações obtidas nas entrevistas com os usuários foi possível

caracterizar o seu perfil, a sua visão em relação à infra-estrutura, à qualidade do atendimento, à localização da unidade, bem como o acesso a outras unidades da rede.

No capítulo quatro, foram apresentadas as análises das informações também obtidas durante as entrevistas com os usuários destacando suas opiniões sobre o atendimento prestado pelos Médicos e Médicas, pelas Enfermeiras Coordenadoras, pelos Oficiais Administrativos e pelos Agentes Comunitários de Saúde. Além disso, apresentou-se a análise das informações coletadas com as nove coordenadoras de equipe do Núcleo Pampulha, a visão dessas profissionais da saúde, responsáveis diretas pela gestão dos serviços na escala local, sobre o funcionamento do Programa.

Com esta proposta de estruturação, pretendemos não apenas discutir o acesso em si, mas também as questões ligadas à utilização de conceitos tradicionalmente vinculados à Geografia, como espaço e território, conceitos que vêm sendo utilizados com frequência por outros profissionais, principalmente na área da saúde.

CAPÍTULO 1

ESPAÇO E SAÚDE PÚBLICA EM UBERLÂNDIA: um resgate

histórico desde a década de 1980

1.1 Espaço e Saúde: alguns conceitos para encaminhamento da pesquisa

A relação entre espaço e saúde vem sendo elemento de estudo da história da medicina ocidental e da saúde pública há mais de dois mil. A clássica obra de Hipócrates, *Ares, Água e Lugares*, é citada por inúmeros autores como o marco inicial dessa relação.

A análise da situação de saúde de determinadas populações nas cidades ou no campo é uma tarefa complexa, mas necessária. Nesse contexto, o espaço geográfico deve ser a escala geográfica a ser considerada, pois o conceito de saúde não está relacionado apenas à ausência de doenças, mas também às condições de vida da sociedade no espaço.

O espaço deve ser considerado como as formas da paisagem às quais se agregam os homens, sendo que as relações sociais modificam os significados das formas e seus valores. Em consequência, não há espaço sem ação humana, sem vida e relações sociais. Conseqüentemente, não há como se falar do espaço como atributo, substrato em que simplesmente aconteceriam ‘coisas’. O espaço é entendido como “[...] um conjunto indissociável de sistemas de objetos e de sistemas de ações” (SANTOS, 2004, p. 63).

Ainda para Santos (2004, p. 63), “O espaço é hoje um sistema de objetos cada vez mais artificiais, povoado por sistemas de ações igualmente imbuídos de artificialidade, e cada vez mais tendentes a fins estranhos ao lugar e a seus habitantes”. A artificialidade acontece porque, no começo, a natureza era selvagem, formada por objetos naturais que, ao longo da história, foram substituídos por objetos fabricados, objetos técnicos, mecanizados e, depois, cibernéticos, fazendo com que a natureza artificial tendesse a funcionar como uma máquina. Por meio da presença desses objetos técnicos – hidroelétricas, fábricas, fazendas modernas, pontes, estradas, cidades –, o espaço foi sendo marcado por esses acréscimos, que lhe dão um conteúdo extremamente técnico.

A história se dá no espaço, esse conjunto indissociável, solidário e também contraditório, de sistemas de objetos e sistemas de ações, que não podem ser considerados isoladamente. Conhecer o espaço, categoria de análise da Geografia, oportuniza-nos refletir sobre as relações desse com a sociedade e, em específico, com a saúde.

Para Corrêa (1995, p. 26-7),

[...] a formação espacial reside no fato de se explicitar teoricamente que uma sociedade só se torna concreta através de seu espaço, do espaço que ela produz e, por outro lado, o espaço só é inteligível através da sociedade. Não há, assim, por que falar em sociedade e espaço como se fossem coisas separadas que nós reuniríamos a *posteriori*, mas sim de formação sócio-espacial.

A organização espacial das cidades acontece a partir das relações entre os sistemas de objetos e sistemas de ações, um sistema condiciona o outro e vice-versa. Os conhecimentos da Geografia trazem a oportunidade de refletirmos sobre a saúde e sua relação com a sociedade e o espaço, tendo em vista que a localização geográfica da variação dos indicadores de saúde nos permite a adequação das características da cobertura da atenção e desenvolvimento das ações de saúde por parte do Estado, de acordo com cada realidade local, garantindo, por conseguinte, a qualidade da assistência dada à população local.

Nesse contexto, o espaço passa a ter um papel central no entendimento da saúde e da Geografia. Com a aplicabilidade do conceito “espaço geográfico”, inverte-se o processo corriqueiramente realizado nas investigações em saúde, no qual se parte da doença e como essa se insere no contexto das populações, para o paradigma de como se formaram as condições para o aparecimento da doença. O Programa Saúde da Família, nosso objeto de estudo, vai além, preconizando a prevenção e a promoção em saúde antes que a doença aconteça.

O ambiente interno das cidades é marcado por diferenças em relação à oferta de equipamentos de saúde; essas diferenças levaram-nos a estudar a distribuição espacial dos

equipamentos de saúde pública do Programa Saúde da Família no núcleo Pampulha, em Uberlândia, Minas Gerais.

Nos estudos da área de Geografia Urbana, tem-se focado preferencialmente a estrutura interna das cidades. Esses estudos têm contribuído para o entendimento de como a sociedade materializa-se nas cidades. E a cidade capitalista é resultado das ações do tempo, sendo um produto social, produzindo espaços de exclusão em que o baixo nível de escolaridade e de qualificação profissional, o desemprego e o subemprego estão presentes, reunindo populações em diferentes áreas urbanas, de acordo com sua renda. À medida que o processo de globalização e a evolução tecnológica avançam as disparidades entre as populações aumentam.

Sobre esse assunto Santos (1997, p.15), afirma que:

A nova estrutura da acumulação tem um efeito certo sobre a organização do espaço, visto que ele agrava as disparidades tecnológicas e organizacionais entre os lugares e acelera o processo de concentração econômica e geográfica.

As populações que residem na periferia de Uberlândia ou em áreas urbanas menos valorizadas vivem, muitas vezes, em condições inadequadas de moradia, em condições de subemprego ou desemprego e com dificuldades de acesso a serviços de saúde; em algumas dessas áreas foi implantado o Programa Saúde da Família para minimizar essa dificuldade de acesso a equipamentos públicos de saúde.

Quando se analisa o acesso a equipamentos públicos de saúde de uma população, considerando o espaço no qual ela está inserida, somos instigados a analisar todos os condicionantes desse acesso.

Para Ramires (2000, p. 5), a categoria espaço deve ser usada não apenas como localização de eventos de saúde, mas ela também é importante para estudos nessa área:

A utilização da categoria espaço não pode limitar-se à mera localização de eventos de saúde, mas na análise dos inter-relacionamentos de cada elemento constituinte do espaço. A análise da organização do espaço, por ser um processo contínuo, permite uma visão dinâmica do processo saúde-doença.

A sua aplicação nos estudos da área médica pode se transformar em um instrumento valioso na avaliação do impacto de processos e estruturas sociais na determinação de eventos na saúde.

Sendo assim, os indicadores de saúde podem ser medidos num espaço delimitado, que evidenciam os efeitos das políticas de saúde e os seus resultados para a população. A localização espacial dos equipamentos públicos de saúde torna-se de grande interesse e permite-nos avaliações do impacto da instalação desses equipamentos e a identificação de áreas-problema que necessitam de um maior acompanhamento e intervenções, pois os condicionantes para se ter saúde perpassa pelas condições do espaço que, ocupado, transforma-se em espaço geográfico.

Portanto, o espaço, categoria de análise da Geografia, torna-se importante nas pesquisas que investigam o processo de distribuição e organização de equipamentos de saúde, sendo que a introdução da dimensão espacial nas pesquisas de políticas de saúde constitui um grande avanço na análise dessas políticas.

1.1.1 Surgimento da Geografia de Atenção à Saúde

A partir do século XX, ocorre praticamente em todo o mundo a progressiva transformação da atenção à saúde, principalmente em relação ao atendimento médico, constituindo-se como uma importante política social. O setor saúde chega aos primórdios do século XXI como um segmento bastante capitalizado da economia dos países, movimentando uma fatia importante do Produto Interno Bruto de países tanto Desenvolvidos quanto Subdesenvolvidos.

A partir dessa realidade aparecem novos desafios aos pesquisadores da área da saúde pública, principalmente para aqueles das áreas de políticas, organização de serviços e planejamento. Estes desafios levaram ao aumento de estudos voltados às políticas de saúde nas últimas décadas. Dentre os vários estudos, destacam-se a análise dos fatores envolvidos

nas configurações dos distintos sistemas de saúde e também nas relações estabelecidas entre o Estado e o mercado. No entanto, foram poucas as abordagens preocupadas em analisar o acesso à saúde sob a ótica espacial.

De acordo com Bousquat (2001), dois trabalhos marcam a década de 1960 como o início dos estudos abordando o aspecto espacial. Um deles é o *Medical Geography: Techniques and Case Studies*, editado por Mcglashan em Londres, contendo uma sessão dedicada à Administração de Saúde Pública com ensaios sobre distribuição da população e serviços, variação na distribuição de médicos, estudos de casos e planejamento, entre outros; o outro estudo é o de Pyle, nos Estados Unidos, que, a partir de um estudo de doença cardíaca, acidente vascular cerebral e câncer, estabelece uma relação entre essas doenças e a necessidade de serviços de saúde. No entanto, até o final da década de 1960, ainda são poucos os estudos que abordam as análises espaciais das políticas de saúde e da distribuição dos serviços de saúde, dado que as abordagens espaciais restringiam-se aos estudos epidemiológicos.

No começo da década de 1970, a Organização Mundial de Saúde (OMS) propõe que os estudos das políticas de saúde deveriam ser compostos por uma medição dos níveis de saúde da população; pelo desenvolvimento e teste de novos métodos e programas de serviços de saúde; pela análise de determinantes de utilização de serviços; pela avaliação de programas e sistemas; por análises sociológicas e econômicas da operação de sistemas de atenção à saúde; pelo planejamento da alocação dos recursos, sem mencionar a questão da análise espacial.

A partir da década de 1970, ocorre um avanço significativo nas análises espaciais, principalmente aquelas voltadas à avaliação dos perfis de distribuição de equipamentos. De acordo com Bousquat (2001, p. 73), “esse crescimento foi tamanho que acabou impondo a definição de um novo campo de estudo, que foi denominado Geografia da Atenção à Saúde”.

Ainda de acordo com Bousquat (2001), na maioria das vezes os estudos utilizavam a escala regional, ou seja, as análises são feitas a partir da comparação entre locais, sendo que os espaços eram concebidos de uma maneira homogênea. O acesso vai permear estes estudos quanto à racionalidade, que é marcada por um viés normativo; ou seja, buscam-se metodologias capazes de definir “cientificamente” a melhor forma e o melhor local para se alocar recursos de saúde.

O crescimento dessa nova área de estudo – Geografia da Atenção à Saúde – deu-se em um momento no qual a influência das técnicas e concepções propostas pela Nova Geografia¹ já havia se tornado uma marca bastante significativa, com o aumento de estudos que têm como objeto a difusão de inovações, de equipamentos e a distribuição de profissionais de saúde, sendo as análises metodológicas baseadas principalmente nas novas técnicas de computação, entre outras.

Sob a perspectiva do acesso, ocorrem vários estudos acadêmicos nas décadas de 1970 e 1980, tanto em países “Desenvolvidos” quanto em países “Subdesenvolvidos”. Na maioria das vezes, essa produção esteve voltada para a solução de questões colocadas por necessidades da esfera estatal de atenção à saúde. Os principais temas referiam-se ao planejamento e à provisão de serviços de saúde e de profissionais, sendo que estas aproximações foram basicamente mediadas pela “teoria do lugar central”, proposta por W. Christaller.

Na década de 1930, Christaller formulou uma teoria que se baseava na necessidade de hierarquizar bens e serviços, que teriam abrangências diferentes. A população movimentaria mais ou menos em busca de serviços ou bens com características distintas. Portanto, a

¹ A Nova Geografia ou Revolução Quantitativa caracterizou-se como a corrente que propunha uma ruptura com a antiga Geografia, assumindo-se como porta-voz de um novo paradigma científico. Seus principais objetivos eram a objetividade, a rapidez das análises, a elaboração de modelos e hipóteses que pudessem dar conta de previsões e um esforço de interdisciplinaridade. No entanto, segundo vários autores, a Nova Geografia acabou se restringindo a um método de análise, passível de inúmeras críticas, que desconhece o caráter histórico da relação homem-espço, que descreve com requintes matemáticos, mas não é capaz de explicar as mudanças.

distribuição de serviços de saúde numa área urbana, aonde funções mais elevadas, como aquelas oferecidas por hospitais e especialistas, teriam áreas de abrangência maiores, já que poderia esperar que a população tendesse a movimentar-se mais em torno desta busca. Ficam visíveis, nesta teoria, as diretrizes de regionalização e hierarquização da clientela, tão proclamadas pelo setor saúde.

No Brasil, acerca dos estudos sobre o acesso à saúde, Bousquat (2001) destaca as contribuições de Unglert; Rosenburg; Junqueira (1987), que inovaram com a proposição da incorporação da população como sujeito nos processos de definição de áreas de abrangência de unidades básicas de saúde, incorporando o conceito de “espaço social”, marcado profundamente por determinadas características geográficas. Os autores propuseram uma metodologia que viesse a auxiliar no planejamento da localização de novas unidades de saúde baseado não somente nos critérios tradicionais, mas levando em conta algumas características geográficas relacionadas a tais serviços. Considerou-se, ainda, como importante, o respeito à distribuição por aglomerados que a própria população estabeleceu.

O acesso, em si, talvez não garanta a existência de um direito social, mas a presença física dos equipamentos configura-se como a condição primeira na garantia de sua realização. Provavelmente, o acesso, levando em consideração a distribuição espacial dos equipamentos e serviços, é a primeira condição para viabilizar a utilização dos recursos pelos usuários, sendo um elemento primordial para levantarmos o princípio de que a oferta produz a demanda.

O movimento de deslocamento das análises para as cidades advém do crescente processo de urbanização nos países em desenvolvimento a partir da década de 1970, associados à periferização, ao aumento da desigualdade e da pobreza, em especial nas grandes metrópoles dos países Subdesenvolvidos.

Os estudos que surgiram a partir da década de 1970 procuraram analisar a relação entre urbanização e saúde, apontando para problemas de moradia, disponibilidade de serviços de saúde e problemas de desigualdade social.

A Organização Mundial de Saúde (OMS), por meio de seu ideário, em especial a meta “Saúde para todos no ano 2000”, exerceu uma forte influência nos estudos de atenção à saúde, que teve dois momentos, a partir das ênfases distintas sobre os espaços rurais e urbanos. No primeiro momento, a prioridade era a de se levar a atenção à saúde para as áreas rurais identificadas como espaços de pobreza, em que as cidades são tratadas como espaços homogêneos, até mesmo elitizados. Em um segundo momento, que se acentua a partir dos anos 1980, verifica-se um deslocamento da prioridade para as áreas urbanas.

O aumento crescente da urbanização, principalmente nos países em desenvolvimento, com crescente aumento da pobreza e das cidades como espaço das desigualdades sociais, criou-se a necessidade de se promover a atenção primária de saúde nas cidades. Desde então, houve um crescente aumento de estudos voltados para a identificação de diferenciais intra-urbanos e para a elaboração de metodologias apropriadas para este fim. Começa a ocorrer, então, uma mudança significativa no que diz respeito à percepção do espaço, que passa a ser vista não de forma homogênea, mas constituindo espaços heterogêneos.

O espaço urbano acaba se tornando o resultado de uma história que deve ser concebida como a atividade dos “agentes” ou “atores” sociais, de sujeitos coletivos operando por impulsos sucessivos, projetando e modelando de modo descontínuo extensões do espaço. As propriedades e qualidades do espaço urbano resultam das interações entre os grupos sociais e de suas estratégias, seus êxitos e derrotas. Sendo assim, o espaço urbano é um produto social que resulta de ações acumuladas ao longo do tempo, engendrados por agentes que produzem e consomem o espaço.

Estudos acerca dos diferenciais intra-urbanos também começaram a ser realizados na década de 1990, ocorrendo mudanças na escala de análise. Buscando a identificação precisa de diferenças e desigualdades, muitas vezes associadas às perspectivas das análises de risco, as cidades começam a ser abordadas como espaços heterogêneos.

1.1.2 A década de 1990: emergência dos conceitos de equidade e acesso

Na década de 1990, a questão da equidade e do direito à saúde se tornam os pontos de partida para novas abordagens de estudos tanto da distribuição de doenças como de provisão de serviços, o que causa a proposição de uma nova denominação para essa linha da Geografia, denominada “Geografia da Saúde”.

Duas características são importantes nas análises da distribuição de serviços e equipamentos, partindo-se da perspectiva do acesso: uma relação prescritiva com as políticas de saúde e uma visão de espaços homogêneos, em especial dos espaços das cidades. A partir do rompimento com estas características, começa a discussão sobre a equidade, que se articula ao seu componente espacial. Na maioria das vezes, esses estudos adotam a idéia de saúde como um direito, e não como uma mercadoria ou favor.

O acesso à saúde envolve aspectos que ultrapassam a assistência à saúde. Nesses aspectos, atuam fatores sócio-econômicos e culturais que interagem com aspectos intersetoriais ligados à própria estrutura política de cada país.

Para Unglert, (1990, p. 445),

[...] a acessibilidade dos serviços de saúde é um fator de fundamental importância para que a equidade seja concretizada. A acessibilidade deve ser garantida do ponto de vista: geográfico, através do adequado planejamento

da localização dos serviços de saúde; econômico, pela remoção de barreiras derivadas do sistema de pagamento ou contribuição pelo usuário; cultural, com a adequação das normas e técnicas dos serviços aos hábitos e costumes da população em que se inserem; e funcional, através de oferta de serviços oportunos e adequados às necessidades da população.

Para Vargas et al. (2002), o conceito de equidade se relaciona com aquele que consideramos 'justo' e, portanto, seu significado depende dos valores ou enfoques da sociedade, da justiça social, que adotaram os indivíduos, grupos ou governos. Segundo Porto (2002,), “uma primeira referência ao tema seria a diferenciação feita por alguns autores, entre equidade horizontal – tratamento igual para iguais – e equidade vertical – tratamento desigual para os desiguais”. Culyer (apud PORTO, 2002) refere-se à distinção entre equidade horizontal e vertical expondo dois problemas cruciais: a) quais são os aspectos relevantes para dimensionar, em cada caso, a igualdade ou a desigualdade; b) que se entende por tratamento, ou seja, duas pessoas podem ter um mesmo problema de saúde e, por conseguinte, receberem o mesmo tratamento (equidade horizontal). Entretanto, levando-se em conta as condições físicas, nutricionais e até mesmo emocionais, os resultados podem ser diferentes. Le Grand (apud PORTO, 2002) chama atenção que “haveria sido mais equitativo proporcionar melhores cuidados ao paciente cuja capacidade de resposta fosse presumidamente pior (equidade vertical)”.

De acordo com Vargas et al. (2002, p. 929), “uma análise da equidade nas políticas de saúde, a diferença mais relevante se encontra entre o enfoque igualitarista, que formula os objetivos da equidade em termos de igualdade e o enfoque neoliberal, que expressa o termo em níveis mínimos e máximos de bem estar agregado”.

Porto (2002) aborda, igualmente, a temática da equidade, faz uma pequena digressão acerca dos autores que discutem o conceito de “equidade”, afirmando que todos estes autores trabalham este conceito no sentido de alcance de maiores níveis de igualdade, diferenciando alternativas que, em alguns casos, vão desde igualdade de gastos por pessoa até a igualdade de

resultados. Discorre sobre a existência de um certo consenso, explícito ou implícito, com relação ao tratamento das igualdades – consideradas injustas e evitáveis e, aborda, ainda, a necessidade de intervenção do Estado no processo distributivo, concluindo que igualdade e equidade são sinônimos.

De acordo com Porto (2002), a equidade deve ser entendida como o princípio que rege funções distributivas, as quais têm o objetivo de compensar ou superar as desigualdades existentes, consideradas socialmente injustas e evitáveis. Conclui que distribuições geográficas mais equitativas de recursos financeiros deveriam ser efetuadas por meio da redistribuição em favor de regiões com condições sanitárias e sócio-econômicas mais precárias, para as quais corresponderia um aporte maior de recursos, bem superiores aos estimados somente em função do tamanho da população.

Travassos (1997), por sua vez, distinguiu, inicialmente, no campo sanitário, equidade em saúde de equidade no consumo dos Serviços de Saúde. Distinção importante, haja vista que as desigualdades no adoecer e morrer diferem de forma importante das desigualdades no consumo e no acesso aos serviços de saúde. Na opinião da autora, a igualdade no uso dos serviços não é a única condição para diminuir as desigualdades entre os grupos sociais no adoecer e morrer. Se for verdade, a melhor utilização dos serviços reduz indicadores de morbi-mortalidade; de outro modo, não se pode desconsiderar que serviços de baixa qualidade podem impactar de forma negativa estes mesmos indicadores, a exemplo da prestação de serviços desnecessários ou ineficazes.

Outros fatores foram assinalados como influentes nas condições de saúde da população, além das condições sócio-econômicas, notadamente o nível educacional. Considerando o que foi mencionado, a construção de um sistema de saúde mais igualitário precisa considerar, no momento de seu planejamento, que população com situações sociais diversas apresentarão demandas diferenciadas aos serviços de saúde. No caso brasileiro, a

Constituição Federal de 1988 considerou equidade como igualdade de acesso, e esta tem sido uma categoria utilizada pela maioria dos países, entendendo aí igualdade de acesso como chances iguais de utilizar os serviços de saúde para necessidades iguais.

A Oficina de trabalho - Critérios Epidemiológicos para a locação de Recursos em Saúde – realizada no III Congresso Brasileiro de Epidemiologia, apontou duas recomendações no sentido da redução das desigualdades geográficas: a) necessidade de substituição da atual forma de repasse de recursos, baseada na produtividade, para uma forma de distribuição global; b) ampliação da base de recursos disponíveis para serem distribuídos.

No entanto, como enfatizado por Travassos (1997), uma política distributiva mais igualitária do ponto de vista geográfico por si só não terá impacto positivo na dimensão social das desigualdades. Para essa autora,

[...] a dimensão social da desigualdade no uso de serviços de saúde reflete o caráter seletivo da estrutura do sistema de saúde, pois a organização local desses serviços impacta diretamente o perfil de desigualdades entre os grupos (TRAVASSOS, 1997, p. 328).

Importante destacar que, visto desta forma, até mesmo uma distribuição mais equânime de recursos, sem estar acompanhada de medidas reguladoras eficientes, pode levar ao aumento das desigualdades sociais na utilização intramunicipal. Em Uberlândia, é possível verificar esse fato por intermédio do Programa Saúde da Família, no qual a cobertura ainda é baixa atendendo menos de 30% da população do município, ficando o restante da população sem esse modelo de atenção à saúde, se vendo obrigada a procurar as Unidades Básicas de Saúde (UBS)² para a atenção básica.

Por fim, Travassos (1997) sugere que a superação destas desigualdades no sistema brasileiro de saúde no sentido de uma estrutura mais igualitária, depende da maior disponibilidade de recursos financeiros para o setor, melhor uso dos já existentes e

² Vale lembrar que nas UBS's a política de saúde não segue as mesmas instruções do Programa Saúde Família (PSF), não tem aquela noção de educação, prevenção e promoção em saúde tão propagada pelo referido Programa.

implementação de uma política que favoreça uma distribuição de recursos entre as esferas de governo e a organização da rede local de serviços de forma a garantir a universalidade ao acesso dos mesmos, por meio de melhor distribuição espacial destes serviços e adequação da oferta às necessidades dos diferentes grupos populacionais.

Analisar a produção do espaço urbano sempre se fez necessário para o entendimento do que é fazer Geografia. Pensando nisso e na heterogeneidade dos espaços intra-urbanos, propomos-nos a estudar o Programa Saúde da Família em Uberlândia a partir do núcleo Pampulha, caracterizando o perfil dos usuários do Programa, confiança desses usuários em relação às Equipes de Saúde da Família que lhes prestam atendimento, a opinião das coordenadoras de equipe sobre o Programa, entre outros.

1.1.3 O reconhecimento da saúde por parte do Estado brasileiro

O reconhecimento da saúde pelo Estado brasileiro caminhou a passos lentos e, durante a fase colonial do Brasil, de acordo com Garcia (2003, p. 27), “[...] os físicos eram as pessoas que prestavam serviços médicos. Contudo, os físicos não executavam as atividades que exigiam atividade manual. Neste sentido, a sangria e o clister eram empreendidos pelos barbeiros-cirurgiões”, que deveriam ser pagos em dinheiro ou produtos. As pessoas que não possuíam recursos financeiros eram atendidas pelos padres jesuítas ou nas Santas Casas de Misericórdia.

Até o final do século XIX, o Estado brasileiro não possuía uma forma de atuação sistematizada sobre a saúde de seus habitantes, apenas esporadicamente atuava de forma pontual em situações de epidemia.

No começo do século XX, mesmo com o número exagerado de mortalidade, não existiam hospitais públicos, apenas algumas entidades filantrópicas, mantidas com contribuições e

auxílios governamentais. Para as pessoas com índices mais elevados de renda, havia a assistência familiar. Os hospitais existentes até então contavam apenas com trabalho voluntário, apresentando-se como um depósito de doentes que eram isolados da sociedade com o objetivo de não “contagiá-la”.

Apenas na segunda década do século XX é que o Estado brasileiro começou a intervir na área da saúde, ainda que de maneira mais ligada à previdência social, quando foi criado, em 1919, o seguro de acidentes de trabalho.

Na década de 1920, o Estado criou as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP's) financiadas de forma tripartite: empregados, empresas e governo. Estas caixas eram organizadas por empresas ou categorias profissionais e excluíaam muitos segmentos da população. Porém, os governantes não assumem a gerência destas instituições, que ficam a cargo dos empregados e dos empregadores. Aos poucos, estas caixas passaram a contratar os serviços médicos do setor privado para prestar assistência médica individual aos trabalhadores do serviço privado.

A partir da criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões, o Estado passou a ter a função de garantir a saúde em nível coletivo, com a elaboração de campanhas de caráter preventivo e educativo contra certas doenças como a febre amarela e o sarampo, por exemplo.

Na década de 1930, no governo do presidente Getúlio Vargas, foram criados os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP's), autarquias centralizadas no governo federal, supervisionadas pelo Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio. Estas estruturas, organizadas por ramos de atividade, absorveram a maioria das antigas CAP's, embora algumas tenham sobrevivido até os anos 1960. Ao longo dos anos 1930, foram criados os institutos de marítimos (IAPM), comerciários (IAPC), bancários (IAPB), estiva e transporte de cargas (IAPTEC) e industriários (IAPI). Nos anos 1940, foi criado o último desses institutos - o dos servidores do Estado.

A partir de 1930, ocorre uma centralização das políticas de saúde. A organização da política de saúde ocorre em dois sub-setores: saúde pública e previdência. Devido às reivindicações dos trabalhadores urbanos mais organizados e aos interesses de reprodução da força de trabalho, o sub-setor da previdência social foi ganhando mais importância em termos de política estatal.

Em 1942 foi criado o Serviço Estadual de Saúde Pública (SESP) que, com recursos da Fundação Rockefeller, construiu os primeiros hospitais públicos localizados nas grandes cidades, além de organizar grandes campanhas no interior do país. De acordo com Machado (2004, p. 94),

Tais campanhas eram voltadas principalmente para as regiões Norte e Nordeste – setores da produção da borracha na Amazônia e manganês no Vale do Rio Doce – e abrangiam educação sanitária, saneamento e assistência médica às populações carentes, para evitar a disseminação das endemias rurais, como febre amarela e malária, que estavam dizimando grande parte dos trabalhadores.

Em 1953, foi criado o Ministério da Saúde. Os vários IAP's foram unificados no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) por volta de 1966. Em 1974, o Ministério de Assistência e Previdência Social foi fundado e o INPS transformou-se no Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). Nesse período, ocorreu um crescimento da medicina previdenciária, com a maioria dos serviços de saúde privados localizados em áreas de concentração de riqueza.

Nos anos de 1970, ocorreu a separação das tarefas em relação à saúde entre os dois ministérios supra-citados. O Ministério da Saúde assumiu a função de assistência Médica às pessoas carentes, e o Ministério da Assistência e Previdência Social se responsabilizou por encaminhar os trabalhadores ao setor privado de saúde. Também na década de 1970 foi criado o Sistema Nacional de Saúde (SNS), que teve a intenção de integrar as ações na área da saúde,

ocorrendo maior investimento na área a fim de diminuir as altas taxas de mortalidade infantil, sendo estes canalizados em sua maioria ao setor privado.

Nas décadas de 1970 e 1980, o Movimento de Reforma Sanitária ganhou dimensão nacional. Vários intelectuais, estudiosos e profissionais da saúde pública passam a refletir sobre a saúde brasileira. A partir desse movimento, alguns princípios foram estabelecidos para a saúde pública, como a necessidade de estatização dos serviços de saúde, a descentralização e o direito ao acesso à saúde para todas as pessoas. Os profissionais da área da saúde reivindicaram uma transferência efetiva de responsabilidade, com poder de decisão para estados, municípios e distritos, contrariando a tendência centralizadora, historicamente dominante no setor saúde desde o início do século.

Para evitar a descentralização dos aspectos meramente executivos da política institucional, o projeto de reforma sanitária propunha, em 1986, a criação de conselhos municipais e interinstitucionais de gestão dos serviços de atenção médica. Esses conselhos propunham a participação popular por meio de representantes da comunidade organizada, no planejamento, gestão e avaliação dos serviços de saúde.

Como resultados desse movimento, na década de 1980 foram implementadas as Ações Integradas de Saúde (AIS), os Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS), em especial foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS), instituído na Constituição de 1988.

Os principais objetivos da criação do SUDS eram: descentralizar as decisões políticas e seus desdobramentos operacionais, superar a dicotomia existente no modelo de saúde anterior, mediante a unificação institucional, regionalizar e hierarquizar as redes de atendimento, obter melhor resolução e integração dos serviços e universalizar o atendimento à saúde.

Com a criação do SUS em 1988, a saúde teve um expressivo reconhecimento e inserção na Constituição de 1988, destacando-se a sua inclusão como um componente de

seguridade social, caracterização dos serviços e ações de saúde como de relevância pública, assumindo no artigo 196 que

[...] a saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

O SUS passou a integrar ações e serviços públicos de saúde em uma rede regionalizada e hierarquizada, cuja organização administrativa, com delegação de poderes únicos para cada nível de governo, atendimento integral com maior enfoque nas atividades preventivas e na participação da comunidade.

O Sistema Único de Saúde passou a incorporar toda a população brasileira que necessita de atendimento médico, independente da condição social e de estar ou não trabalhando, representando um grande avanço social.

No entanto, a década de 1990 foi marcada pelo desmantelamento do recente Sistema Único de Saúde, pois vários hospitais públicos foram privatizados e o dinheiro que deveria ser aplicado na saúde, com a criação de impostos como a Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira - CPMF não ocorreu de fato.

Pinotti (2002, A3 apud GARCIA, 2003, p. 30) reconhece a importância da política criada a partir de então:

Nos anos 80, com a implantação do SUDS na prática e do SUS na Constituição, formulou-se política coerente com as necessidades do país: descentralização, universalização e hierarquização de ações. Ainda que com assimetria regional, começou a incorporação dos desassistidos e a adesão da classe média ao sistema público [...].

Um aspecto importante da implementação do SUS no Brasil foi a municipalização da saúde, ou seja, que o município se responsabilize por administrar o dinheiro arrecadado e repassado pelo Ministério da Saúde, promovendo ações de saúde. No entanto, existem vários

obstáculos à concretização deste processo, sendo o principal deles a questão financeira, pois os gastos com saúde no Brasil são bem menores que as reais necessidades.

Na década de 1990, ocorre uma iniciativa em nível federal de melhorar o acesso à saúde com o lançamento de alguns programas, tais como Programa Saúde da Família – PSF e também o Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS e Incentivo de Combate às Carências Nutricionais – ICCN.

De acordo com os dados da pesquisa de *Estatísticas da Saúde Assistência Médico-Sanitária 2005*, realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, com o apoio do Ministério da Saúde, entre 2002 e 2005 houve um acréscimo de 17,8% no número de estabelecimentos de saúde em atividade, que passou de 65.343 para 77.004. O universo total pesquisado apontou 83.379 unidades, sendo 3.606 desativadas e 2.769 extintas. Em relação ao número de estabelecimentos, o setor público obteve as maiores taxas anuais de crescimento na região Nordeste (7% ao ano) e Sudeste (5,8% ao ano), enquanto o setor privado cresceu mais no Centro-Oeste (15,2%) e no Sul (5% ao ano).

Fazendo uma análise histórica sobre o reconhecimento da saúde por parte do Estado brasileiro, percebe-se que, em um primeiro momento, ainda no Brasil Colônia, a saúde era tratada como um aspecto isolado e que as políticas de acesso eram inexistentes. No século XX, houve avanços significativos na área de acesso à saúde, a política da saúde passou de modelo centralizador e autoritário para um modelo descentralizado e hierarquizado, culminando na proposta de municipalização da saúde, que acreditamos ser um modelo interessante, mas que esbarra em um aspecto importante: a gestão financeira.

No item seguinte, faremos uma análise do processo de implantação do Sistema Único de Saúde em Uberlândia, que culminou com a regionalização e a hierarquização do atendimento à saúde por meio dos Distritos Sanitários.

1.2 A implantação do Sistema Único de Saúde em Uberlândia: organização e hierarquização da rede de serviços de saúde

Em Uberlândia, até o começo da década de 1980, a prestação de serviços de saúde era de responsabilidade da Secretaria Municipal de Ação Social e Saúde. A rede pública de serviços de saúde abrangia 11 unidades, sendo seis Centros de Saúde sob gestão do Estado e cinco Unidades Didáticas Avançadas coordenadas pela Universidade Federal de Uberlândia, estes últimos, na verdade, atuavam também como Centros de Saúde e prestavam atendimento médico-odontológico, com programas de saúde.

A Secretaria Municipal de Saúde de Uberlândia foi criada em 1983, por meio da Lei n. 3.995, e regulamentada pelo Decreto n. 2.709/84, e teve como objetivo assumir de forma mais expressiva os serviços de saúde a serem prestados à população. Sua implantação oficial ocorreu de fato em 1984, quando esta assumiu de forma mais expressiva os serviços de saúde a serem oferecidos à população.

Ainda em 1983, ocorreu a assinatura do primeiro convênio entre o Estado e o município: Convênio Geral de intenções para a área da Saúde. A comissão Local de Integração da Saúde – CLIS foi criada em 1984 tendo como membros representantes da Prefeitura Municipal, do Centro Regional de Saúde, da Universidade Federal de Uberlândia e do Instituto Nacional da Previdência Social - INAMPS. De acordo com Salomão (1999), a criação desta comissão marcou o início da interinstitucionalização do setor para a realização de um atendimento mais abrangente e hierarquizado na área da saúde, começando o processo de integração entre a Prefeitura Municipal e o Estado, ocorrendo a unificação da rede em termos de programação e elenco de atividades, bem como de uma supervisão técnica conjunta.

No caso da Universidade Federal de Uberlândia, o relacionamento se dava mais como uma troca: a prefeitura cedia profissionais a essa instituição, obtendo a garantia de encaminhamento de alguns exames laboratoriais. A referência especializada e hospitalar era informal. Neste momento, não havia o desenvolvimento de programas em conjunto em termos técnicos e administrativos. Embora muito dessas ações fossem informais, havia uma importância histórica nesse exercício que culminaria, posteriormete, na real municipalização da saúde em Uberlândia. Neste contexto, foi aprovado pelo INAMPS o Plano Operativo do Programa de Ações Integradas de Saúde – PAIS.

Em 1985, foi firmado, entre o INAMPS e a Prefeitura Municipal de Uberlândia, o convênio denominado de Ações Integradas de Saúde – AIS. No período compreendido entre 1983-1986, a rede de serviço de saúde foi ampliada com a criação de 12 novas unidades de saúde. Esta modalidade de programa, com seu respectivo financiamento, daria lugar, em 1987, ao Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde – SUDS. O SUDS propunha uma maior autonomia do município nas ações de saúde, mas este não se efetivou em Uberlândia devido a desentendimentos políticos entre o Governo do Estado de Minas Gerais e o Governo Federal.

Com a promulgação da Constituição de 1988, foi criado o Sistema Único de Saúde – SUS em substituição ao SUDS. No plano legal, o processo de reforma da saúde foi regulamentado pela lei n. 8.080, de 19/09/1990 e pela lei complementar n. 8.142, de 22/12/1990, que tratam das normas gerais de funcionamento do SUS, especialmente sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. Somente três anos após a lei orgânica os critérios para o repasse dos recursos do governo federal para os municípios tornaram-se efetivos e sistemáticos.

O Sistema Único de Saúde (SUS) representa a maneira como os serviços de saúde se organizam em todo o Brasil e suas principais características são o direito de todos à saúde; a

responsabilidade do Poder Público pela fiscalização e regulamentação dos serviços, além de sua execução; a unificação, a descentralização e a regionalização dos serviços; a participação da sociedade e o financiamento compartilhado entre as três esferas de governo. Outro aspecto essencial é o comando único em cada uma das esferas de governo e é este o papel exercido localmente pela Secretaria Municipal de Saúde, o órgão gestor do SUS no município de Uberlândia. O SUS é formado por cinco componentes principais: a gestão, a intergestão, o controle social, a prestação de serviços e as parcerias. Os componentes mencionados acima serão detalhados em outro momento desta dissertação.

A década de 1990 foi marcada por ações e políticas que visavam consolidar a implantação do SUS em Uberlândia. A partir de 1991, com o início da municipalização, proposta pelas normas do SUS, a Secretaria Municipal de Saúde assumiu o controle da rede ambulatorial do Estado e também da rede privada contratada. Neste período, a rede municipal experimentou um grande crescimento, com a criação de três Unidades de Atendimento Integrado – UAI, com serviços de urgência e emergência. Serviços especializados e de apoio e diagnóstico foram implantados, estruturou-se um sistema de informatização e a conseqüente remodelação administrativa.

Em 1991, foi elaborado para o município de Uberlândia o Plano Diretor de Saúde, o qual serviu de instrumento para o desenvolvimento setorial da saúde e também da municipalização, dentro das normas e princípios do SUS. Nesse documento, determinou-se a construção das Unidades de Atendimento Integrado, unidades de média complexidade tecnológica, tendo como um dos objetivos diminuir o fluxo de demanda para o Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia.

Pode-se dizer que a dinâmica do processo de descentralização das políticas de saúde assume um sentido de municipalização mais efetiva, pois a esfera municipal de governo passa a assumir as funções de coordenação e gestão da política de saúde em seu território. A

competência para formular e gerir a política de assistência à saúde esteve historicamente vinculada à esfera federal. No entanto, atualmente, os municípios se vêem diante da tarefa de gerir uma rede de serviços heterogênea e não integrada institucionalmente.

Em 1993 foi firmado um convênio entre a Secretaria de Saúde do Estado e a Prefeitura Municipal de Uberlândia, que definiu o repasse de recursos financeiros ao município, para custeio de ações de saúde, incluindo o resíduo dos Recursos para Cobertura Ambulatorial (RCA).

Em 1996, o município habilitou-se junto ao SUS na modalidade de gestão semi-plena e, em 1998, na gestão plena. A gestão semi-plena do Sistema de Saúde caracteriza-se pela completa responsabilidade sobre a gestão da prestação de serviços que vão desde o planejamento à contratação e ao pagamento dos prestadores da rede ambulatorial e hospitalar.

Já na gestão plena do Sistema de Saúde, Estado e Municípios passam a responsabilizar-se não apenas pela assistência, como já ocorre na gestão semi-plena, mas também pelo conjunto das demais ações de saúde pública não descentralizadas até então, como a Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiológica e controle de endemias.

A Geografia da Saúde vem estudando a lógica espacial dos equipamentos ligados à saúde, a fim de buscar uma melhor distribuição/acesso ao atendimento, minimizando gastos públicos ou identificando falhas no sistema de cobertura.

Nas pesquisas realizadas por geógrafos, procurou-se dar mais privilégios à distância física, envolvendo, em muitos casos, recursos computacionais ligados a sistemas de informações geográficas. No entanto, os estudo da localização de equipamentos de saúde tem assimilado conceitos de hierarquização e acessibilidade, não limitados a uma simples análise da distância física. A hierarquização destes equipamentos normalmente baseia-se na Teoria das Localidades Centrais de Christaller, que institui os conceitos de limiar e alcance para a introdução de um serviço num mercado.

De acordo com Machado (2004, p.111),

Sob a orientação da Organização Mundial da Saúde, da Organização Pan-americana da Saúde e dos ministérios ligados á área, foi aplicada quase que universalmente, para o caso da distribuição de equipamentos de saúde, a teoria em que cada espécie de serviço teria uma procura mínima, a qual, por sua vez, estaria limitada a uma determinada área de atuação.

Ainda de acordo com Machado (2004), os serviços de saúde no Brasil foram organizados em níveis hierárquicos crescentes e alocados em unidades que compõem um sistema cuja matriz é constituída por postos e centros de saúde, ambulatórios ou policlínicas, hospitais gerais e especializados.

Para entendermos a configuração dos serviços de saúde, faz-se necessário traçarmos a tipologia dos equipamentos médico-hospitalares em função de seu grau de incorporação tecnológica.

Elias (1992) propõe que a classificação dos serviços ou equipamentos de saúde, oferecendo uma tipologia em conformidade com os diferentes níveis de atendimento e complexidade tecnológica deve ser a seguinte:

- **equipamentos de nível primário:** oferecem, no geral, serviços externos, ambulatoriais, nas áreas de promoção da saúde (por exemplo, puericultura, vacinação, cuidados pré-natais e fluoretação dentária) e prevenção e detecção de doenças (por exemplo, hipertensão e diabete melito), funcionando essencialmente com base em quatro áreas fundamentais da atividade médica: pediatria, ginecologia, clínica médica e medicina social. No caso de Uberlândia, as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e as Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF) oferecem atendimento em nível primário, com uso de pouca tecnologia;

- **equipamentos de nível secundário:** constitui-se das maternidades, prontos socorros (estabelecimentos com atendimento contínuo para as situações de urgência e emergência médica e/ou odontológica, com leitos destinados à observação e/ou à acomodação daqueles que aguardam remoção hospitalar) e hospitais distritais, além das policlínicas (que apresentam

atendimento ambulatorial especializado), clínicas, casas de saúde ou centros médicos, em que se oferece um atendimento ambulatorial e de internação, clínico e cirúrgico, restrito ou não a uma especialidade (por exemplo, uma clínica de doenças respiratórias). As Unidades de Atendimento Integrado (UAI) são exemplos de equipamentos destinados ao atendimento em nível secundário em Uberlândia;

- **equipamentos de nível terciário:** compreendem os hospitais, estabelecimentos voltados essencialmente para a assistência médica em regime de internação, geralmente em áreas urbanas, funcionando dia e noite. Possuem distintos graus de incorporação tecnológica e dispõem de médico e pessoal de enfermagem em regime permanente. Podem ser classificados segundo o porte (pequeno, médio ou grande) e o grau de incorporação tecnológica (pequeno, moderado e grande), sendo que alguns deles são voltados exclusivamente para o atendimento especializado. Os hospitais estaduais e universitários fazem parte desse nível. Em Uberlândia, o Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia é um exemplo de prestador de serviços de nível terciário, bem como alguns hospitais da rede privada. A hierarquia de sistema de saúde em Uberlândia pode ser visualizada na FIGURA 1.

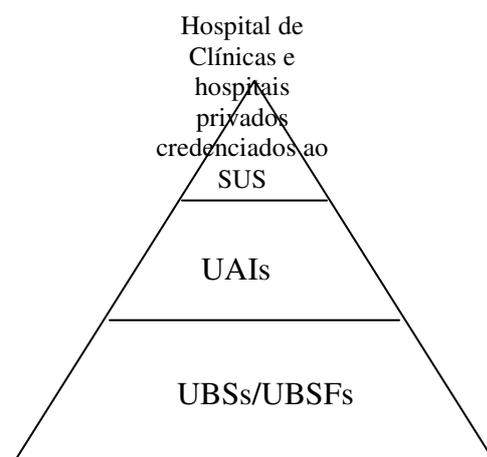


FIGURA 1 – Uberlândia: hierarquia do Sistema de Saúde Pública em 2007.
 ORG.: Rodrigues, M.J., 2007

É possível constatar, pela análise da figura acima, que as Unidades Básicas de Saúde – UBSs e as Unidades Básicas de Saúde da Família – UBSFs devem ser a porta de entrada do sistema público de saúde em Uberlândia. No entanto, muitas pessoas tentam burlar essa indicação e acabam não passando pelas UBS e UBSF antes de tentar uma consulta nas UAIs e no Hospital de Clínicas, o que acaba dificultando o atendimento público de média e alta complexidade em Uberlândia. Isso acontece também porque a rede de serviços não está bem estruturada e, muitas vezes, o paciente demora muito para conseguir um encaminhamento do PSF para as UAIs e/ou Hospital de Clínicas, já que o Programa não oferece atendimento de urgência e emergência, muitas pessoas quando passam mal e precisam de atendimento médico consultam direto nas UAIs, principalmente.

1.2.1 Distritos Sanitários: o modelo de regionalização da saúde em Uberlândia

Seguindo a orientação do Sistema Único de Saúde, Uberlândia regionalizou a parte operacional da saúde na década de 1990 em Distritos Sanitários.

De acordo com Guimarães (2005 p. 1021),

A região de saúde é definida como um espaço político-operativo do sistema de saúde, no qual, por via institucional, é possível estabelecer maior sinergia entre os diferentes níveis da gestão dos serviços de saúde e enfrentar os entraves para o estabelecimento do comando único das ações de saúde.

A rede de serviços de Saúde de Uberlândia segue a lógica do sistema segmentado de saúde, com a maior parte da população dependente do SUS, enquanto outras integram o Sistema de Atenção Médica Supletiva (SAMS) e o Serviço de Desembolso Direto (SDD). De acordo com Mendes et al. (1999), os sistemas segmentados são aqueles que segregam

diferentes clientelas em nichos institucionais singulares. Disso resulta uma integração vertical em cada seguimento e uma segregação horizontal entre eles, no qual cada segmento, público ou privado, exercita as funções de financiamento, regulação e prestação de serviços para sua clientela particular. Ainda de acordo com Mendes et al. (1999), esse é o sistema que mais acomoda o interesse de todos atualmente no Brasil.

As discussões sobre as mudanças nas práticas sanitárias e a construção do Sistema Único de Saúde no Brasil tiveram início na década de 1970 com o movimento da Reforma Sanitária. Com a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, o que contou com a participação de vários seguimentos da sociedade, discutiu-se a situação da saúde no país, aprovando um relatório cujas recomendações passaram a construir o Projeto da Reforma Sanitária Brasileira, ocorrendo a reorientação do sistema de saúde com a proposta da implantação do SUS, destacando a importância estratégica do Distrito Sanitário como base para a nova configuração da rede nacional de serviços de saúde.

A Lei Orgânica da Saúde, Lei n. 8.080, que dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, no capítulo III, referente à organização, direção e gestão, no inciso 2º, consolidou o Distrito Sanitário como forma estratégica de responsabilizar e reavaliar as políticas no nível local.

O Programa de Desenvolvimento de Recursos Humanos da Representação da Organização Pan-Americana da Saúde no Brasil, com a participação do Ministério da Saúde, lança, em 1993, a publicação “Capacitação em Gerência de Unidades Básicas de Saúde do Distrito Sanitário”, com o objetivo de apresentar uma proposta de capacitação voltada para a elevação dos padrões de qualidade e produtividade das unidades básicas de saúde, como parte do esforço de cooperação técnica para a implantação dos Distritos Sanitários. Essa publicação tinha a seguinte proposta:

Deve ser entendida como um dos instrumentos de alavancagem do processo de (re) organização dos serviços, integrante de um conjunto de medidas como ponto comum é ter, na sua origem, a decisão política de oferecer atendimento às necessidades de saúde de forma universal, equânime e de boa qualidade. O pressuposto para a realização do curso e, ao mesmo tempo, sua pauta de condução será sua inserção no processo de mudança das práticas sanitárias voltadas para a efetivação do Sistema Único de Saúde, o que significa dizer, mais concretamente, sua coerência com o processo de criação e desenvolvimento de Distritos Sanitários. (BRASIL, 1993, p. 9).

Devido à complexidade em coordenar uma rede de serviços em uma cidade do tamanho de Uberlândia, que apresenta grande extensão territorial com 4.115,09km², sendo 219km² de área urbana e 3.896,09km² de área rural, foi necessário setorizar a atenção à saúde no município, que teve como referência a divisão político-administrativa estabelecida pela Lei n. 6022, de maio de 1994, que criou os Setores Territoriais Urbanos com o estabelecimento de um sistema de setorização, referencial e direcionamento na área territorial urbana no município.

A coincidência dos Distritos Sanitários com territórios político-administrativos previamente delimitados apresenta, dentre outras, a vantagem da possibilidade de uma integração da autoridade sanitária com responsáveis por outros setores, contribuindo para a facilitação de uma ação intersetorial, considerando-se, principalmente, a agregação de diferentes bases de dados nesse tipo de divisão.

De acordo com Salomão (1999, p. 89) “os distritos foram subdivididos, tendo como referência a área de abrangência de cada uma de suas Unidades Básicas de Saúde - UBS, determinando um território de co-responsabilidade pela saúde naquele espaço entre população e serviço”. Na área de abrangência de cada UBS, ficaram estabelecidas áreas homogêneas de risco levando em consideração as condições sócio-econômicas e sanitárias. Apesar dos gestores locais afirmarem ter levado em consideração os aspectos epidemiológicos, o que se observou foi a delimitação das condições de saúde por meio de um recorte territorial já existente, ou seja, os Setores Territoriais Urbanos. Nesse processo, não foram consideradas as

barreiras geográficas, a organização espontânea da comunidade e muito menos o fluxo espontâneo da população.

Segundo um dos princípios constitucionais do SUS, a regionalização e a hierarquização deve ser organizada em níveis de complexidade tecnológica crescente, dispostos numa área geográfica delimitada e com definição da população a ser atendida, sendo este princípio a base para a implantação dos Distritos Sanitários.

A delimitação do espaço territorial é um dos passos básicos para a organização dos serviços de saúde. Os sistemas de saúde mais eficazes, eficientes e equitativos têm como elemento comum a sua estruturação numa base territorial, tal como acontece na Suécia, Finlândia, Inglaterra, Costa Rica, Cuba e outros países (MENDES et al. 1999).

Para Di Villarosa (1993, p.11).

O território – lugar onde é gerada a demanda de saúde – não é concebido em termos meramente físicos, mas sim como o produto da interação entre diferentes atores sociais, cada um com suas necessidades e demandas. Este território, portanto, é definido por critérios sociais, econômicos, culturais e epidemiológicos. Além disso, o território é definido como assimétrico, na medida em que as características sócio-econômicas – e, portanto as necessidades de saúde – não se distribuem de forma homogênea dentro dele.

A adoção dos distritos sanitários é um dos princípios básicos do processo de descentralização proposto pelo SUS. O Distrito Sanitário surge como um modelo gerencial capaz de proporcionar uma gestão mais racional e eficiente do atendimento médico, buscando organizar o espaço de forma a proporcionar maior facilidade de acesso dos usuários do sistema público de saúde e uma melhor gestão por parte da Secretaria Municipal de Saúde.

Mendes et al. (1999, p.160), versando sobre a criação dos Distritos Sanitários, afirma:

[...] a criação de Distritos Sanitários passa, fundamentalmente, pela definição de um certo espaço geográfico, populacional e administrativo, ao lado da criação de instâncias de coordenação do conjunto de estabelecimentos de saúde localizados neste espaço [...] nessa perspectiva, define-se com base em critérios populacionais e político administrativos.

A referência para definição dos Distritos Sanitários é o tamanho da população e a capacidade instalada de serviços de saúde. Em geral, os limites do Distrito Sanitário no Brasil obedecem ao tamanho do município. No entanto, nas grandes cidades poderão ter vários distritos, enquanto que um consórcio de pequenos municípios pode vir a formar um único Distrito Sanitário.

De acordo com Vaughan; Morrow (1997, p. 1) “O Distrito Sanitário (DS) é a unidade mais periférica de administração sanitária, que detém responsabilidade e poder decisório ante a política local de saúde”.

Na tentativa de ordenar a situação de divisão do território dos distritos sanitários para melhor atender às necessidades e possibilidades das práticas de intervenção, subdivide-se o território do Distrito Sanitário em: Território-Distrito, Território-Área, Território Microárea e Território Moradia. Cada um desses territórios estrutura-se por lógica própria, tendo objeto diferenciado e sustentando-se em disciplinas distintas. Abordaremos esses diferentes conceitos de forma mais detalhada em outra oportunidade.

Segundo Barra (2003, p. 51),

O Distrito Sanitário é o ponto natural de encontro entre a organização e planejamento baseado nas necessidades locais de saúde e as diretrizes de planejamento e desenvolvimento provenientes da administração central sendo, portanto, o local onde as necessidades da comunidade devem ser conciliadas com as prioridades governamentais.

Deve-se destacar que muitos autores da área da saúde, ao valorizar a dimensão espacial, acabam incorporando de forma equivocada algumas categorias centrais da ciência geográfica como território, espaço e lugar.

De acordo com Mendes et al. (1999), existe, na prática, duas concepções de Distrito Sanitário. A concepção “topográfica-burocrática” e a concepção como “processo social”. A concepção topográfica-burocrática – a mais encontrada na experiência brasileira de implantação de Distritos Sanitários – reproduz a regionalização administrativa das estruturas

das secretarias Estaduais de Saúde (Diretorias, Escritórios Regionais de Saúde), criando distritos segundo a instância burocrática, sem tocar a questão fundamental do paradigma assistencial. Nesse sentido, o Distrito Sanitário não vai além de uma reforma administrativa que se dá no âmbito do município. Este é o caso do município de Uberlândia.

No entanto, a concepção de Distrito Sanitário como “processo social” vai além das discussões administrativas e políticas do processo de descentralização, utilizando o planejamento estratégico na área da saúde, a acessibilidade dos usuários ao serviço, adstrição de clientela, sistemas de referência e contra-referências, implant ação da desagregação das informações, forma e mecanismo de incorporação da população organizada nas decisões e controle sobre os serviços de saúde.

Para Tasca et al. (1994), a implantação dos distritos sanitários é uma ação importante para a desagregação das informações em saúde. Para conhecer mais detalhadamente as diferentes realidades do território de um distrito sanitário, sobretudo a localização dos problemas prioritários, é fundamental trabalhar com mapas que permitam analisar a distribuição espacial de situações de risco e dos problemas de saúde.

Seguindo as diretrizes do Sistema Único de Saúde de Regionalização e Hierarquização, nas quais se menciona que os serviços devem ser organizados em níveis de complexidade tecnológica crescente, dispostos numa área geográfica delimitada e com definição de população a ser atendida, alguns municípios brasileiros começaram a discutir o Distrito Sanitário além da natureza administrativa e política, enfocando a concepção “processo social”.

Em Uberlândia a proposta de distritalização sanitária iniciou durante as discussões do desenvolvimento gerencial em unidades da rede básica de saúde (Projeto GERHUS) – elaborada como atividade da colaboração técnica do Ministério da Saúde/ Organização Panamericana da Saúde – sob responsabilidade do Programa de Desenvolvimento de

Recursos Humanos da Representação do Brasil. A implementação deu-se por meio da parceria entre a Secretaria Municipal de Saúde e a Universidade Federal de Uberlândia, a partir de 1994; no entanto, a implantação dos Distritos Sanitários ocorreu de fato a partir de 1997.

Para cada Setor Territorial Urbano, definiu-se então um Distrito Sanitário sendo: Distrito Sanitário Central, Distrito Sanitário Leste, Distrito Sanitário Oeste, Distrito Sanitário Sul e Distrito Sanitário Norte, conforme podem ser vistos na FIGURA 2.

Os cinco Distritos Sanitários foram subdivididos tendo como referência o território da área de abrangência de cada unidade de saúde. De acordo com Mendes et al. (1999), território da área refere-se à primeira subdivisão do Território-Distrito, significa área de abrangência de uma unidade ambulatorial de saúde, sendo delimitada em função do fluxo e contrafluxo de trabalhadores de saúde e da população em um determinado território. No entanto, o território área ou área de abrangência de algumas unidades de saúde, por questões de acessibilidade e deficiência no número de unidades, englobam bairros ou parte dos mesmos situados em outro Distrito Sanitário.

De acordo com Mendes (1999), dentro do território-área existe a subdivisão em território-microárea, que se impõe na medida em que os problemas de saúde não se distribuem de forma simétrica, a identificação de espaços onde se concentram grupos populacionais mais ou menos homogêneos de acordo com suas condições de saúde e vida, podendo ser consideradas áreas de maior risco.

Dentro do que Mendes (1999) chama de território-microárea inclui-se o território-moradia, entendido como espaço de vida familiar, *locus* para o desencadeamento de ações de intervenção sobre algumas causas dos problemas de saúde e seus efeitos, por meio de práticas de vigilância à saúde, deve ser realizado acompanhamento nessas unidades, o que é preconizado pelo Ministério da Saúde, através da Estratégia de Saúde da Família, por meio do

Programa Saúde da Família, implantado em alguns bairros de Uberlândia, dados os riscos sociais em virtude das condições sócio-econômicas. Sendo um programa direcionado para populações carentes e que tem pouco acesso aos equipamentos de saúde. As condições de vida dessas populações e o acesso aos equipamentos públicos de saúde a um núcleo do Programa Saúde da Família serão tratados nos capítulos três e quatro. De acordo com Barra (2003), a lógica da estruturação dos Distritos Sanitários em Uberlândia baseou-se na constatação de barreiras geográficas impeditivas de livre circulação, sendo considerados os recursos existentes e a distância-tempo de demanda da população a unidade de saúde.

As unidades de saúde do Sistema Único de Saúde no município que determinaram o território de co-responsabilidade usado como referência para a implantação dos Distritos Sanitários foram as seguintes:

- Unidades Básicas de Saúde – UBS;
- Unidade de Atendimento Integrado – UAI;
- Postos de Saúde da Zona Rural;
- Hospital de Clínicas de Uberlândia – HC/UFU.

Os dados referentes à população por distrito sanitário, na TABELA 1, mostram que existe predomínio de população adulta em todos os distritos, indicando que a população vem deixando a tradicional forma de base larga (maior número de crianças) para uma aparência mais “bojuda”, ou seja, maior contingente de adultos, maior número de pessoas em idades centrais (entre 15 e 59 anos), população que busca trabalho e pressiona a economia local por empregos e educação.

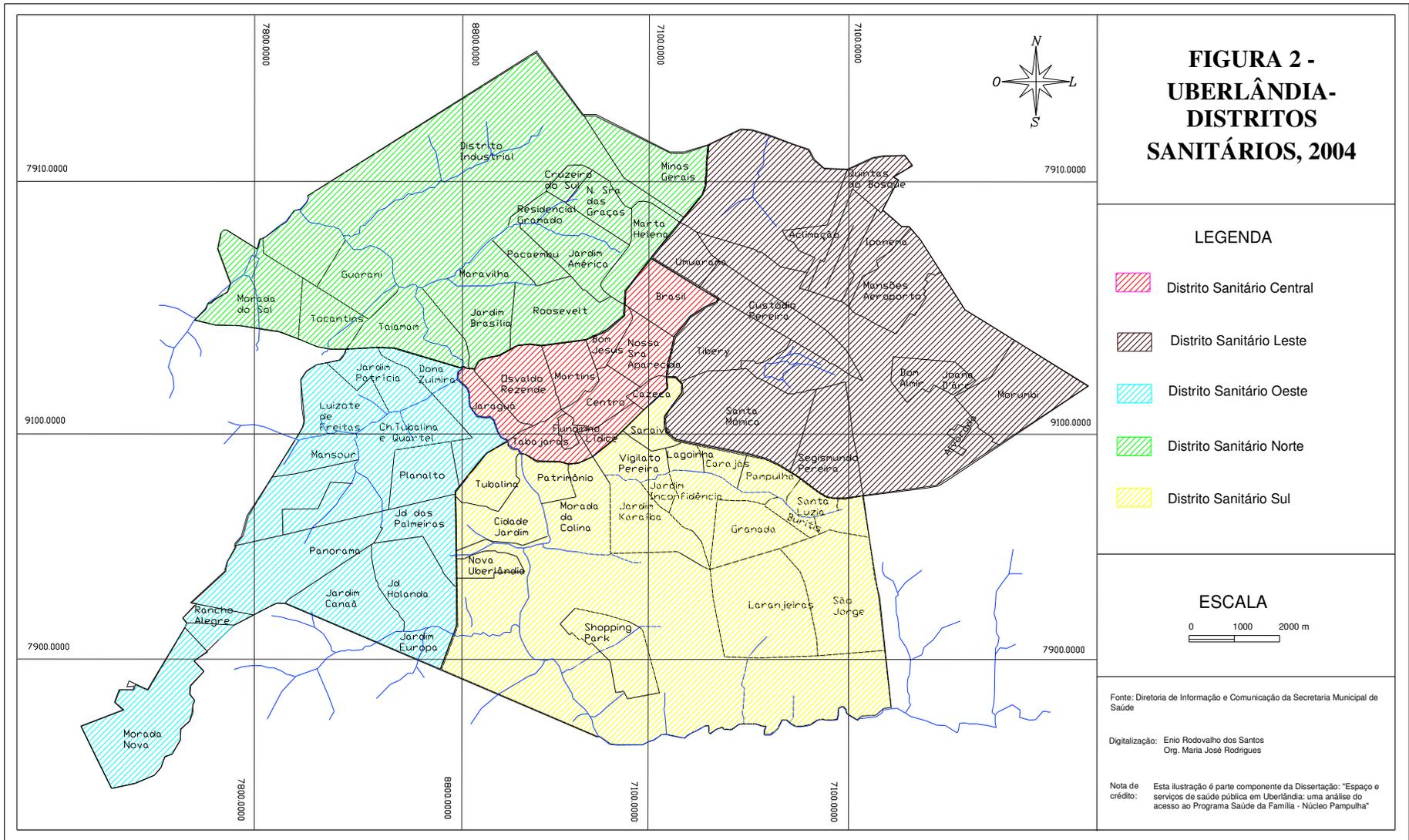


TABELA 1 - Uberlândia: Distritos Sanitários, percentual da população por faixa etária, 2005

Faixa Etária	Leste	%	Oeste	%	Central	%	Norte	%	Sul	%	Total
< 01 ano	1.827	1,4	2.362	1,8	1.051	1,1	1.470	1,5	1.638	1,6	8.348
01 a 04 anos	7.912	6,3	9.574	7,4	4.305	4,3	6.385	6,3	7.276	7,1	35.452
05 a 14 anos	21.577	17,1	24.529	19,0	13.326	13,4	16.610	16,5	19.682	19,2	95.724
15 a 59 anos	85.103	67,3	85.467	66,2	66.423	66,9	67.703	67,3	67.620	65,9	372.316
> de 60 anos	10.043	7,9	7.159	5,5	14.248	14,3	8.425	8,4	6.434	6,3	46.309
Total	126.462	100	129.093	100	99.353	100	100.593	100	102.650	100	558.333

FONTE: IBGE; e SEDUR (2006).

ORG.: Rodrigues, M. J., 2007.

O Distrito Sanitário Oeste apresentava uma população de quase 130 mil habitantes, sendo a maior população por distrito em Uberlândia; proporcionalmente, é o distrito com maior população menor de um ano e com menor proporção de idosos. Nesse Distrito, foram construídas duas Unidades de Atendimento Integrado, uma inaugurada em 01/05/1994, no bairro Luizote de Freitas – UAI Domingos Pimentel de Ulhoa e outra no bairro Planalto, a UAI Tubal Vilela da Silva, em 31/08/1994.

Evidencia-se que o Distrito Sanitário Leste apresenta a segunda maior população por distritos em Uberlândia e esta é superior a 125 mil habitantes, com prevalência da população adulta; no entanto, a faixa etária dos idosos também é significativa. Os documentos de criação das UAIs propunham que, para cada 50 mil habitantes, deveria existir uma UAI, justificando a existência de duas UAIs para atendimento de média complexidade nesse setor da cidade, a UAI Tibery, inaugurada em 1998 e a UAI Morumbi, inaugurada no ano de 2004.

Localiza-se, também no Distrito Sanitário Leste, sete unidades do Programa Saúde da Família, uma Unidade Básica de Saúde, a Vigilância Sanitária, o Laboratório de Controle de Saúde Pública, Centros de Abordagem Psico-Social (CAPS) leste, CAPS Rede A D (Álcool e Drogas), o Hospital de Clínicas de Uberlândia e o Hemocentro Regional de Uberlândia.

O Distrito Sanitário Central é o que apresenta menor população em Uberlândia. Nos dados é possível constatar que existe uma menor proporção de crianças e uma maior proporção de idosos em relação aos outros distritos. Isso acontece porque essa é uma área de ocupação mais antiga e que já passou por uma acomodação demográfica, além de apresentar população com melhor nível sócio-econômico. Nesse distrito, localiza-se a UAI Martins.

O Distrito Sanitário Norte abrange os bairros Minas Gerais, Marta Helena, Roosevelt, Jardim Brasília, Taiaman, Tocantins, Morada do Sul, Guarani, Maravilha, Pacaembu, Jardim América, Nossa Senhora das Graças, Cruzeiro do Sul, Residencial Gramado e Distrito Industrial. Por meio da tabela é possível verificar que existe um certo equilíbrio entre as taxas de natalidade e mortalidade, com predomínio da população adulta e aumento da população de idosos.

Esse Distrito Sanitário possui a Unidade de Atendimento Integrado Dr. Josias de Freitas, no bairro Roosevelt, além de duas Unidades Básicas de Saúde, do Centro de Controle de Zoonoses, o Centro de Abordagem Psico-Social Norte e o Ambulatório Municipal Herbert de Souza, sendo o último referência no tratamento de AIDS na região do Triângulo Mineiro e Alto Paranaíba.

No Distrito Sanitário Sul, percebe-se que é grande a proporção de crianças menores de cinco anos em relação ao restante da população. Esse distrito é o que apresenta a segunda menor proporção de idosos; isso ocorre porque essa região

principalmente nos bairros Laranjeiras, São Jorge e Shopping Park são de ocupação mais recente, anos 1990 em diante.

Esse distrito possui uma Unidade de Atendimento Integrado – UAI Irmã Dulce – inaugurada em setembro 1994, no bairro Pampulha. Além dessa, está sendo construída no bairro São Jorge, desde fevereiro de 2006, mais uma Unidade de Atendimento Integrado, com previsão de inauguração no final de agosto de 2007. Localiza-se, também nesse distrito, uma unidade do Programa de Imunização, o Núcleo de Controle Avaliação e Regulação de Leitos do SUS – NCARLS, e 15 Equipes do Programa Saúde da Família distribuídas nos bairros São Jorge, Laranjeiras, Granada, Lagoinha, Carajás, Shopping Park e Santa Luzia.

O sistema de saúde de Uberlândia é formado por prestadores de atendimento em nível público e privado. Mesmo os hospitais privados oferecem, por meio de convênio, uma parcela pequena de leitos para o SUS; no entanto, estudos mostram que o número de leitos do sistema SUS em Uberlândia é insuficiente, isso porque, além do atendimento à população local, o Hospital das Clínicas, principal prestador público, além de atender ao município, é responsável por atender cerca de 77 municípios distribuídos pelos estados de Minas Gerais, Goiás, Mato Grosso do Sul, São Paulo, entre outros.

No QUADRO 1 pode-se verificar o quadro hospitalar de Uberlândia, credenciado ao SUS em 2005 evidenciando que Uberlândia conta apenas com um hospital público, o Hospital das Clínicas, que está vinculado à Universidade Federal de Uberlândia, enquanto hospital-escola, sendo responsável por oferecer à população de Uberlândia e da região serviços hospitalares de média e alta complexidade em todas as especialidades médicas. Deve-se destacar que Uberlândia também possui outros

hospitais não conveniados ao SUS que oferece atendimento e internação para casos de média e alta complexidade.

QUADRO 1 – Uberlândia: número de leitos para o SUS em 2005

Tipo de Prestador	Prestador	Nível Assistencial	Grupos de Procedimentos	Número de leitos para o SUS ³
Público	Hospital de Clínicas	Média complexidade	Todas as especialidades	503
		Alta complexidade	Todas as especialidades	
	Unidades de Atendimento Integrado – UAIs	Média complexidade	Todas as especialidades	73
Privado	Hospital Santa Catarina	Alta Complexidade	Cardiologia	16
	Hospital São Francisco	Média Complexidade	Obstetrícia/Clínica Médica/Cirúrgica	51
	Casa de Saúde Santa Marta	Média Complexidade	Cirurgia/Pediatria	41
	ISOOLHOS	Média Complexidade	Oftalmologia	01
	Hospital Odontológico	Média Complexidade	Odontologia	01
	Clínica Infantil Dom Bosco	Média Complexidade	Pediatria	40
Total				726

FONTE: Secretaria Municipal de Saúde de Uberlândia (2006).

ORG.: Rodrigues, M. J., 2007.

Quando se fala em atendimento de média complexidade o sistema público de saúde de Uberlândia em casos de urgência e emergência e para internações de até 48 horas, conta com sete Unidades de Atendimento Integrado, as UAIs.

Obedecendo ao sistema de hierarquização e regionalização proposto pelo SUS o Sistema de Saúde de Uberlândia está assim organizado: unidades básicas de saúde e unidades básicas de saúde da família (nível primário de atendimento); as unidades de assistência integradas (nível secundário de atendimento) e pelo Hospital de Clínicas da UFU (nível terciário de atendimento) e outros hospitais privados conveniados ao SUS.

³ A Organização Mundial de Saúde estabeleceu a necessidade de cinco leitos para cada 1.000 habitantes; sendo assim, Uberlândia com uma população estimada em 585.262 habitantes (IBGE, 2006) precisaria oferecer a sua população uma média de 585 leitos. No entanto o Hospital de Clínicas é referência para uma população em torno de 2 milhões e 500 mil habitantes (HCU, 2007), por isso o número de leitos para a cidade e região é sempre insuficiente.

O QUADRO 2 mostra as unidades de atenção à saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Uberlândia em 2006.

QUADRO 2 - Uberlândia: Unidades de Atenção da Secretaria Municipal de Saúde em 2006⁴

Unidade	Quantidade
UAI – Unidade de Atendimento Integrado	07
UBS – Unidade Básica de Saúde (Urbana)	09
UBS – Unidade Básica de Saúde (Rural)	04
UBSF – Unidade Básica de Saúde da Família	25
CAPS ou outra Unidade de Atendimento em Saúde Mental	06
CASE - Centro de Oftalmologia e Saúde Escolar	01
Unidade de Fonoaudiologia	01
Ambulatório Municipal Herbert de Souza DST-AIDS	01
Unidade de Radiologia	01
Centro de Reabilitação Física	01
Unidade de Saúde do Trabalhador	01
Total	56

FONTE: Secretaria Municipal de Saúde de Uberlândia (2006).

ORG.: Rodrigues, M. J., 2007

Como mencionado anteriormente, o SUS é formado por cinco componentes principais: a gestão; a intergestão; o controle social; a prestação de serviços e as parcerias.

A gestão do Sistema de Saúde de Uberlândia é exercida pela Secretaria Municipal de Saúde, com exercício efetivo do comando único das ações e serviços de saúde, sejam individuais ou coletivas, preventivas ou curativas, conforme previsto na Constituição Federal. Devido à complexidade do sistema de saúde, formado por mais de 5.500 gestores (federal, estaduais e municipais), foram criadas as chamadas Comissões Intergestores - Tripartite (CIT) no âmbito federal, reunindo os gestores das três esferas de governo e Bipartites (CIB) no âmbito dos estados. As grandes decisões referentes à dinâmica do SUS são tomadas nestas comissões colegiadas, o que se denomina de intergestão do SUS. A Norma Operacional de Assistência à Saúde –

⁴ A espacialização dessas unidades de saúde pode ser verificada no anexo IV.

NOAS – SUS 01/2001 (Portaria MS/GM n. 95, Diário Oficial da União, 29 de janeiro de 2001) teve o objetivo de regulamentar as diretrizes gerais para a organização da regionalização da assistência à saúde no Brasil.

De acordo com Guimarães (2005, p. 1017),

Os módulos assistenciais de nível microrregional preconizados por essa norma operacional do Ministério da Saúde devem ser organizados no âmbito de municípios-sede capazes de ofertar um conjunto de ações de média complexidade para a sua própria população e para a população dos municípios a ele adscritos. Tal diretriz exige que todas as unidades da federação elaborem seu Plano Diretor de Regionalização da Saúde - PDR, explicitando-se o papel de cada município no sistema estadual de saúde.

O Plano de Diretor de Regionalização da Saúde prevê uma série de ações que visam organizar e implementar o modelo de serviços assistenciais, dentro dos princípios preconizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), em cumprimento às exigências da Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), de janeiro de 2001 e, posteriormente, de 2002. Isso é feito tendo em vista a qualidade do atendimento e ainda a melhor e mais adequada aplicação dos recursos financeiros.

De acordo com a Portaria MS/GM n. 373, de 27 de fevereiro de 2002, define que região em saúde como sendo:

[...] a base territorial de planejamento da atenção à saúde, não necessariamente coincidente com a divisão administrativa do estado, a ser definida pela Secretaria Estadual de Saúde, de acordo com as especificidades e estratégias de regionalização da saúde em cada estado, considerando-se as características demográficas, sócio-econômicas, geográficas, sanitárias, epidemiológicas, oferta de serviços, relações entre municípios, entre outras [...].

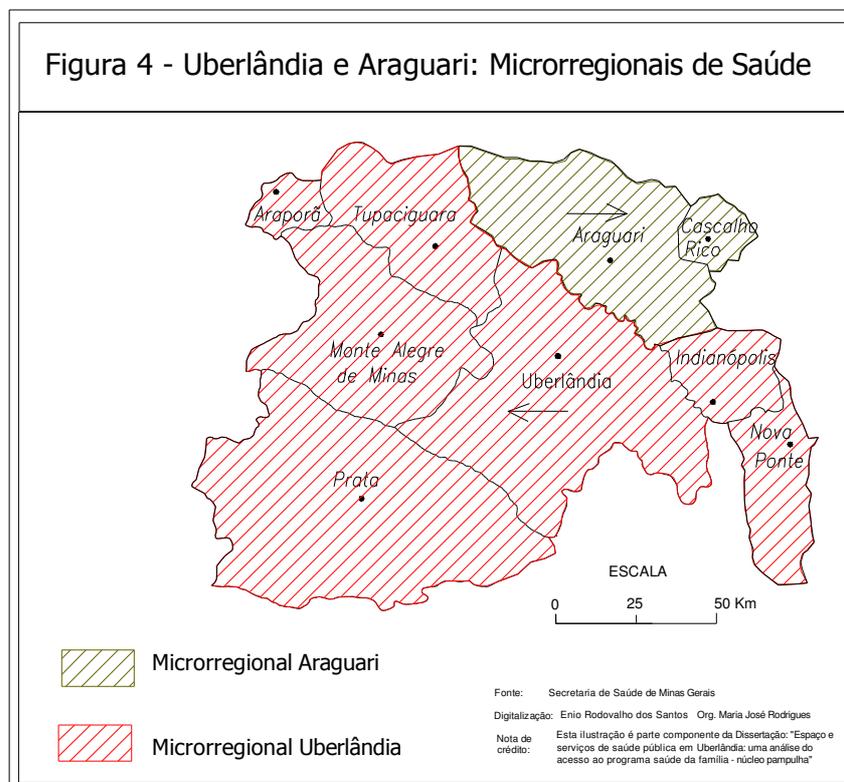
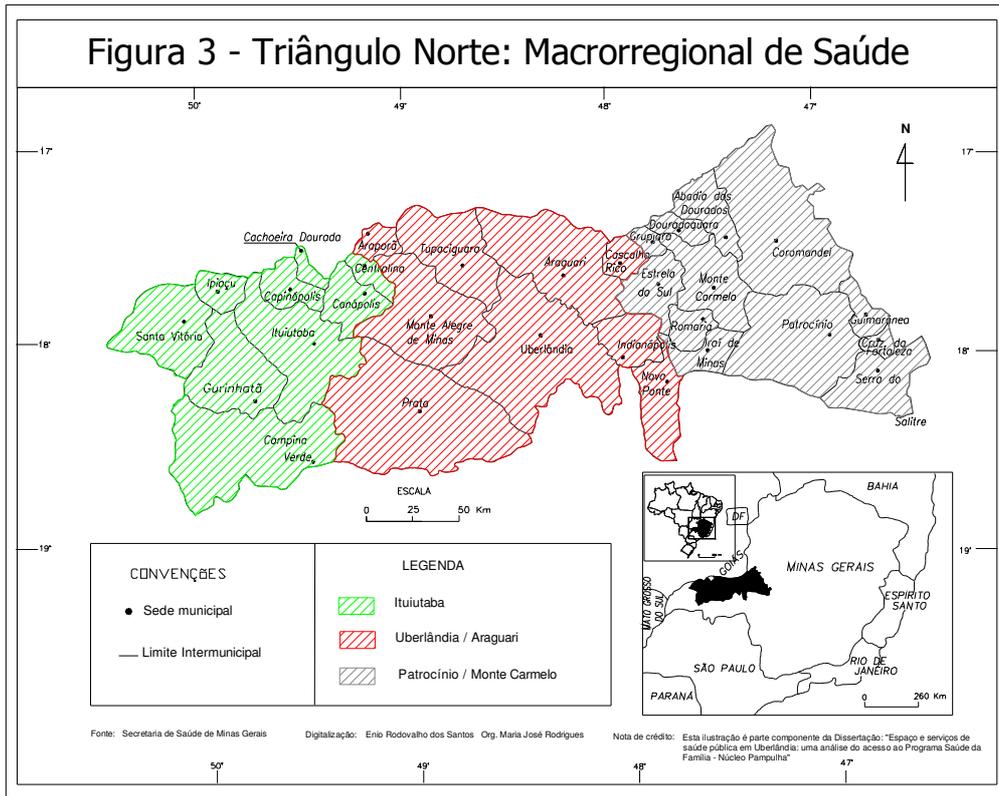
Já a região ou microrregião de saúde, a menor base territorial de planejamento regionalizado, pode compreender um ou mais módulos assistenciais, sendo definida de acordo com a mesma portaria como um “conjunto de municípios entre os quais há o município sede”.

Para realizar essa estruturação, o Plano Diretor de Regionalização da Saúde dividiu o Estado de Minas Gerais em 13 macrorregiões sanitárias, com 18 cidades-pólo, e 75 microrregiões sanitárias. Tal agrupamento foi estabelecido em consenso com as três esferas de governo (Municípios, Estado e União), com base em conceitos, critérios e metodologias próprias. A partir daí, estabeleceram-se referenciais para a organização dos serviços conforme a densidade tecnológica possível por nível e as necessidades em cada uma delas. Foi observada, ainda, a otimização dos recursos financeiros, de forma a atender um maior número de pessoas, sem, no entanto, gerar desperdícios.

Elaborado no ano de 2000, o PDR passou por ajustes em 2003, visando se adequar aos novos princípios adotados, como economia de escala, acessibilidade viária e geográfica. O objetivo de todo esse plano é garantir o acesso dos cidadãos, a todos os níveis, a partir do atendimento o mais próximo possível de sua residência, conforme seja o conjunto de ações e serviços necessários à solução de seus problemas de saúde, em qualquer nível de atenção. O usuário do sistema deve encontrar serviços de atenção primária em seu município, de atenção secundária dentro da microrregião a que pertence, tendo que recorrer aos pólos macrorregionais⁵ (Cf. FIGURA 3) apenas para procedimentos de alta complexidade. A FIGURA 4 mostra as microrregionais Uberlândia/Araguari e suas áreas de referências.

Em relação ao controle social, os organismos de controle social, ou seja, de fiscalização e deliberação sobre a política de saúde, previstos na Lei Orgânica da Saúde (Lei n. 8.142, de 1990) são os Conselhos de Saúde, nacional, estaduais e municipais. O Conselho Municipal de Saúde de Uberlândia é formado por 28 membros e se reúne mensalmente na sede da SMS, sendo atualmente presidido pelo Secretário Municipal de Saúde. Outro instrumento do controle social é a Conferência Municipal de Saúde.

⁵ De acordo com o Plano Diretor de Regionalização da Saúde de Minas Gerais a região do Triângulo Mineiro foi dividida em Macrorregião do Triângulo Norte e Triângulo Sul.



Uberlândia já realizou quatro destas conferências, sendo a última em 2003. Como as Conferências Municipais de Saúde acontecem de quatro em quatro anos está prevista a realização de uma conferência em julho deste ano.

As parcerias são outro importante fator de gestão do SUS. Estas podem ser entidades privadas ou de interesse público, que se associam ao gestor do SUS para a prestação de diversas formas de serviço. Em Uberlândia, a Fundação Maçônica Manoel dos Santos⁶, a Sociedade Médica de Uberlândia, a Associação Brasileira de Odontologia, a Associação Luta pela Vida, a Missão Sal da Terra, as Pastorais da Saúde e da Criança podem ser citadas como instituições parceiras da Secretaria Municipal de Saúde – SMS. A referida secretaria mantém, ainda, parceria com nove Instituições de Ensino, dentre públicas e privadas, perfazendo mais de 1500 estagiários da área da saúde e demais áreas afins no ano de 2005. A Prefeitura Municipal de Uberlândia – PMU mantém, desde 1996, um contrato de gestão de serviços de saúde com a Fundação Maçônica Manoel dos Santos apresentando-se como uma fundação de caráter comunitário, educativo e filantrópico. É, na atualidade, a mais importante parceira da SMS, responsável pela administração do setor de Recursos Humanos em parceria com a Prefeitura Municipal de Uberlândia – SMS, de mais de 2.000 funcionários. O contrato PMU-FMMS abrangia, no início, apenas a operação das UAI's (Unidades de Atendimento Integrado). Mas desde maio de 2003, abrange o funcionamento de outras unidades da rede municipal, inclusive do Programa de Saúde da Família.

Além disso, a Fundação Maçônica Manoel dos Santos empresta três imóveis intermediados por um Contrato de Comodato firmado com o Município de Uberlândia para o Centro de Atenção Psico-Social (CAPS), contribuindo para a rede de assistência em saúde mental, onde são oferecidos serviços na área de psicologia, psiquiatria, fisioterapia e assistência social aos portadores de diabetes, hipertensão, obesidade e distúrbios mentais.

⁶ Em acordo firmado entre a Fundação Maçônica Manoel dos Santos e a Secretaria Municipal de Saúde a administração das UAIs e do PSF será repassado a Secretaria Municipal de Saúde gradativamente até 2.012.

Em relação à assistência profissional disponível nas Unidades de Atendimento Integrado, fazendo-se uma análise dos dados de 1998 e 2004, descobre-se que ocorreu uma diminuição de algumas especialidades e a concentração de algumas especialidades em determinadas UAIs, conforme mostram as TABELAS 2 e 3.

TABELA 2 – Uberlândia - numero de profissionais de nível superior nas UAIs no ano de 1998

Profissionais	Luizote	Pampulha	Planalto	Roosevelt	Tibery	Total
Anestesista	-	-	-	-	-	00
Angiologista	-	-	-	-	-	00
Cardiologista	-	-	-	-	-	00
Cirurgião Geral	-	-	-	-	-	00
Cirurgião Plástico	-	-	-	-	-	00
Clínico Geral	40	34	23	26	32	155
Dermatologista	-	-	-	-	02	02
Endocrinologista	-	-	-	-	01	01
Fisioterapia	01	02	02	04	03	12
Gastroenterologista	-	-	-	-	-	00
Gine/Obstetra	06	06	06	04	02	24
Homeopata	-	-	-	-	-	00
Mastologista	-	-	-	-	-	00
Nefrologista	-	-	-	-	-	00
Neurologista	-	-	-	-	-	00
Odontologia	08	09	09	13	09	48
Ortopedista	08	17	15	15	16	71
Otorrinolaringologista	-	-	-	-	-	00
Patologista	-	01	-	-	-	01
Pediatra	21	28	22	15	25	111
Plantonista	-	-	-	-	-	00
Pneumologista	-	-	-	-	-	00
Proctologista	-	-	-	-	-	00
Psicologia	02	06	03	07	03	21
Psiquiatra	01	01	01	02	02	07
Serviço Social	13	08	09	06	04	40
Urologista	-	-	01	-	01	02
Total	79	95	73	73	87	495

FONTE: Secretaria Municipal de Saúde (1999).

ORG.: Rodrigues, M. J., 2007.

TABELA 3 - Uberlândia - número de profissionais de nível superior nas UAIs no ano de 2005

Profissionais	Luizote	Martins	Morumbi	Pampulha	Planalto	Roosevelt	Tibery	total
Anestesista	-	08	-	-	-	-	-	08
Angiologista	-	-	-	-	-	-	01	01
Cardiologista	-	-	-	01	01	01	05	08
Cirurgião Geral	-	02	02	-	01	01	01	07
Cirurgião Plástico	-	03	03	03	-	-	-	09
Clínico Geral	15	-	01	15	36	19	04	90
Dermatologista	05	-	-	-	-	-	-	05
Endocrinologista	-	-	-	-	-	01	01	02
Fisioterapia	-	-	-	-	01	-	-	01
Gastroenterologista	-	-	-	-	-	01	01	02
Gine/Obstetra	06	-	-	07	06	08	04	31
Homeopata	-	-	-	01	-	-	-	01
Mastologista	-	-	-	-	-	01	-	01
Nefrologista	-	-	-	-	-	-	01	01
Neurologista	02	01	-	-	03	-	01	07
Ortopedista	01	06	01	02	07	01	02	20
Otorrinolaringologista	-	-	-	01	04	01	-	06
Patologista	-	-	-	-	-	-	-	00
Pediatra	14	02	02	11	11	06	03	49
Plantonista	07	26	09	09	04	01	17	64
Pneumologista	-	-	-	-	01	-	-	01
Proctologista	-	-	-	-	-	02	-	02
Psicologia	-	-	-	-	-	-	-	-
Psiquiatra	01	-	-	02	01	01	01	06
Urologista	01	-	-	-	01	06	-	08
Assistente Social	04	-	01	04	09	03	03	24
Cirurgião Dentista	08	-	02	06	09	10	05	40
Enfermeiro PACS	01	-	-	-	-	-	-	01
Enfermeiro Geral	04	-	03	04	04	02	02	19
Farmacêutico	01	-	-	-	01	01	-	03
Total	52	48	48	52	77	50	42	417

FONTE: Banco de Dados Integrados, Prefeitura Municipal de Uberlândia, 2006.

ORG.: Rodrigues, M. J., 2007.

A análise comparativa dos dados de 1998 e 2005 nos permite concluir que houve redução do quadro geral de profissionais de nível superior, principalmente de médicos nas especialidades de clínica geral, ortopedia e a pediatria. Se considerarmos que o número de UAIs passou de cinco, em 1998, para sete, em 2005, o número de médicos por UAI ainda é menor comparando os dois anos. Houve ainda a contratação de outros profissionais como enfermeiros, odontólogos e farmacêuticos que não apareciam no ano de 1998. Ocorreu

também um re-direcionamento das especialidades, com a concentração de determinadas especialidades em uma só UAI, por exemplo, os médicos ortopedistas estão concentrados nas UAIs Martins e Planalto.

A rede municipal de saúde só possui um especialista em Angiologia lotado no UAI Tibery, o que causa muita demora no tempo de espera para se conseguir uma consulta. Nas UBSFs visitadas, existe fila de espera para consulta com esse especialista desde julho de 2005.

Durante a pesquisa de campo, foi possível verificar o quanto a rede entre as UBSFs, as UAIs e o Hospital de Clínicas está mal estruturada, pois existe uma demora muito grande para consultas especializadas e exames. As especialidades de cardiologia, angiologia e ortopedia são as que geram mais demora, existe grande demanda e pequena quantidade de especialista para atender toda a rede pública de saúde de Uberlândia.

Desde 2003, a rede de serviços vem sendo reestruturada, estando as UAIs no centro da crise do atendimento a saúde. Esse processo engloba os problemas de gestão das UAIs com conflitos sobre quem deveria ser o responsável por sua gestão até questões ligadas à reestruturação das especialidades em cada UAI. Algumas modificações realizadas sem consulta a população vem provocando conflitos entre usuários e Secretaria Municipal de Saúde.

Durante a gestão municipal anterior, houve três mudanças de secretário de saúde e, no atual governo, com dois anos de mandato, já estamos com o segundo secretário municipal de saúde. Verifica-se, portanto, que o setor da saúde é extremamente delicado e possui uma forte dimensão política. A crise na gestão das UAIs até a presente data evidencia esse aspecto. É importante relatar que, na prática, o acesso a informações sobre saúde em Uberlândia por distritos sanitários é inexistente. A Diretoria de Informação e Comunicação em Saúde dispõe informações sobre agravos à saúde, número de consultas por unidades de saúde, confirmando

a tese de que a regionalização em saúde proposta para os distritos sanitários é inexistente em Uberlândia.

Na atualidade, maio de 2007, a noção Distrito Sanitário não é utilizada pela Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura Municipal de Uberlândia, isso porque o uso do Distrito Sanitário para regionalização em saúde requer recursos próprios e uma equipe para administrar esses distritos. O que acontece na atualidade é uma regionalização por área de abrangência de Unidades de Saúde.

No capítulo seguinte, faremos uma análise da implantação do Programa Saúde da Família no Brasil e em Uberlândia nele apresentaremos informações sobre o número de profissionais que trabalham nos núcleos do Programa, e também abordaremos a questão dos indicadores de atendimento aos grupos prioritários: crianças menores de dois anos, gestantes, hipertensos, portadores de tuberculose, hanseníase e diabetes.

CAPÍTULO 2

PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA EM UBERLÂNDIA: um

enfoque geográfico

2.1 Medicina Familiar: incursão por alguns modelos internacionais

A história da medicina se confunde com a própria história da humanidade. Para Margotta (1998), desde os procedimentos de magia, a influência de deuses e religiões, as grandes descobertas, como a das bactérias, a possibilidade de contágio, os antibióticos, entre outros, até os dias atuais, o ser humano, por meio da medicina, tenta construir uma realidade consciente no enfrentamento das doenças e da morte, adotando as mais variadas atitudes e procurando criar estratégias e sistemas de saúde que possam satisfazer as demandas sociais que ainda não tenham chegado a uma situação ideal.

As variáveis determinantes do processo saúde-doença são diversas e exigem ações múltiplas, interdisciplinares e intersetoriais, que vêm desafiando os governos e as sociedades ao longo da História, na busca por um sistema de saúde eficiente, mas também ético, universal e equânime. Os grandes avanços observados no setor da medicina nos últimos 50 anos produziram avanços na cura de determinadas doenças e melhoria da qualidade de vida das populações ocidentais. O diagnóstico precoce das doenças, associado a variadas possibilidades de terapias farmacológicas e à promissora terapia genética, além dos mais diversos procedimentos cirúrgicos modernos, são fatores determinantes do sucesso da medicina do mundo contemporâneo (PORTER, 2001).

Silva (2003) chama atenção para o fato de que a organização dessa medicina notável revela, na realidade, uma verdadeira divisão social, na qual mais opções de especialidades, curas e tratamentos são proporcionados aos que têm maior renda e acesso à rede privada e bem menos aos que dependem da rede pública. O autor sinaliza, ainda, para como os grupos de menor renda nos benefícios da medicina moderna tornaram-se um problema para os governos e para os gestores da saúde. Evitar ou diminuir as doenças das populações impõe-se como um desafio para toda a sociedade.

Neste contexto, paradoxalmente, a medicina vive momentos de dúvidas e questionamentos, pois enquanto experimenta êxitos inquestionáveis em alguns países, convive com o recrudescimento de doenças medievais como a cólera, a malária, o dengue, entre outras.

O crescimento da população mundial e a concentração dessa população nas grandes cidades criaram, entre outros, um grave problema de como organizar um sistema de saúde público que funcione de forma eficaz. O atendimento médico nos velhos moldes liberais das sociedades capitalistas, contraposto ao modelo estatizante dos governos socialistas, ruiu frente à enorme demanda social. A persistência de importantes e significativos gradientes sociais, principalmente em países em desenvolvimento, exige que sejam pensados sistemas que protejam, sobretudo, os mais carentes com programas de intervenção culturalmente sensíveis e adaptados ao contexto no qual vivem as populações às quais são destinados (MASSÉ, 1995).

Esses modelos diferem em muitas sociedades, variando de acordo com o grau de desenvolvimento e a riqueza das classes sociais envolvidas, observando-se basicamente três modelos de prestação de serviços de saúde, a saber: a medicina privada e os sistemas de saúde em grupo ou pré-pagos, custeados pelos cidadãos ou pelas empresas, e os serviços públicos, em geral gratuitos e custeados pelos governos.

Nos países pobres e/ou em desenvolvimento, os governos não têm conseguido criar sistemas públicos de saúde que possam resolver as diferentes necessidades das variadas camadas sociais, especialmente as dos mais carentes, devido aos custos elevados, decisões políticas difíceis e controle complexo de desempenho e resultados.

Daí observa-se, ao longo da História, inúmeras experiências e mesmo países ricos e desenvolvidos já acusam dificuldades com o custeio, ao tentarem a democratização do atendimento e a melhoria das condições de eficiência, universalidade e equidade na prestação

dos serviços de saúde. Entre essas experiências destaca-se o modelo de medicina familiar, na Inglaterra. Nesse modelo, com maior tempo de experiência, a organização do sistema de saúde está baseada na integralidade da assistência nos três níveis de atenção, conforme descrito inicialmente em 1920, no Relatório Dawson (STARFIELD, 2002). O trabalho de uma equipe composta por um médico generalista, apoiado por profissionais de enfermagem em uma unidade básica de saúde, funciona como porta de entrada do sistema.

Mcwhinney (1994) evidenciou, na Medicina Familiar, alguns pressupostos, dentre os quais pode-se destacar: acompanhamento sistemático pelo mesmo médico; identificação de fatores de risco das famílias assistidas; fortalecimento da relação médico-paciente, garantindo a eficácia da atenção; gerenciamento de recursos humanos e financeiros para obtenção de uma melhor relação custo-benefício para o sistema de saúde. Na conceituação desse autor, o médico de família deve estar capacitado para promover uma atenção integral e contínua à saúde de uma determinada clientela, independente de sexo e idade, abordando aspectos de promoção, prevenção, cura e reabilitação.

A partir dos anos 1950, a Medicina Familiar passou a ser adotada em diferentes países, conforme o quadro epidemiológico, condições do sistema de saúde vigente, disponibilidade de recursos humanos e financeiros (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1994).

Embora os princípios da Medicina Familiar sejam universais, as habilidades, os conhecimentos, a forma de atuar de um médico de família variam de acordo com uma série de aspectos, a exemplo das enfermidades locais mais comuns, dos recursos disponíveis e da proximidade com outros serviços de saúde. Em alguns países, o médico de família trabalha sozinho em seu consultório, mas na maioria das vezes integra uma equipe de atenção básica à saúde.

De acordo com Franklin (2002), no Canadá, nos Estados Unidos da América e no Nepal, os médicos de família participam da atenção a pacientes hospitalizados, embora em

outros países suas atividades se restrinjam ao atendimento ambulatorial, como no Reino Unido e em alguns países da América Latina.

O grau de efetivação dos quatro princípios da atenção primária, acessibilidade, longitudinalidade, abrangência dos serviços e integralidade, segundo Starfield (1992), permite identificar o potencial dos sistemas de saúde nos diferentes países, para desenvolver políticas conseqüentes de saúde coletiva. O primeiro contato está relacionado à acessibilidade e à utilização dos serviços pelas pessoas. A longitudinalidade diz respeito à regularidade da atenção à saúde ao longo do tempo, exigindo, portanto, a adscrição⁷ de uma população. A abrangência dos serviços implica na capacidade de garantir a continuidade da atenção e o reconhecimento dos problemas que necessitam de seguimento constante. A integralidade significa a garantia da assistência nos diferentes níveis da atenção (STARFIELD, 1992; MENDES, 2001).

Em 1920, na Inglaterra, Lord Bertrand Dawson elaborou um relatório oficial para o governo sobre a organização dos serviços de saúde que significou a base do conceito para a regionalização e a integralidade da atenção à saúde. Os serviços de saúde foram diferenciados, então, em três níveis: os centros primários de saúde, os centros secundários e os hospitais-escola. Este arcabouço teórico subsidiou o embasamento para a reorganização dos serviços de saúde em muitos países, na medida em que foram propostas no relatório as ligações entre os três níveis e a definição das funções de cada um. A partir de então foram sendo claramente definidos os diferentes níveis de atenção e, sobretudo, o funcionamento da atenção médica primária (STARFIELD, 2002; MENDES, 2002).

Ao longo do tempo, os sistemas de saúde têm buscado atingir objetivos semelhantes de prestar serviços de qualidade à população, de forma efetiva, eficiente e equitativa, daí a grande preocupação da maioria dos países no que se refere ao desafio de proporcionar

⁷ Segundo o Dicionário Aurélio, adscrição significa “aditamento ao que está escrito. Registro, inscrição. Sujeição, submissão, dependência”.

mudanças em seus sistemas, a despeito de lutas internas, no intuito de alcançar esses objetivos, que para muitos têm significado a universalização da atenção primária (STARFIELD, 2002).

O sistema de saúde canadense é fundamentado nos princípios: universalidade, integralidade, gestão pública e acessibilidade, conferindo, dessa forma, o direito à saúde a toda a população, em todos os níveis de atenção. A assistência é realizada por um órgão público responsável perante o governo provincial, de acordo com a indicação clínica do paciente, e o sistema permite, sem entraves, o acesso igualitário aos serviços de saúde, sendo inclusive transferível, o que assegura a cobertura dos serviços, mesmo que o cidadão canadense se desloque para outra província ou quando em viagem no seu país ou no estrangeiro. O modelo de saúde canadense tem norteado as políticas públicas de diversos países do mundo, inclusive do Brasil, essencialmente na vigilância e na promoção da saúde (MENDES, 1999).

De acordo com Segovia; Depaux (1998), os princípios do modelo de saúde familiar no Chile, iniciado no começo da década de 1980, estão baseados na continuidade do cuidado com a atenção para toda a família, em todas as etapas do ciclo vital; na forma integral de incluir todos os níveis de atenção, porém enfatizando a promoção e a prevenção; no enfoque biopsicossocial, porque se promoveu a mudança do paradigma biomédico para um enfoque holístico; no cuidado personalizado, sendo, porém, a família a unidade de atenção. O nível primário coordena os serviços por meio de redes de assistência para potencializar os recursos das famílias, da comunidade e dos serviços de saúde.

Esse modelo de atenção tem contribuído de forma fundamental para as mudanças dos indicadores de saúde no Chile, como a redução das taxas de mortalidade materna (2,5 por dez mil), de mortalidade infantil (12,0 por mil nascidos vivos). A expectativa de vida atingiu 73,8

de idade representando uma das mais elevadas da América Latina. Entretanto, estas mudanças não são atribuídas exclusivamente ao setor saúde de acordo com Rosselot (1999).

A Medicina de Família na Inglaterra tem uma longa tradição. Os ingleses levaram mais de 50 anos para edificar esse modelo de atenção à saúde integral ao indivíduo e à família. Um importante marco dessa organização foi a criação do Serviço Nacional de Saúde (NHS), em 1974, quando se estabeleceu um sistema universal, acessível a todos os cidadãos, por meio do médico generalista de família – o “general practitioner” (GP). No sistema inglês, os princípios da continuidade e da longitudinalidade estão garantidos pelo médico de família que cuida dos pacientes em todas as idades e os assiste nos problemas de atenção básica. Uma das peculiaridades do sistema é que diferentes médicos podem dar assistência a diferentes membros de uma mesma família.

De acordo com Franklin (2002), o sistema de saúde inglês se baseia na atenção básica com descentralização crescente, na medida em que os médicos são autônomos para tomar decisões e administrar recursos financeiros. Em 2001, 60% dos recursos da saúde estavam sendo controlados pelos grupos de atenção básica. Quando não se consegue resolver o problema neste nível de atenção, os pacientes são encaminhados para os serviços especializados, pagos pela atenção básica.

No caso da Espanha, as modificações no sistema da atenção primária também foram peças-chave para a reforma sanitária, desenvolvida durante o período de 1983 a 1990. A necessidade de priorizar a atenção primária deveu-se, principalmente, ao fato dessa assistência ser uma das principais fontes de deslegitimação do sistema sanitário para a população e para os profissionais.

As mudanças introduzidas na organização das estruturas básicas de saúde do sistema espanhol podem ser resumidas em quatro pontos principais: a ampliação da jornada de trabalho dos profissionais de dedicação parcial, para 40 horas semanais; a inversão do modelo

(antes de 1984 as atividades eram prioritariamente curativas e passaram a ser de assistência integral, com ênfase nas ações de promoção e prevenção); a criação de zonas de saúde com até 20.000.00 habitantes onde não havia organização territorial. O quarto ponto: a extinção do trabalho individual e a criação de equipes de atenção primária.

Para (BESSA; PENAFORTE, 2002), após a reforma sanitária na Espanha, mais de 80% das consultas começaram a ser realizadas pelo médico de família, que atende cerca de 85% da demanda. Cada cidadão espanhol é acompanhado por um médico de família, clínico geral ou pediatra, o que equivale dizer que a medicina geral e a pediatria representam o primeiro contato com o sistema de saúde.

A partir de 1984, teve início, em Cuba, a implantação do novo modelo de atenção primária à saúde, por intermédio do Programa Médico de Família. Para Ordóñez (1995), o conceito de medicina familiar em Cuba não estabelece uma relação de subordinação entre os diferentes níveis; ao invés disso, representa uma verdadeira interface de relações de apoio e fortalecimento. Dessa forma, os profissionais da atenção secundária e terciária conceituam a atenção primária como parte de uma totalidade da qual fazem parte e consideram o âmbito de ação do médico da família o principal responsável pelos ganhos obtidos na saúde da população. A equipe básica de saúde vive na própria comunidade.

Os elementos básicos desse modelo de atenção – os médicos e as enfermeiras da família – agregam as competências científicas e técnicas às habilidades para entender os problemas de saúde das famílias e das comunidades, atuando dentro de um enfoque integral e em função da qualidade de vida da população. Munidos dessas capacidades e trabalhando em consultórios que abrangem áreas territoriais bem definidas, os médicos e as enfermeiras cuidam das pessoas e das famílias, realizam ações de promoção e prevenção da saúde, tentando incorporar na população hábitos saudáveis. Procuram também resolver os problemas e investigar o perfil epidemiológico da comunidade em que moram e trabalham. O objetivo

geral do Programa Médico de Família, em Cuba, é melhorar o estado de saúde da população mediante ações integrais dirigidas à família, à comunidade e ao ambiente, por meio da vinculação com as populações e com os diferentes setores e instituições (FINAMOUR, 1995).

Para Silva (2003), as experiências internacionais indicam que o médico de família contribui para solucionar, com a atenção ambulatorial eficiente, um percentual elevado, cerca de 95% de problemas da população que procuram consulta médica. A qualidade da atenção integral se eleva substancialmente e os custos são menores que as consultas feitas nos hospitais.

A informação, o compartilhamento com a família, não apenas aumenta a probabilidade de acerto no diagnóstico, mas auxilia na decisão da conduta mais adequada. Segundo Starfield (2002), existe a possibilidade de que a família assuma maior importância, à medida que se amplia o conhecimento da genética humana, e as chances de prevenção e cura das doenças aumentam.

2.2 Uma caracterização do Programa Saúde da Família no Brasil

As décadas de 1970 e 1980 foram marcadas por movimentos que reivindicavam mudanças nas políticas de saúde no Brasil, focalizando as discussões sobre a extensão de cobertura dos serviços, reconhecimento do direito à saúde e a responsabilidade da sociedade em garantir os cuidados básicos. A Constituição Federal, em 1988, estabeleceu as bases técnicas e jurídicas para a implantação do SUS, cujo princípio básico é a atenção à saúde enquanto direito de cidadania, com universalidade de acesso a todos os níveis do sistema.

O projeto de reforma sanitária dos anos 1980, sob a bandeira democrática institucionalista procurou incorporar o desenvolvimento de uma consciência sanitária como

forma de articulação dos vários níveis de atenção à saúde. O movimento pretendia dar novo significado político a noção de cidadania: a consciência.

Os anos 1990 foram marcados por crise econômica e fiscal no país, e pela busca de alternativas que possibilitassem a superação dos limites dos modelos de saúde vigentes. Pensando nas mudanças necessárias, foram implantados programas, ações regulatórias e novas modalidades de alocações de recursos, tendo como objetivo aumentar o nível de equidade e eficácia do SUS. Nesse contexto, são implantados o Programa de Agentes Comunitários (PACS), em 1991, e o Programa Saúde da Família (PSF), em 1994. O PACS foi criado com a finalidade de ampliar a cobertura das ações de saúde nas áreas rurais e periferias urbanas, especialmente para o grupo materno-infantil, concentrando-se nas regiões Nordeste e Norte.

Programas voltados para a “saúde materno-infantil” desenvolvem ações dirigidas às mulheres durante a gravidez, parto e puerpério (pós-parto), que têm como objetivos básicos garantir a saúde do bebê e prevenir a morte materna. Até hoje, grande parte das ações de saúde coletiva que ocorrem nas unidades básicas de saúde no Brasil são inspiradas na proposta de atenção materno-infantil.

As iniciativas de caráter nacional fundamentaram-se em experiências internacionais, estaduais e regionais bem sucedidas. Dentre estas, a referência mais importante deve ser feita ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), desenvolvido no Estado do Ceará, desde 1987. Criado inicialmente como “frentes de trabalho”, em uma conjuntura de seca, o programa estadual, com recursos financeiros dos fundos especiais de emergência destinados pelo governo federal, foi desenvolvido especialmente por mulheres, que, após treinamento de duas semanas, realizaram ações básicas de saúde em 118 municípios do sertão cearense.

Após o momento climático mais crítico, o PACS foi mantido com recursos do Tesouro Estadual, embora as frentes de trabalho tenham sido desativadas. A partir de setembro de

1988, período considerado como segunda fase do programa, este abandonou o caráter emergencial, adquirindo características de extensão de cobertura e de interiorização das ações de saúde. Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) passaram a atuar em 45 municípios do interior do estado, para “melhorar a capacidade da comunidade de cuidar de sua própria saúde” por meio de visitas domiciliares regulares às famílias, sendo cada Agente Comunitário de Saúde (ACS) responsável por 50 a 100 famílias na área rural e por 150 a 250 famílias nas áreas urbanas (SILVA; DAL MASO, 2002, p. 47-9).

Em 1991, a experiência bem-sucedida do Ceará estimulou o Ministério da Saúde a propor o Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (PNAS), vinculado à Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), implantado, inicialmente, na Região Nordeste e, em seguida, na Região Norte, “tendo como objetivo central contribuir para a redução da mortalidade infantil e mortalidade materna” (VIANA; DAL POZ, 1998, p. 19).

Em 1992, denominado PACS, foi implementado por meio de convênio entre a FUNASA/MS e as secretarias estaduais de Saúde, que previa repasses de recursos para custeio do programa e o pagamento, sob a forma de bolsa, no valor de um salário mínimo mensal aos Agentes Comunitários de Saúde. Com o PACS, “começou-se a focar a família como unidade de ação programática de saúde e não mais (tão-somente) o indivíduo, e foi introduzida a noção de área de cobertura (por família)” (VIANA; DAL POZ, 1998, p. 19).

Em 1993, o PACS abrangia 13 estados das regiões Norte e Nordeste, com 29 mil Agentes Comunitários de Saúde atuando em 761 municípios. Em novembro de 1994, o programa estava implantado em 987 municípios, de 17 estados das regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste e um total de 33.488 agentes.

Outras experiências como o Programa Médico de Família (PMF), desenvolvido a partir de 1992, em Niterói (RJ), com estrutura semelhante à medicina da família implantada em Cuba e com assessoria de técnicos cubanos, também influenciaram a decisão do

Ministério da Saúde, em 1993, de criar o Programa Saúde da Família (PSF) que, assim como o PACS, estava institucionalmente vinculado à Coordenação de Saúde da Comunidade (Cosac), no Departamento de Operações da Fundação Nacional de Saúde.

Em setembro de 1994, foi divulgado pelo Ministério da Saúde o primeiro documento sobre o PSF, definindo o convênio entre o Ministério da Saúde, estados e municípios, com o mecanismo de financiamento, exigências de contrapartidas e critérios de seleção de municípios. Para assinatura do convênio, era exigido que estivessem em funcionamento tanto o Conselho Municipal de Saúde quanto o Fundo Municipal de Saúde.

Nesse período, o PSF não representava uma proposta de substituição do PACS e sua implantação privilegiava áreas de maior risco social – inicialmente, população residente nas localidades delimitadas no Mapa da Fome do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) e, posteriormente, municípios inseridos no Programa Comunidade Solidária ou no Programa de Redução da Mortalidade Infantil.

Em 1995, PACS e PSF foram transferidos da Fundação Nacional de Saúde para a Secretaria de Assistência à Saúde (SAS) do Ministério da Saúde, onde permaneceram até meados de 1999, quando novamente os programas mudaram de localização institucional para a Coordenação da Atenção Básica da Secretaria de Políticas de Saúde (SPS), do referido Ministério.

Em janeiro de 1996, o PSF passou a ser remunerado pela tabela de procedimentos Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde, porém de forma diferenciada: “a consulta do PSF equivalia ao dobro da consulta do SUS” (VIANA; DAL POZ, 1998, p. 23). Nos documentos de 1997 e 1998, o PSF foi apresentado como proposta de reorientação do modelo assistencial a partir da Atenção Básica, em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Documento do Ministério da Saúde, de 1997, respondendo às críticas de focalização, negava que o programa fosse um sistema de saúde

pobre para pobres, com utilização de baixa tecnologia, afirmando o caráter do PSF como “modelo substitutivo da rede básica tradicional”.

Uma Portaria Ministerial, de dezembro de 1997, estabeleceu, no Plano de Metas do Ministério da Saúde, prioridade para o PACS e PSF e aprovou normas e diretrizes dos programas. Em 1998, com a implantação da Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – 1996 (NOB-SUS 96), que estabeleceu o Piso de Atenção Básica (PAB), os programas ganharam novo impulso. O PAB fixo – recursos per capita/ano para a Atenção Básica – inaugurou a modalidade de transferência, de forma regular e automática, de recursos do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Municipais de Saúde, possibilitando maior autonomia na gestão municipal e maior responsabilidade do dirigente municipal com o atendimento à saúde dos munícipes. O PAB variável foi introduzido para incentivar a adoção, pelos municípios, de programas e estratégias para a organização da Atenção Básica, dentre os quais Farmácia Básica, Vigilância Sanitária, atendimento às carências nutricionais, Agentes Comunitários de Saúde e Saúde da Família.

O Programa Saúde da Família difundiu-se em âmbito nacional, principalmente a partir de 1998, constituindo-se em uma estratégia de reorganização do sistema de atenção à saúde para o SUS, sendo descrito como ferramenta de promoção de equidade na oferta de serviços. Esse Programa vem afirmando-se como modalidade de atenção primária implantada, prioritariamente, para as populações com risco aumentado, tanto do ponto de vista biológico quanto sócio-econômico. A proposta do PSF caracteriza-se por ter a família como sua unidade nuclear de atuação, buscar uma integração com a comunidade na qual se insere, fazer a busca ativa de casos com intervenção oportuna e precoce, e dar ênfase à prevenção e à educação em saúde. Propugna a extensão da cobertura e facilitação do acesso, continuidade das ações de saúde, trabalho de equipe multiprofissional e elevada resolubilidade.

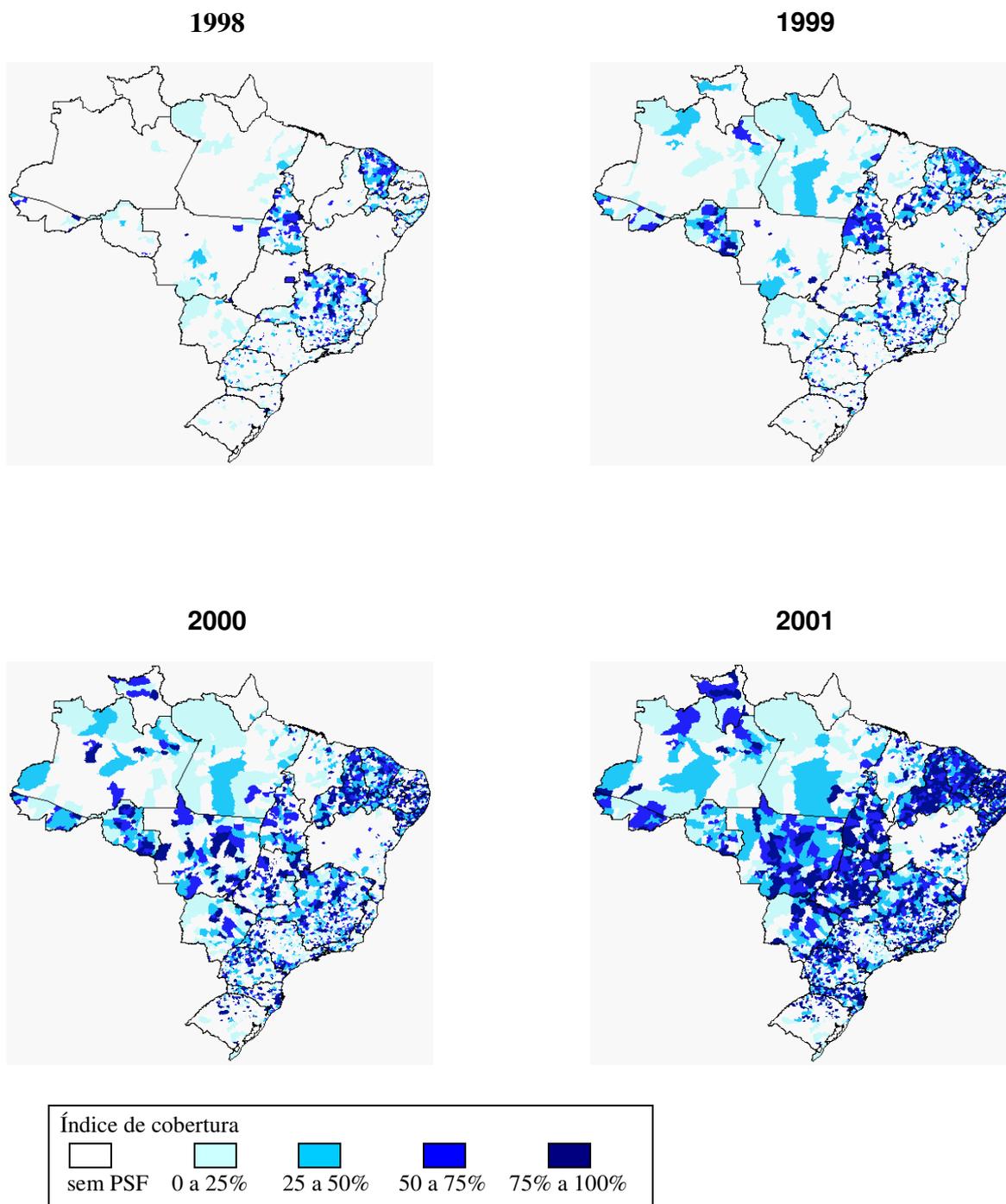
Em dezembro de 1998, o PSF estava implantado em 1.219 municípios de 24 estados (ausente apenas em Roraima, Amapá e Distrito Federal), e contava com 3.119 Equipes de Saúde da Família (ESF), conforme pode ser visto na FIGURA 5. A pesquisa *Avaliação da Implantação e Funcionamento do Programa Saúde da Família – PSF*, realizada pelo Ministério da Saúde entre abril e julho de 1999, identificou que 83% dos municípios pesquisados haviam implantado o programa entre 1997 e 1998. Apenas nos estados do Ceará e de Santa Catarina havia um número maior de municípios com implantação anterior a 1997 (BRASIL, 2000). Um ano depois, em dezembro de 1999, o PSF estava implantado em 1.870 municípios nas 27 unidades federadas (BRASIL, 2000a). No entanto, ao longo de 1999, o Ministério da Saúde diagnosticou que o sucesso da implantação do PSF em grande número de municípios encobria a baixa cobertura de suas populações.

Segundo Sousa et al. (2000, p. 11),

Diante do risco de pulverização do programa e da criação de espaços privilegiados de assistência, sem, no entanto, incorporar-se ao sistema como estratégia substitutiva, e, em consequência, com baixa capacidade de provocar impacto nos indicadores municipais, o Ministério da Saúde, a partir de novembro de 1999, reajustou os valores dos repasses e introduziu uma nova modalidade para o cálculo dos incentivos financeiros do Programa da Atenção Básica variável referente ao PSF, remunerando melhor os municípios com maior cobertura populacional das Equipes de Saúde da Família.

Em maio de 2000, os municípios com cobertura de, no mínimo, 70% de sua população haviam crescido em 42%. Em dezembro do mesmo ano, o PSF existia em 3.090 municípios e estavam constituídas por 10.473 Equipes de Saúde da Família, com uma cobertura de 22% da população brasileira, e 145.299 Agentes Comunitários de Saúde atuavam em 4.610 municípios do país (SOUSA et al., 2000, p. 11).

FIGURA 5 – Brasil: evolução da implantação das equipes de saúde da Família 1998/2001



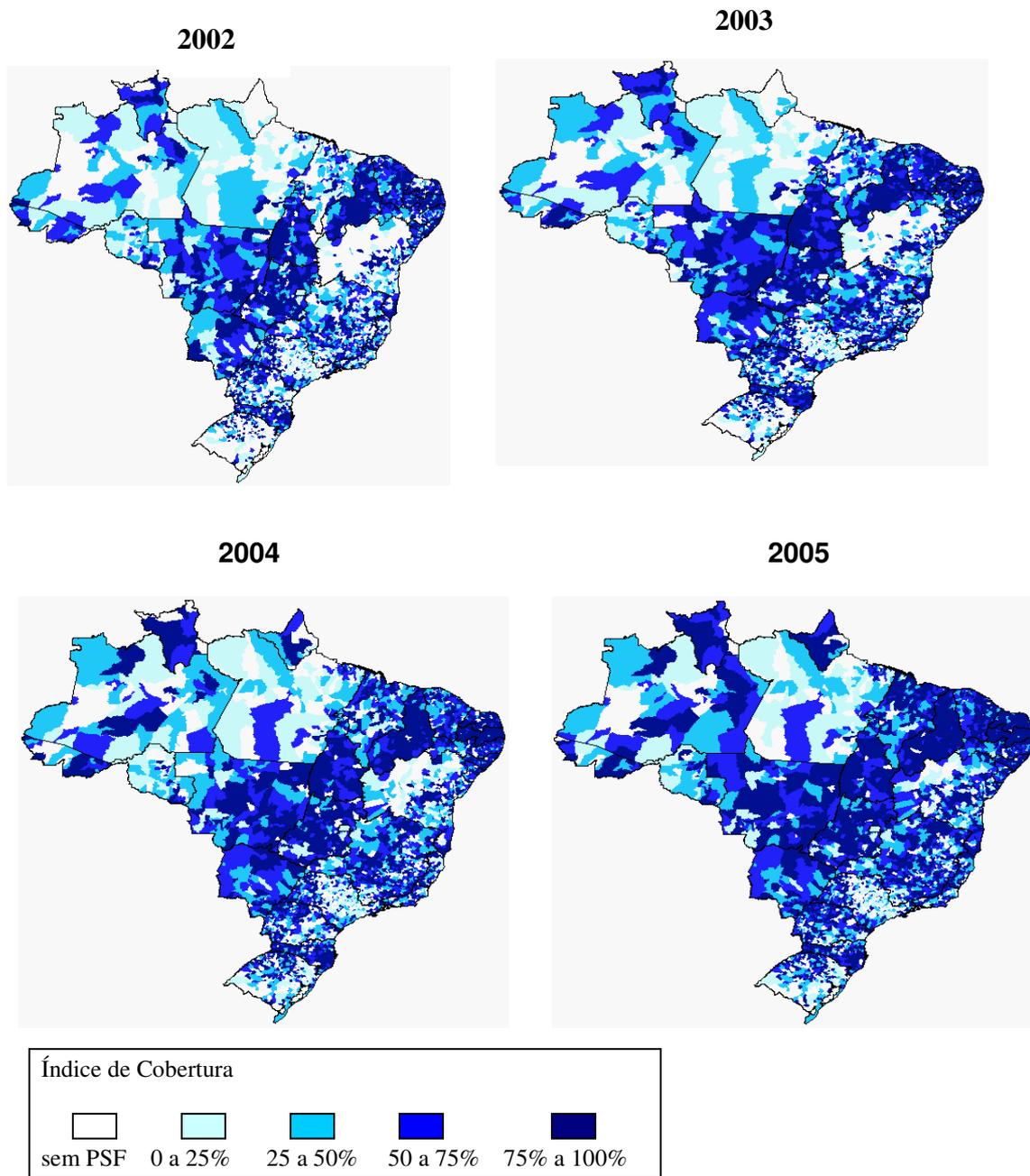
FONTE: SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica (2006).

Já a FIGURA 6 evidencia a evolução do Programa Saúde da Família a partir de 2002, demonstrando que, a partir do ano de 2003, houve uma aceleração da expansão do Programa Saúde da Família para todo o país. Observa-se que houve um acréscimo da cobertura populacional e, conforme os dados do Ministério da Saúde em 2003, havia um total de 19 mil Equipes de Saúde da Família implantadas, cobrindo 35,7% da população brasileira, o que corresponde à cerca de 62,3 milhões de pessoas. Já no ano de 2004, esse número subiu para 21,3 mil Equipes de Saúde da Família implantadas, em 4,6 mil municípios com cobertura populacional 39% da população brasileira. E em 2005, havia sido implantado 24.600 Equipes de Saúde da Família em 4.986 municípios, cobrindo 44,4% da população brasileira, o que corresponde a aproximadamente 78,6 milhões de pessoas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

Pelas informações da FIGURA 7 é possível verificar que a Estratégia Saúde da Família, que envolve a implantação de Equipes de Saúde da Família, de Agentes Comunitários de Saúde e de Equipes de Saúde Bucal, apresentava em janeiro de 2006 uma cobertura de 5.005 municípios que possuem a Equipes de Saúde da Família, 5.249 que possuem Agentes Comunitários de Saúde e 3.945 municípios com Equipes de Saúde Bucal. É importante ressaltar que a Estratégia de Saúde da Família em alguns municípios não conseguiu a adoção dos três programas acima, principalmente do Programa de Saúde Bucal, que requer montagem de consultórios odontológicos e o uso de equipamentos caros. No caso de Uberlândia, o PSF só oferece atendimento odontológico nas Unidades Básicas de Saúde da Família onde já existiam consultórios odontológicos, que antes eram Unidades Básicas de Saúde.

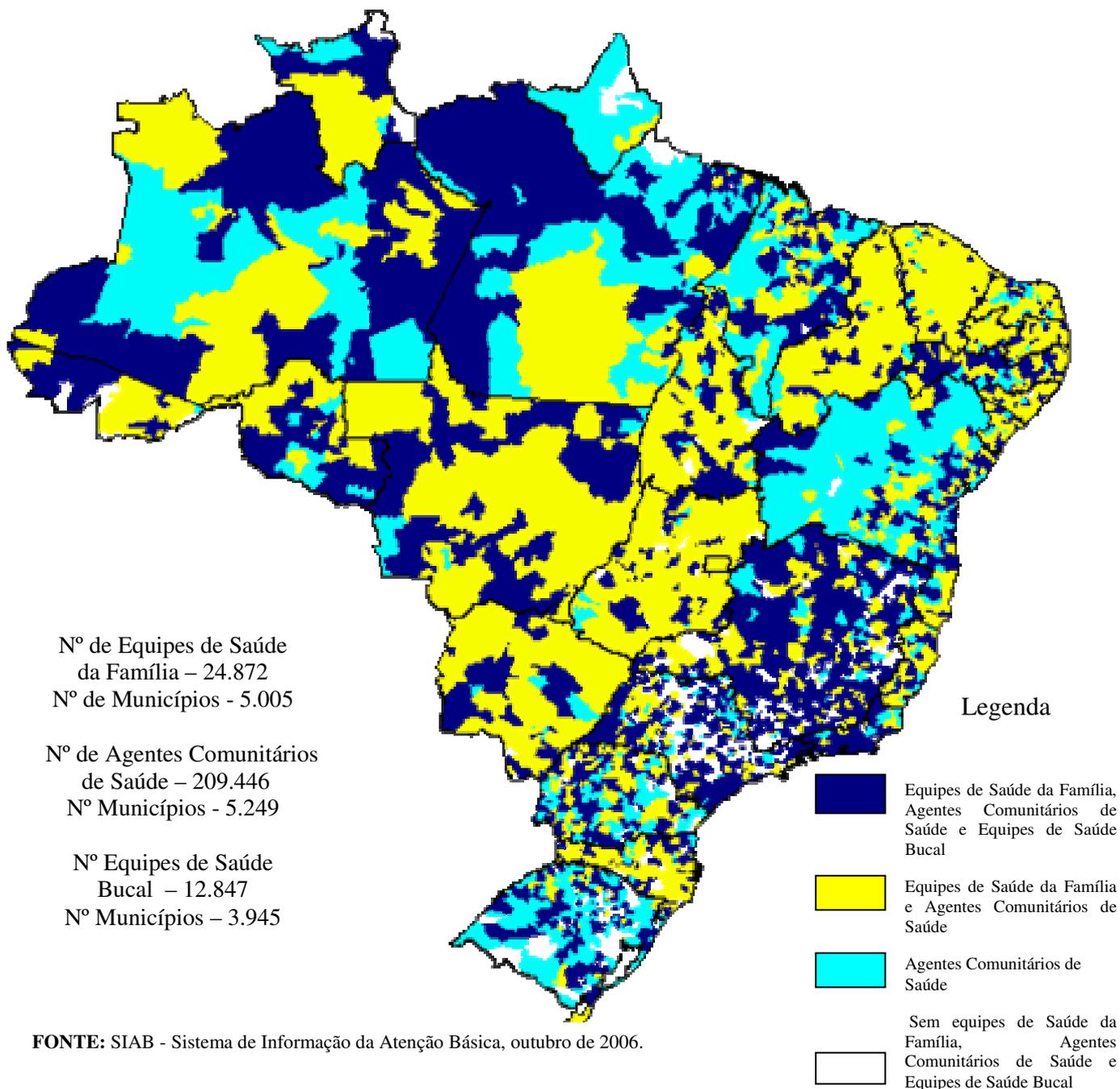
Segundo Viana; Dal Poz (1998), as mudanças operadas no modelo assistencial no SUS, por conta de dois novos programas, PACS e PSF, estão provocando alterações tanto nas modalidades de alocação de recursos e formas de remuneração das ações de saúde, quanto na

FIGURA 6 – Brasil: evolução da implantação das equipes de saúde da Família 2002/2005



FONTE: SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica (2006).

FIGURA 7 – Brasil: situação de implantação da Estratégia de Saúde da Família (Equipes de Saúde da Família - ESF, Equipes de Saúde Bucal - ESB e Agentes Comunitários de Saúde - ACS)- Janeiro/2006



forma de organização dos serviços. Dessa forma, o PSF representa uma estratégia de reforma incremental do sistema de saúde no Brasil, tendo em vista que o Programa aponta para uma mudança importante na forma de remuneração das ações de saúde (superação da exclusividade do pagamento por procedimentos), nas formas de organização dos serviços e nas práticas assistenciais no plano local, e, portanto, nas práticas assistenciais em nível local, ou seja, um processo de descentralização das ações de saúde.

A Saúde da Família, desenhada inicialmente como um programa, passou a ser considerada pelo Ministério da Saúde como uma estratégia estruturante dos sistemas municipais de Saúde, visando à reorientação do modelo de atenção e a uma nova dinâmica da organização dos serviços e ações de saúde. Tem como objetivo substituir ou converter o modelo tradicional de assistência à saúde, historicamente caracterizado como atendimento da demanda espontânea, eminentemente curativa, hospitalocêntrico, de alto custo, sem instituir redes hierarquizadas por complexidade, com baixa resolubilidade e no qual a equipe de saúde não estabelece vínculos de cooperação e co-responsabilidade com a comunidade.

A formulação da Estratégia Saúde da Família incorporou os princípios básicos do SUS – universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade – desenvolvendo-se a partir da Equipe de Saúde da Família (ESF), que trabalha com definição de território de abrangência, adscrição de clientela, cadastramento e acompanhamento da população da área. A Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) é considerada a porta de entrada e o primeiro nível de atenção, devendo estar integrada em uma rede de serviços dos diversos níveis de complexidade, estabelecendo um sistema de referência e contra-referência que garanta resolutividade e possibilite o acompanhamento dos pacientes (BRASIL, 2001).

No desenvolvimento de suas atividades, a Equipe de Saúde da Família, de característica multiprofissional, deve conhecer as famílias do território de abrangência, identificar os problemas de saúde e as situações de risco existentes na comunidade, elaborar um plano e uma programação de atividades para enfrentar os determinantes do processo saúde/doença, desenvolver ações educativas e intersetoriais relacionadas com os problemas de saúde identificados e prestar assistência integral às famílias sob sua responsabilidade no âmbito da Atenção Básica. Essas ações foram definidas, em documento do Ministério da Saúde (1999), como “um conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de Saúde, voltadas para a promoção da saúde, a prevenção dos agravos, o tratamento e a reabilitação”.

Para Franco; Merhy (1999), o PSF não encontra dificuldades de implementação em municípios de pequeno porte, com pequena ou nenhuma capacidade instalada, que não dispõem, por conseguinte, de uma rede consolidada de assistência. Todavia, das avaliações realizadas, bem como da percepção advinda do acompanhamento rotineiro do PSF, foram detectados três grandes grupos de problemas para a sua implementação: os relacionados à dificuldade de substituir o modelo e a rede tradicional de atenção à saúde, proposta denominada pelo Ministério da Saúde como de conversão de modelo; aspectos afetos à inserção e ao desenvolvimento de recursos humanos; e o monitoramento efetivo do processo e resultados do PSF, incluindo os instrumentos e estratégias de sua avaliação. Outro grupo de problemas está relacionado com a garantia da integralidade, considerada na dimensão da integração com os demais níveis de complexidade da rede de serviços de saúde.

Os referidos autores incursionaram pela história da Saúde Pública para identificar, em modelos anteriormente preconizados (medicina comunitária, cuidados primários em

saúde), similaridades com a proposta do PSF. Dentre estas, apontam um mesmo ponto de partida nas diretrizes racionalizadoras, a pequena ênfase na atuação clínica e na saúde individual e a não incorporação do atendimento às urgências.

Os mesmos autores consideram também que “a ruptura com a dinâmica centrada no médico, modelo hegemônico de organização e forma de trabalho da equipe” requer mudanças “nos microprocessos de trabalho em saúde” (FRANCO; MEHRY, 1999, p. 25). Os referidos autores avaliam criticamente o não atendimento da demanda espontânea, as visitas domiciliares compulsórias, a mitificação do médico generalista e o alto grau de normatividade na implementação do programa e concluem:

O acolhimento ao usuário, através da escuta qualificada, o compromisso em resolver seu problema de saúde, a criatividade posta a serviço do outro e ainda, a capacidade de estabelecer vínculo, formam a argamassa da micropolítica do processo de trabalho em saúde, com potência para a mudança do modelo. (FRANCO; MEHRY, 1999, p. 2).

A expansão e a qualificação da atenção básica, organizada pela Estratégia Saúde da Família, compõem parte do conjunto de prioridades políticas apresentadas pelo Ministério da Saúde e aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde. Esta concepção supera a antiga proposição de caráter exclusivamente centrado na doença, desenvolvendo-se por meio de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipes, dirigidas às populações de territórios delimitados, pelos quais assumem responsabilidade, mudando a concepção hospitalocêntrica, centrada na doença e não no ser humano, em vigor no Brasil. Deve-se destacar que:

Embora rotulado como um programa, o PSF, por suas especificidades, foge à concepção usual dos demais programas concebidos no Ministério da Saúde, já que não é uma intervenção vertical e paralela às atividades dos serviços de saúde. Pelo contrário, caracteriza-se como uma estratégia que possibilita a integração e promove a organização das atividades em um território definido, com o propósito de propiciar o enfrentamento e resolução dos problemas identificados [...] (BRASIL, 1998, p. 8).

O acúmulo técnico-político dos três níveis de gestão do SUS, na implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa Saúde da Família, elementos essenciais para a reorientação do modelo de atenção, tem possibilitado a identificação de um conjunto de questões relativas às bases conceituais e operacionais do que se tem denominado *Atenção Básica à Saúde no Brasil*, e de suas relações com os demais níveis do sistema. Os princípios fundamentais da atenção básica no Brasil são: integralidade, qualidade, equidade e participação social.

Mediante a adstrição de clientela, as equipes Saúde da Família estabelecem vínculo com a população, possibilitando o compromisso e a co-responsabilidade destes profissionais com os usuários e a comunidade. Seu desafio é o de ampliar suas fronteiras de atuação visando uma maior resolubilidade da atenção, em que a Saúde da Família é compreendida como a estratégia principal para mudança deste modelo, que deverá sempre se integrar a todo o contexto de reorganização da rede local do sistema de saúde.

O Ministério da Saúde, para organizar a Atenção Básica, está priorizando a Estratégia do Programa Saúde da Família como forma de garantir ampliação do acesso à população em nível local, tendo como objetivo principal 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.

O atendimento é prestado pelos profissionais das Equipes de Saúde da Família (médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, agentes comunitários de saúde, dentistas e auxiliares de consultório dentário) na unidade de saúde ou nos domicílios. Essa equipe e a população acompanhada criam vínculos de co-responsabilidade, o que facilita ações de

promoção de saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais freqüentes. A Unidade Básica de Saúde da Família – UBSF, considerada como o primeiro nível de ações para a atenção básica, necessita estar vinculada à rede de serviços para garantir a atenção integral aos indivíduos e famílias, assegurando a referência⁸ e a contra-referência para serviços de maior complexidade, sempre que o estado de saúde da pessoa assim exigir, garantindo, conseqüentemente, os princípios de integralidade e hierarquização previstos pelo SUS.

O planejamento baseado nos critérios epidemiológicos e sociais é a referência inicial para o desenvolvimento das ações no Programa Saúde da Família. O desafio atual é efetivamente consolidar esse programa como a porta de entrada prioritária do SUS que, mediante conversão da rede básica, deverá organizar todo o sistema a partir destes serviços, com intuito de resolver, ainda na atenção básica, cerca de 80% dos problemas de saúde mais prevalentes na população.

Quanto ao aspecto da gestão do PSF, este apresenta alguns problemas tais como o alto grau de normatividade na sua implementação. O Ministério da Saúde define desde o formato da equipe, as funções de cada profissional, a estrutura, o cadastro das famílias, o levantamento dos problemas de saúde existentes no território, até os diversos modos de fazer o programa. Estas normas deverão ser seguidas rigorosamente pelos municípios, sob pena daqueles que não se enquadrarem nas orientações ministeriais, ficarem fora do sistema de financiamento das equipes do Programa Saúde da Família.

Agindo assim, o Ministério da Saúde impossibilita a construção de modelos alternativos, mesmo que similares à proposta do PSF, e ainda entrava a implantação do Programa de Saúde da Família diante de realidades distintas vividas em diferentes

⁸ A referência refere-se ao apoio a casos que necessitam de médicos especializados em outras unidades do Sistema Público de Saúde e a contra-referência a garantia de atendimento no PSF após as consultas e ou exames especializados.

comunidades em todo território nacional. O tradicional centralismo das políticas de saúde, que marcam a área governamental desde a primeira república, continua presente neste ato.

Conforme nos lembra Paim (1999), as opções por determinados modelos de atenção à saúde inserem-se em um contexto mais amplo, que envolve sujeitos sociais submetidos a determinadas relações econômicas, políticas e ideológicas. Assim sendo, o PSF pode representar uma real mudança do sistema de saúde, com qualidade, integralidade ou efetividade, ou reduzir custos ao ofertar um atendimento tecnologicamente simples e pobre para gente simples e pobre. A medicina de família

[...] pode mobilizar valores simbólicos no sentido de atender objetivos político-ideológicos das classes dirigentes, seja no sentido de alívio das tensões sociais, seja na propaganda de governos ou empresas, seja no controle social sobre os trabalhadores e suas famílias mediante a “domesticação” da sua cultura, seus hábitos, seu estilo de vida em função de valores ideológicos dominantes. (PAIM, 1999, p. 498).

O Programa Saúde da Família foi utilizado, em 2006, no período de campanha política para eleições dos governos estaduais e federais, além de deputados e senadores, como instrumento de campanha pelo candidato à reeleição para o governo federal, presidente Lula, refletindo o que Paim (1999) mencionou anteriormente.

2.3 A geografia do Programa Saúde da Família

A Portaria n. 1.886, de 18 de dezembro de 1997, na parte de Diretrizes operacionais, nos permite identificar alguns requisitos importantes para a delimitação das áreas e microáreas do Programa Saúde da Família. As unidades são delimitadas em função da área de abrangência de uma unidade de saúde, nesse caso a Unidade Básica de Saúde da Família, e delimita-se em função do fluxo e contrafluxo de trabalhadores de saúde e da

população num determinado espaço, já as microáreas são definidas seguindo a lógica da homogeneidade sócio-econômico-sanitária, isto é, a identificação de espaços nos quais se concentram grupos populacionais mais ou menos homogêneos de acordo com suas condições de vida. Assim sendo, a referida Portaria, regulamenta que o PSF deve incorporar os seguintes aspectos na delimitação dos recortes territoriais:

1. A área deve conter um valor máximo de população de modo a permitir um atendimento às suas demandas de saúde (um agente de saúde deve ser responsável por no máximo 150 famílias ou 750 pessoas);
2. O agente deve ser um morador da sua microárea de atuação há pelo menos dois anos.
3. A área deve delimitar comunidades, preferencialmente aquelas mais organizadas, que participem do controle social das ações e serviços de saúde em diversos fóruns como as conferências e conselhos de saúde;
4. A área deve conter uma população mais ou menos homogênea do ponto de vista sócio-econômico e epidemiológico, caracterizando “áreas homogêneas de risco”;
5. A área deve conter uma unidade básica de saúde (UBS) que será a sede da Equipe de Saúde da Família e local de atendimento da população adscrita;
6. Os limites da área devem considerar barreiras físicas e vias de acesso e transporte da população às unidades de saúde.

A relação serviço-território-população é descrita como adscrição, que diz respeito ao território sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família. Em documento do

Ministério da Saúde (BRASIL, 1994), que trata da organização do Programa, estabeleceu-se que cada equipe teria a responsabilidade pela cobertura de uma área geográfica que contenha entre 800 e 1000 famílias.

Posteriormente, a adscrição foi definida no item “diretrizes operacionais”, no qual as regras passaram a ser mais flexíveis, devendo residir na área entre 600 e 1.000 famílias com o limite máximo de 4.500 habitantes (BRASIL, 1997). Recomendou-se que a Equipe de Saúde da Família seja composta minimamente por médico, enfermeiro, auxiliares de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde, na proporção de 01 Agente Comunitário de Saúde para, no máximo, 150 famílias ou 750 pessoas. Além disso, recomendou-se considerar a “diversidade sociopolítica, econômica, densidade populacional e acessibilidade aos serviços”, entre outros fatores, na adscrição da população e delimitação das áreas.

No caso do PSF em Uberlândia o limite máximo de 4.500 habitantes por equipe não é totalmente respeitado e no núcleo Pampulha em 2006, das 15 equipes desse sete tem população superior ao recomendado pelo Ministério da Saúde (DICS, 2007), dificultando a garantia do atendimento à população adscrita já que a equipe mínima não consegue atender a todos os pacientes que procuram a Unidade Básica de Saúde da Família, principalmente os da demanda livre.

O Ministério da Saúde adota o princípio do território para área de abrangência das Unidades de Saúde. No entanto, autores como Czeresnia; Ribeiro (2000, p. 596) propõem o uso do espaço enquanto categoria de análise para a compreensão da ocorrência e da distribuição das doenças na coletividade:

Em epidemiologia, o espaço foi inicialmente compreendido como resultado de uma interação entre organismo e natureza bruta, compreendida independentemente da ação e percepção humanas. Da mesma forma, na geográfica clássica, o espaço foi entendido como substrato de fenômenos naturais, como o clima, a hidrografia, a topografia, a vegetação, etc. Porém, na origem do desenvolvimento do

objeto da epidemiologia, assim como na geografia, já se manifesta a tensão que interrogou a lógica desse conhecimento que opôs natureza e cultura, natural e artificial, corpo e mente, subjetivo e objetivo, entre outras dualidades à apreensão dos fenômenos que se propunham estudar é sinalizada no discurso dessas disciplinas, revelando polêmicas que acompanharam a história desde o seu nascimento.

Mencionado por muitos estudiosos como o mais renomado geógrafo brasileiro - Milton Santos -, em suas discussões sobre o espaço tornou-se um nome de referência para os estudos sobre a relação espaço e doença. As análises feitas na área da saúde também devem ser realizadas a partir das categorias estrutura, processo, função e forma:

Forma, função, estrutura e processo são quatro termos disjuntivos associados, a empregar segundo um contexto do mundo de todo dia. Tomados individualmente representam apenas realidades parciais, limitadas ao mundo. Considerando, em conjunto, porém, e relacionados entre si, eles constroem uma base teórica e metodológica a partir da qual podemos discutir os fenômenos espaciais em totalidade. (SANTOS, 1985, p. 52).

Ainda de acordo com Santos (2004, p. 63),

O espaço é formado por um conjunto indissociável, solidário e também contraditório, de sistemas de objetos e sistemas de ações, não considerados isoladamente, mas como o quadro único no qual a história se dá. [...] Os sistemas de objetos e sistemas de ações interagem. De um lado, os sistemas de objetos condicionam a forma como se dão as ações e, de outro lado, o sistema de ações leva à criação de objetos novo ou se realiza sobre objetos preexistentes. É assim que o espaço encontra a sua dinâmica e se transforma.

O referido autor afirma que o espaço é formado por um conjunto indissociável de sistemas de objetos e de sistemas de ações não considerados isoladamente:

Considerar o espaço como esse conjunto indissociável de sistemas de objetos e sistemas de ações, assim como estamos propondo, permite, a um só tempo, trabalhar o resultado conjunto dessa interação, como processo e como resultado, mas a partir de categorias susceptíveis de um tratamento analítico que, através de suas características próprias, dê conta da multiplicidade e da diversidade de situações e processos. (SANTOS, 2004, p. 63).

O município representa a escala local na qual é exercido o poder de decisão sobre a política de saúde no processo de descentralização. Segundo Mendes (1999), nesse território

as práticas de saúde avançam para a integração das ações de atenção, promoção e prevenção, de forma que as intervenções sobre os problemas sejam também sobre as condições de vida das populações.

Discordando de Mendes (1999), deve-se acrescentar que é no espaço organizado, apoiado pela atividade econômica, que a sociedade passa pelo processo saúde-doença e quando analisamos a organização do espaço, conseguimos ter uma visão dinâmica desse processo, que é sempre contínuo.

Segundo Paim (1997) o estudo dos diferentes espaços recuperando a sua historicidade permite uma aproximação da realidade sem minimizar a sua complexidade. Entendendo que a produção e distribuição da doença e a constituição do espaço têm os mesmos determinantes, este último, enquanto expressão das condições de vida dos segmentos que o ocupam, representa a mediação passível de informar certas relações entre sociedade e a saúde.

A organização dos serviços segue os princípios da regionalização e hierarquização, delimitando uma base territorial formada por agregações sucessivas como a área de atuação dos agentes de saúde, da equipe de saúde da família e a área de abrangência de unidades de saúde. A FIGURA 8 mostra a hierarquização do PSF.

Já a FIGURA 9 evidencia a área de abrangência da Unidade Básica de Saúde da Família do bairro Santa Luzia e nela pode-se observar a área de atuação da Equipe de Saúde da Família. Cada microárea corresponde a área de atuação de um Agente Comunitário de Saúde, sendo esse responsável por acompanhar em torno de 150 famílias mensalmente.

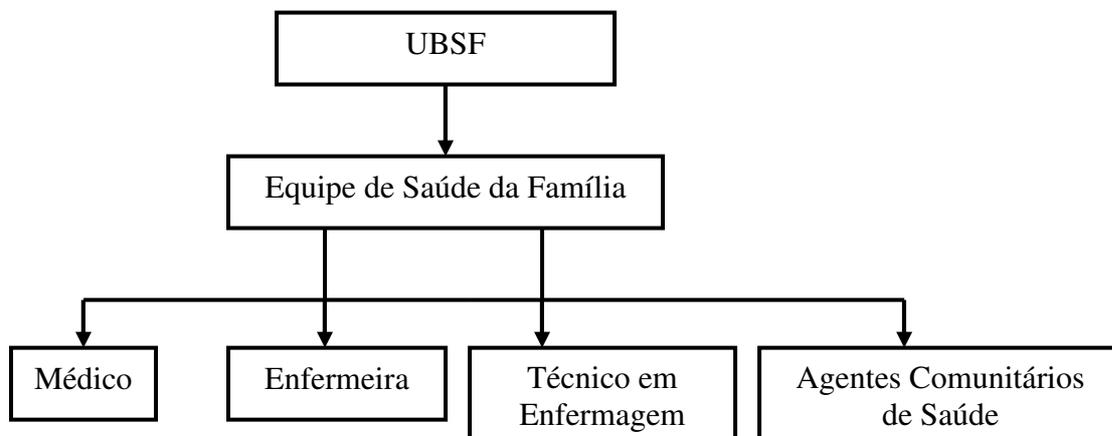


FIGURA 8 – Uberlândia: hierarquização do Programa de Saúde da Família

FONTE: pesquisa direta.

ORG.: Rodrigues, M. J., 2007.

Na área de abrangência da Equipe de Saúde da Família do bairro Santa Luzia é possível verificar que a área está delimitada em função de uma Unidade Básica de Saúde da Família que já existia antes da implantação do PSF, só que essa unidade era uma Unidade Básica de Saúde, que atendia as especialidades de Clínica Geral, Pediatria e Ginecologia, além de Psicóloga, Odontologia e Serviço Social. A área de atuação da equipe foi delimitada em função de uma barreira geográfica a Nordeste, a avenida João Naves de Ávila, via de fluxo rápido, que separa os bairros Santa Luzia e Segismundo Pereira. O limite a Sudeste, é a avenida Geraldo Abrão Júnior, situada no bairro Granada.

Percebe-se na divisão por microárea que não há um critério bem definido, tendo em vista que cada Agente Comunitário de Saúde não atende uma área do mesmo tamanho geográfico. A microárea cinco, por exemplo, tem quase o dobro do tamanho da microárea um, sobrecarregando o trabalho do profissional responsável por acompanhar a primeira microárea. Para divisão das microáreas não foi realizado estudo do perfil epidemiológico ou sanitário o que evidencia a necessidade de estudos para melhor distribuição das Unidades de Saúde da Família em Uberlândia.

Pereira; Barcellos (2006, p. 48), versando sobre o uso do conceito de território no PSF, afirmam que

A territorialização é um dos pressupostos básicos do PSF, mas, ela adquire, pelo menos três sentidos diferentes e complementares: de demarcação de limites das áreas de atuação dos serviços; de reconhecimento do ambiente, população e dinâmica social existente nessas áreas, e de estabelecimento de relações horizontais com outros serviços e outros serviços adjacentes e verticais com centros de referência.

Em todos esses sentidos também prevalece a idéia de território como uma instância de poder. Esse poder que existe também pode ser instituído a partir das redes de relacionamento humano estabelecidas no espaço das Unidades Básicas de Saúde da Família, envolvendo usuários, profissionais de saúde, gestores das unidades e gestor municipal.

As dimensões territoriais preconizadas pelo SUS referem-se ao município, ao Distrito Sanitário ou à área de abrangência dos serviços de saúde que são, na verdade, áreas de atuação, de caráter administrativo e gerencial dos serviços de saúde.

Monken; Barcellos (2005) destacam que a territorialização em saúde é marcada por uma concepção de espaço político-operativo, ou seja, utiliza-se o conceito de espaço de uma forma puramente administrativa, visando-se a gestão física dos serviços de saúde, pelo que não se considera a potencialidade do conceito para a identificação e proposta de enfrentamento dos problemas de saúde. Segundo os referidos autores,

O reconhecimento desse território é um passo básico para a caracterização da população e de seus problemas de saúde, bem como para a avaliação do impacto dos serviços sobre os níveis de saúde dessa população. Além disso, permite o desenvolvimento de um vínculo entre os serviços de saúde e a população, mediante práticas de saúde orientadas por categorias de análise de cunho geográfico. (MONKEN; BARCELLOS, 2005, p. 898).

No entanto, não há uma discussão sobre os múltiplos sentidos do conceito de território, o que é percebido pela inexpressiva participação de geógrafos em todos os níveis do PSF. Quando se fala em delimitação de um local para uso do PSF, pode-se dizer que essa configuração territorial tem determinados atributos ou características. E essas características,

naturais ou artificializadas pelo ser humano dão vida ao ambiente, que, por sua vez, influi no processo saúde-doença da população adscrita. O reconhecimento da relação entre o ser humano-meio é um passo importante para a incorporação de conceitos e práticas da geografia pelo PSF. O território deixaria de ser um mero depositário de atributos da população e passaria a ser considerado como um espaço de responsabilidade e da atuação compartilhada entre comunidade local e as equipes do PSF.

3.3 A configuração do Programa Saúde da Família em Uberlândia

Em Junho de 2003, elaborou-se uma reorientação do modelo de assistência à saúde em Uberlândia, definido pela implantação do Programa Saúde da Família, com o qual criou-se 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 cardio-vasculares. Além disso, foi realizado o levantamento da necessidade de recursos humanos, equipamentos e infraestrutura para o funcionamento das Unidades.

Em setembro de 2003, foi implantado o PSF em Uberlândia. 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.

O processo de implementação do Programa Saúde da Família em Uberlândia foi realizado pela equipe da Divisão de Gestão de Trabalho do SUS (DGTS) da Secretaria Municipal de Saúde, composta por Médico, Psicólogos, Assistente Social e Enfermeiro. Esta mesma equipe coordenou o processo de seleção, treinamento introdutório, capacitação continuada, com apoio e monitoramento às Equipes de Saúde da Família em Recursos Humanos - organização do serviço e avaliação de desempenho (DICS, 2004).

O referido Programa aparece como uma alternativa de reorganização do modelo vigente sintonizada com os princípios do SUS, com novas práticas de atenção à saúde e onde o atendimento clínico e a promoção em saúde devem acontecer paralelamente, devendo atender princípios de vínculo, compromisso e uma abordagem humanizada à população adscrita. Para que realmente ocorra a promoção em saúde, é importante reorientar o modelo assistencial, ocasionando uma nova dinâmica de atuação e de relacionamento entre os serviços de saúde e a população.

É necessário que a equipe da Saúde da Família conheça a realidade da população que atende, 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 pelo Programa 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.

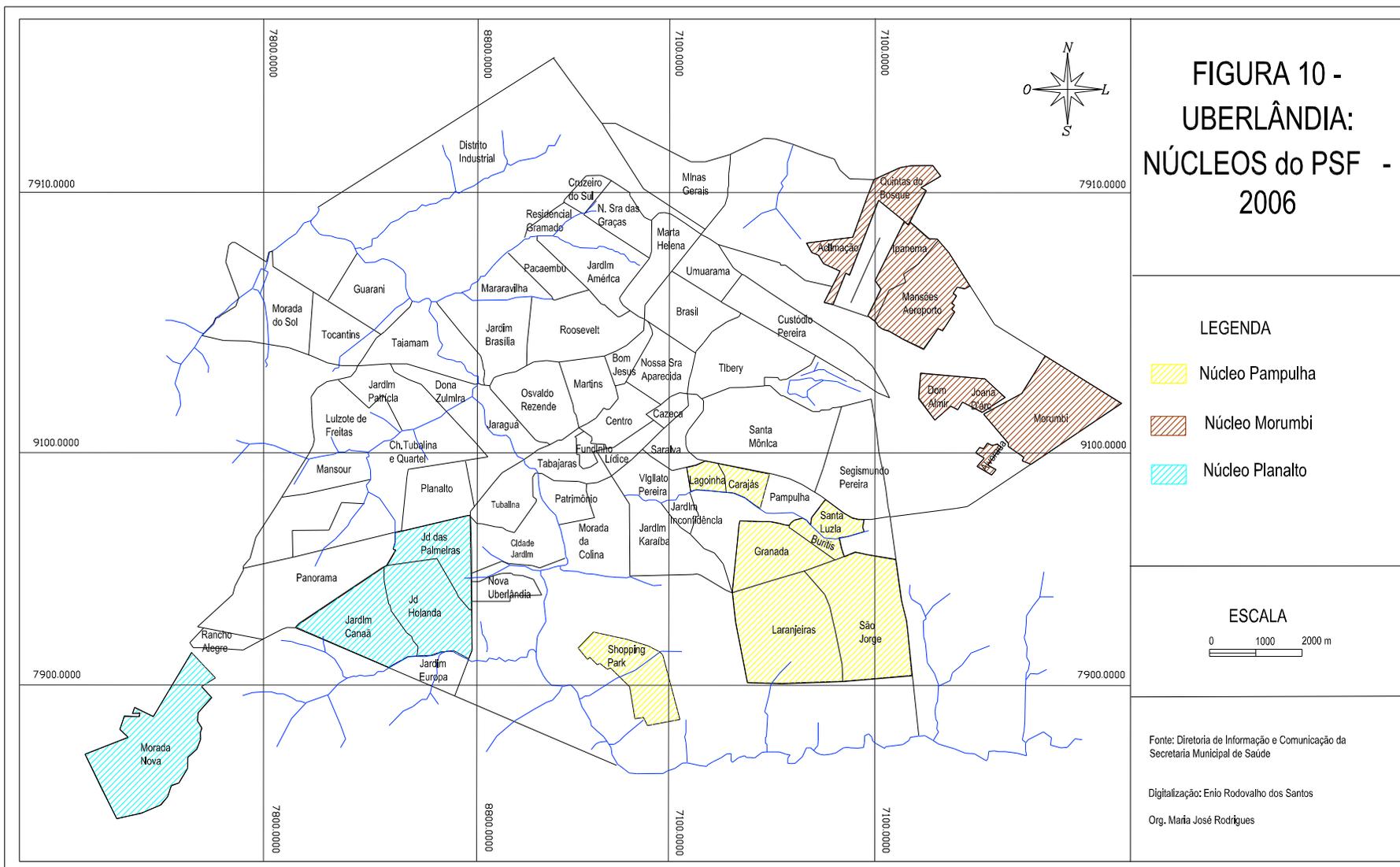
As informações levantadas por meio das visitas familiares para cadastramento das famílias serviram para análise da situação de saúde, condições de moradia, educação do indivíduo, da família e da comunidade.

O conhecimento do espaço 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.

Quando o município se estruturou em 2003 para a implantação do PSF a previsão inicial era atender, segundo estimativa, 105.540 pessoas agrupadas em 28.524 famílias. No final do ano de 2004, o cadastro de pessoas no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) apontava para uma cobertura de 36.551 famílias, com 133.168 pessoas, ultrapassando a previsão inicial.

A população atendida pelo PSF está distribuída em 16 bairros da cidade e ainda em quatro distritos da zona rural: Cruzeiro dos Peixotos, Martinésia, Miraporanga e Tapuirama. Na zona urbana, são atendidos os seguintes bairros: Aclimação, Alvorada, Buritis, Carajás, Dom Almir I, Joana D'arc, Granada, Ipanema, Jardim Canaã, Jardim das Palmeiras, Jardim Holanda, Lagoinha, Laranjeiras, Mansões Aeroporto, Morada Nova, Morumbi, Santa Luzia, São Jorge e Shopping Park. Verifica-se um total de 33 equipes distribuídas em três núcleos: núcleo Planalto com oito Equipes de Saúde da Família, núcleo Morumbi, que possui 10 equipes e o núcleo Pampulha o maior de todos com 15 Equipes de Saúde da Família, e uma equipe na zona rural (DICS, julho/2006) – (Cf. FIGURA 10).

As equipes do Programa Saúde da Família são formadas prioritariamente por um médico, um enfermeiro e de quatro a seis Agentes Comunitários de Saúde (ACS). A



quantidade de ACS depende do tamanho da área a ser atendida; para cada microárea deve existir um ACS responsável. A distribuição dos profissionais por núcleo pode ser verificada na TABELA 4.

TABELA 4 – Uberlândia: Distribuição dos profissionais por atividade e por núcleo do PSF em 2004

Profissional	Morumbi	Planalto	Pampulha	Total
Médico	10	08	15	33
Enfermeiro	10	08	15	33
Técnico de enfermagem	10	09	15	34
Agente comunitário de saúde	59	55	88	202
Total	89	78	133	302

FONTE: DICS, 2006.

ADAPTAÇÃO: Rodrigues, M. J., 2007.

A análise da TABELA 4 permite concluir que em todos os núcleos a proporção de médicos e enfermeiros está adequada, pois para cada equipe existe um médico, uma enfermeira, um técnico em enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde seguindo as orientações do Ministério da Saúde, até mesmo porque se não existe a equipe mínima o referido Ministério não autoriza a implantação do Programa no município.

Na TABELA 5, pode-se observar a proporção da população segundo o sexo e idade nas áreas cobertas pelo Programa Saúde da Família nos anos de 2004 e 2005 em Uberlândia-MG. Verifica-se, na referida tabela, um pequeno predomínio de população feminina e da faixa etária entre 20 e 39 anos, faixa com maiores índices de gravidez, necessitando de políticas de saúde voltadas para esse grupo. Verifica-se também aumento de cadastro de crianças menores de um ano e de adultos a partir dos 40 anos e idosos de 2005 em relação a 2004.

TABELA 5 – Município de Uberlândia: distribuição da população segundo o sexo e idade nas áreas cobertas pelo PSF em 2004 e 2005

ANO	2004						2005					
	Masc.		Fem.		Total		Masc.		Fem.		Total	
Idade	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
< 1	517	0,8	481	0,7	998	0,7	688	1,0	632	0,9	1.320	1,0
1 a 4	5.273	8,0	4.741	7,0	10.014	7,5	4.817	7,2	4.465	6,5	9.282	6,9
5 a 6	2.866	4,4	2.663	4,0	5.529	4,2	2.820	4,2	2.590	3,8	5.410	4,0
7 a 9	4.245	6,4	4.150	6,2	8.395	6,3	4.181	6,3	4.037	5,9	8.218	6,1
10 a 14	6.863	10,4	6.656	9,9	13.519	10,2	6.931	10,4	6.647	9,7	13.578	10,1
15 a 19	6.344	9,6	6.885	10,2	13.229	9,9	6.429	9,6	6.533	9,6	12.962	9,6
20 a 39	23.209	35,3	23.998	35,6	47.207	35,4	23.482	35,1	24.2889	35,6	47.771	35,4
40 a 49	8.127	12,3	8.690	12,9	16.817	12,6	8.503	12,7	9.285	13,6	17.788	13,2
50 a 59	4.562	6,9	4.787	7,1	9.349	7,0	4.879	7,3	5.195	7,6	10.074	7,5
> 60	3.825	5,8	4.286	6,4	8.111	6,1	4.084	6,1	4.609	6,7	8.693	6,4
Total	65.831	100	67.337	100	133.168	100	66.814	100	68.282	100	135.096	100

FONTE: DICS (2005).

ADAPTAÇÃO: Rodrigues, M. J., 2007.

Observa-se, igualmente, que houve um pequeno acréscimo no total de pessoas cadastradas em 2005 em relação a 2004; isso ocorre porque os bairros atendidos são os mesmos desde a implantação do PSF em Uberlândia. O número de pessoas e famílias cadastradas varia em função de mudanças de endereço⁹, nascimentos e óbitos de pessoas nas áreas atendidas pelo Programa.

A TABELA 6 evidencia a população cadastrada no PSF por núcleo no ano de 2004. Nela pode-se observar que o núcleo Planalto apresenta a menor população cadastrada, sendo o núcleo Morumbi o que apresenta a segunda maior população e o núcleo Pampulha, a maior população total. Proporcionalmente o núcleo Morumbi apresenta a maior população de crianças e a menor população de idosos necessitando de políticas de saúde mais voltada para o primeiro grupo, tais como campanha de aleitamento materno, vacinação, acompanhamento do peso, controle de desnutrição, diarreia, doenças respiratórias, entre outras.

⁹ Os documentos oficiais mencionam que a família só pode ser cadastrada no PSF após morar no mesmo endereço no mínimo por três meses, antes desse período caso necessite de atendimento esse é registrado como consulta como fora da área de abrangência.

TABELA 6 – Uberlândia: Distribuição da população cadastrada segundo a faixa etária, por núcleo do PSF em 2004

Faixa etária	Morumbi	%	Planalto	%	Pampulha	%
< 1 ano	342	0,9	255	0,8	425	0,7
1 – 4 anos	3.180	8,4	2.223	7,0	4.507	7,4
5 – 9 anos	4.303	11,3	3.265	10,3	6.203	10,1
10 – 14 anos	4.027	10,6	3.111	9,9	6.172	10,1
15 – 19 anos	3.626	9,6	2.900	9,2	6.000	9,8
20 – 29 anos	7.039	18,6	5.949	18,8	11.375	18,6
30 – 39 anos	6.296	16,6	5.258	16,7	10.615	17,4
40 – 49 anos	4.484	11,8	4.063	12,9	7.928	13,0
50 – 59 anos	2.550	6,7	2.473	7,8	4.185	6,8
60 – 69 anos	1.336	3,5	1.263	4,0	2.344	3,8
70 – 79 anos	575	1,5	589	1,9	1.002	1,6
> 80 anos	188	0,5	225	0,7	400	0,7
Total	37.946	100,0	31.574	100,0	61.156	100,0

FONTE: DICS (2005).

ADAPTAÇÃO: Rodrigues, M. J., 2007.

O núcleo Planalto é o que apresenta a maior proporção de idosos, o que requer atenção diferenciada para esse grupo etário, alguns apresentam problemas ligados à própria faixa etária, tais como fratura de colo de fêmur em maiores de 50 anos, doenças cancerígenas, respiratórias e reumáticas, entre outras o que requer uma atenção especial nas UBSF desse núcleo.

Já o núcleo Pampulha apresenta um equilíbrio entre a proporção de crianças e idosos, prevalecendo a população adulta, mesmo assim seguindo a normatização do Ministério da Saúde as crianças menores de dois anos têm prioridade no atendimento, que é estruturado da seguinte maneira: menores de seis meses – uma consulta por mês, maiores de seis meses a um ano uma consulta de dois em dois meses, maiores de um ano a dois anos, uma consulta a cada três meses. Tais consultas são pré-agendadas pelo Agente Comunitário de Saúde que repassa para as famílias o dia e o horário das mesmas.

Na TABELA 7, verificam-se as condições de tratamento e abastecimento de água nas áreas cobertas pelo Programa Saúde da Família em Uberlândia. Nela pode-se observar que, em relação ao tratamento de água no domicílio, cerca de 82% utiliza o método da filtração, os métodos de fervura e cloração são menos frequentes e somados não chegam a atingir 3%. No

entanto, cerca de 17% em 2004 e 15% em 2005 não usavam nenhum tipo de tratamento da água no domicílio. Isso acontece devido ao fato de que muitas pessoas não têm o hábito de filtrar ou ferver a água da torneira já que essa já chega tratada pelo Departamento Municipal de Água e Esgoto no domicílio dos moradores.

TABELA 7 – Município de Uberlândia: tratamento e abastecimento de água nas áreas cobertas pelo PSF em 2004 e 2005

Ano	2004		2005	
	Nº	%	Nº	%
Tratamento da água				
Filtração	29.174	79,82	30.724	82,10
Fervura	140	0,38	170	0,45
Cloração	919	2,51	901	2,41
Sem tratamento	6.318	17,29	5.636	15,06
Abastecimento de água				
Rede pública	35.752	97,81	36.649	97,93
Poço ou nascente	298	4,00	308	0,82
Outros	501	1,37	466	1,25

FONTE: SIAB/DICS (2006).

ORG.: Rodrigues, M. J., 2007

Percebe-se também que houve algumas mudanças de hábito, mais famílias adotaram os métodos de tratamento de água e o número de residências que não tratavam a água caiu de 17,29% para 15,06% do total.

Quanto ao abastecimento de água, cerca de 97% da população tanto no ano de 2004 quanto em 2005 recebem água da rede pública. No ano de 2004, cerca de 4% das residências utilizavam água de poço ou nascente, já no ano de 2005 esse número caiu para menos de 1%, podendo-se concluir que a água da rede pública tornou-se acessível para essa porcentagem da população. É importante relatar que os dados são do município de Uberlândia, aparecendo os números da cidade de Uberlândia e dos distritos de Miraporanga, Cruzeiro dos Peixotos, Martinésia e Tapuira.

Em relação ao tipo de casa, predominam as habitações de tijolo/adobe, chegando a mais de 96% nos anos de 2004 e 2005. As casas do tipo taipa revestida, taipa não revestida, madeira e outros não somam 4%, conforme demonstram os dados da TABELA 8.

TABELA 8 – Município de Uberlândia: tipo de habitação nas áreas cobertas pelo PSF em 2004 e 2005

Tipo de casa	2004		2005	
	Nº	%	Nº	%
Tijolo/Adobe	35.287	96,54	36.273	96,93
Taipa revestida	182	0,50	186	0,50
Taipa não revestida	64	0,18	54	0,14
Madeira	360	0,98	309	0,83
Material aproveitado	300	0,82	289	0,77
Outros	358	0,98	320	0,86

FONTE: SIAB/DICS (2006).

ORG.: Rodrigues, M. J., 2007.

Quanto ao destino do lixo, em cerca de 98% das residências a coleta é realizada pelo sistema público. O lixo queimado, enterrado e a céu aberto somam 2% do total.

Também houve uma pequena mudança de comportamento em relação ao lixo: aumentou o número de residências que utilizam o sistema público de coleta e que enterram ou queimam o lixo e diminuiu o número de residências que deixam o lixo a céu aberto. Vale lembrar que os dados são dos anos de 2004 e 2005 e que o espaço de tempo é muito pequeno para uma verdadeira mudança de comportamento, mas já se vê resultados em relação à educação em saúde, responsabilizando a comunidade pela conservação do meio ambiente do entorno, o que corresponde a um dos ideais preconizados pelo Ministério da Saúde.

No que se refere ao destino de fezes e urina, cerca de 93% das residências utilizam o sistema de esgoto público; no entanto, em cerca de 6% das residências o destino das fezes e urina é a fossa e em menos de 1% as fezes e urinas ficam a céu aberto.

Houve uma pequena redução do número de residências que destinam as fezes e urina a céu aberto e aumentou o número de residências que utilizam o sistema de esgoto e de fossa, conforme TABELA 9.

TABELA 9 – Município de Uberlândia: destino do lixo, fezes e urina nas áreas cobertas pelo PSF em 2004 e 2005

Destino do lixo	2004		2005	
	Nº	%	Nº	%
Coleta pública	35.791	97,92	36.678	98,01
Queimado/enterrado	529	1,45	557	1,49
Céu aberto	231	0,63	188	0,50
Destino fezes/urina				
Sistema de esgoto	34.228	93,64	35.055	93,67
Fossa	2.177	5,96	2.251	6,02
Céu aberto	146	0,40	117	0,31

FONTE: SIAB/DICS (2006).

ORG.: Rodrigues, M. J., 2007.

Em relação à energia elétrica, essa é oferecida para aproximadamente 97% das residências atendidas pelo Programa Saúde da Família no ano de 2005 (DICS, 2006).

Portanto, a análise das TABELAS 7, 8 e 9 permite-nos constatar que houve algumas mudanças de hábitos em relação ao ambiente vivido, mesmo em um período de tempo pequeno, demonstrando uma mudança de comportamento nas áreas onde o Programa Saúde da Família em Uberlândia está presente. Deve-se destacar, ainda, que os indicadores revelam condições bastante satisfatória da infra-estrutura básica.

O Programa Saúde da Família é direcionado prioritariamente à população residente em áreas de risco social, definidas em estudos realizados pela Prefeitura Municipal de Uberlândia, sendo voltado para o atendimento prioritário dos seguintes grupos: crianças menores de cinco anos, com prioridade para as de até dois anos, as gestantes, os portadores de tuberculose e

hanseníase, além das pessoas com diabetes e hipertensão arterial. Nas tabelas seguintes veremos os ciclos de vida priorizados pelo PSF e seus indicadores de atenção básica.

As informações coletadas no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e no Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC) mostram que em 2004 foram registradas nas áreas cobertas pelo Programa Saúde da Família em Uberlândia, 1.884 nascidos vivos no SIAB e 2.308 no SINASC. Já em 2005 esse número foi de 1.803 e 2.410, respectivamente.

Existe uma diferença em relação aos números de nascidos vivos fornecidos pelo SINASC e pelo SIAB porque o primeiro órgão propicia informações sobre nascidos vivos no País, com dados sobre a gravidez, o parto e as condições da criança ao nascer. O SINASC foi implantado gradualmente pelo Ministério da Saúde, a partir de 1990. O documento básico é a Declaração de Nascidos Vivos (DN), padronizada nacionalmente e distribuída pelo Ministério da Saúde, em três vias. Para os partos realizados em hospitais e outras instituições de saúde, a primeira via da DN é preenchida e enviada à secretaria de saúde correspondente. No caso de partos domiciliares, essa comunicação compete aos cartórios de registro civil. A cobertura atual do SINASC, estimada em 93% do total de nascidos vivos no país, supera amplamente a de nascimentos registrados em cartório.

Já o SIAB reúne as informações coletadas pelos agentes comunitários de saúde e pelas equipes do Programa de Saúde da Família (PSF). Essas informações baseiam-se no cadastro das famílias acompanhadas e incluem dados demográficos, sócio-econômicos, ambientais e culturais, além dos relativos à morbidade e à mortalidade.

O SIAB aprimorou pontos fundamentais do Sistema de Informação do Programa Agentes Comunitários de Saúde (SIPACS), mas manteve a lógica central de seu funcionamento, que tem como referência uma determinada base populacional (BRASIL, 2000).

Há evidências de que o volume de dados sobre nascimentos e óbitos, coletados pelo SIAB em Uberlândia e em outros municípios, supera os dados informados pelo Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM)¹⁰ e pelo SINASC, indicando esse Sistema como de grande importância para melhorar as estatísticas nacionais de saúde.

A partir desse Sistema, é possível utilizar-se as seguintes variáveis:

- a) **Pré-natal em dia** – Refere-se ao percentual de gestantes visitadas pelos agentes de saúde que realizaram a consulta de pré-natal nos últimos 30 dias, com médico ou enfermeiro, em uma unidade de saúde.
- b) **Aleitamento materno exclusivo até o quarto mês** – Representa o percentual de crianças de 0 a 3 meses e 29 dias em regime de aleitamento exclusivo, visitadas mensalmente pelos agentes de saúde. Considera-se “com aleitamento exclusivo” a criança que utiliza diariamente apenas o leite materno. Não são consideradas, portanto, aquelas crianças que usam água, chá, ou qualquer outro líquido, regularmente. Entretanto, pode ser considerada aquela criança que, no período de referência, fez uso esporádico, por algum motivo (doença, afastamento temporário da mãe etc.), de algum dos líquidos mencionados, sem que sua amamentação tenha sido interrompida.
- c) **Vacinas em dia** – Considera-se vacinas em dia a constatação, no momento da visita domiciliar, de que a criança tomou as doses recomendadas para sua

¹⁰ O sistema oferece aos gestores de saúde, pesquisadores e entidades da sociedade informações da maior relevância para a definição de prioridades nos programas de prevenção e controle de doenças, a partir das declarações de óbito coletadas pelas Secretarias Estaduais de Saúde. A operacionalização do Sistema é composta pelo preenchimento e coleta do documento padrão - a Declaração de Óbito (DO), sendo este o documento de entrada do sistema nos estados e municípios. Os dados coletados são de grande importância para a vigilância sanitária e análise epidemiológica, além de estatísticas de saúde e demografia.

idade. Uma única vacina atrasada, por qualquer motivo, indica que a criança não está com vacina em dia.

d) Desnutrição infantil – São consideradas como desnutridas as crianças cujo peso encontra-se abaixo do percentual 3 (curva inferior) da curva de peso do Cartão da Criança.

A cobertura de acompanhamento do grupo prioritário de crianças menores de dois anos pode ser verificada na TABELA 10.

TABELA 10 – Município de Uberlândia: Número e proporção de informações da atenção à criança < de 2 anos das áreas cobertas pelo PSF nos anos de 2004 e 2005

Indicadores	2004		2005	
	cadastrados	(%)	cadastrados	(%)
Crianças de 0 a 3 meses e 29 dias	605		595	
Aleitamento exclusivo	475	78,5	484	81,3
Aleitamento misto	122	20,2	106	17,8
Crianças de 0 a 11 meses e 29 dias	1.641		1.681	
Com vacina em dia	1.523	92,8	1.615	96,1
Pesadas	1.283	78,2	1.474	87,7
Desnutridas	17	1,0	23	1,4
Crianças de 12 a 23 meses e 29 dias	1.469		1.519	
Com vacina em dia	1.388	94,5	1.449	95,4
Pesadas	1.052	71,6	1.167	76,8
Desnutridas	18	1,2	29	1,9

FONTE: SIAB (2006).

ORG.: Rodrigues, M. J., 2007.

Os dados da tabela acima nos mostram que o número e proporção de informações da atenção à criança maior de 2 anos das áreas cobertas pelo PSF nos anos de 2004 e 2005 em Uberlândia não variaram muito; isso ocorre em função do período muito curto para avaliação de dados e também devido ao fato de os bairros atendidos serem os mesmos nos dois anos.

Observa-se que, em relação ao tipo de aleitamento, houve uma melhora no acompanhamento de maneira geral, já que no ano de 2004, 78,5% das crianças menores de quatro

meses usavam o aleitamento exclusivo e esse número subiu para 81,3% em 2005. Em relação à cobertura vacinal percebe-se que houve melhora na cobertura tanto em crianças menores de um ano, quanto nas maiores, estando dentro do recomendável pelo Ministério da Saúde que é de 95% do total de crianças vacinadas. Existe uma diferença significativa entre os números de crianças vacinadas e pesadas no PSF, já que muitas crianças das áreas atendidas pelo Programa só o usam para vacinação, a Puericultura é realizada em unidades não credenciadas ao SUS.

Percebe-se, ainda, que o índice de crianças desnutridas aumentou em pequena proporção tanto no grupo de menores de um ano quanto de dois anos. Temos duas opiniões para o fato: a primeira é a de que houve aumento do número de cadastro e, conseqüentemente, aumentou o número de crianças com desnutrição, já a segunda é que o Programa não conseguiu obter uma de suas metas que é a de erradicar a desnutrição infantil nas áreas atendidas. No entanto, é importante lembrar que o PSF em Uberlândia está apenas no seu terceiro ano de implantação e ainda não conseguiu difundir junto à população uma postura de prevenção e não de cura da doença.

A tabela a seguir trata das informações sobre o grupo das gestantes nas áreas atendidas pelo Programa Saúde da Família em Uberlândia.

Observa-se que, em relação ao grupo prioritário das gestantes, o acompanhamento no ano de 2005 em relação ao de 2004 melhorou nos índices de consultas e vacinação que foi de 83,5% no ano de 2004 e subiu para 87,7% das gestantes cadastradas no ano de 2005. O pré-natal iniciado no primeiro trimestre de gravidez subiu de 73% em 2004 para 81% em 2005. Houve, também, um pequeno aumento na proporção de gravidez em mulheres menores de 20 anos. No entanto, os dados gerais não mostram se essas mulheres estão na faixa etária próxima dos 20 anos ou se são adolescentes.

TABELA 11 – Município de Uberlândia: Número e proporção de informações sobre as gestantes nas áreas cobertas pelo PSF nos anos de 2004 e 2005 – Uberlândia – MG

Indicadores	2004		2005	
	cadastradas	%	cadastradas	%
Gestantes cadastradas	893		903	
< de 20 anos	189	21,2	207	22,9
Acompanhadas	819	91,7	820	90,8
Com vacina em dia	746	83,5	792	87,7
Consultas de pré-natal no mês	746	83,5	782	86,6
Pré-natal iniciado no primeiro trimestre	652	73,0	731	81,0

FONTE: SIAB (2006).

ORG.: Rodrigues, M. J., 2007.

O atendimento do Programa Saúde da Família voltado para as gestantes deve oferecer no mínimo seis consultas de pré-natal e uma à puérpera (pós-parto). Em relação a exames complementares de Ultra-sonografia, o Programa propõe a realização de três exames durante a gestação, mas a pesquisa direta indicou que algumas gestantes, no oitavo mês, só conseguiram realizar um exame. Isso acontece devido ao período de início do pré-natal (depois do terceiro mês) e também a dificuldades no agendamento dos exames.

A tabela a seguir evidencia os números de diabéticos, hipertensos, tuberculosos e hansenianos acompanhados nos anos de 2004 e 2005.

Pelas informações da TABELA 12, percebe-se que a porcentagem de acompanhamento de portadores de diabetes, hipertensão e hanseníase foi ampliada em 2005 em relação à porcentagem de 2004. No entanto, o acompanhamento dos portadores de tuberculose reduziu de 87,5%, em 2004, para 69,2% em 2005, precisando de pesquisa mais detalhada para saber as causas dessa redução. Além disso, em 2005 foram registrados 24 novos casos de tuberculose nas áreas atendidas pelo PSF em Uberlândia; todavia, esses pacientes não fazem acompanhamento no PSF

e sim no próprio Programa de Controle de Tuberculose da Secretaria Municipal de Saúde, pois muitos desses tuberculosos não querem ser atendidos no PSF por não quererem expor a sua condição de tuberculoso para as equipes do referido programa.

TABELA 12 – Município de Uberlândia: Número e proporção de Diabéticos, Hipertensos, Tuberculose e Hanseníase das áreas cobertas pelo PSF nos anos de 2004 e 2005

Indicadores	2004		2005	
	Nº	% de acompanhados	Nº	% de acompanhados
Diabéticos acompanhados	1.733	85,7	1.964	86,5
Hipertensos acompanhados	7.964	83,7	8.918	84,6
Casos de Tuberculose acompanhados	7	87,5	9	69,2
Casos de Hanseníase acompanhados	29	90,6	42	91,3
Número de casos novos de Tuberculose confirmados na área do PSF.			24*	

FONTE: SIAB/DICS (2006).

ORG.: Rodrigues, M. J., 2007.

De maneira geral os indicadores de atenção aos grupos prioritários: puericultura, gestantes, hipertensos, diabéticos, hanseníase e tuberculose apresentam índices de acompanhamento significativos nas áreas cobertas pelo Programa, no entanto em nossa pesquisa de campo não foi abordado esses grupos e sim os usuários da demanda livre que não possuem atendimento garantido pelo Programa e que muitas vezes esses usuários vão para a porta da Unidade Básica de Saúde da Família de madrugada e não conseguem atendimento é com esses usuários que conversamos durante nossa pesquisa de campo.

Como já mencionado anteriormente, o atendimento do Programa Saúde da Família em Uberlândia até 2006 estava distribuído em três núcleos, sendo o núcleo Morumbi, o Planalto e o Pampulha. Nos capítulos seguintes, faremos uma descrição mais detalhada do núcleo Pampulha

onde trabalhamos com a questão do acesso, descrevendo a configuração das unidades de saúde dessa região mostrando como funciona o atendimento, quais são os recursos humanos e técnicos disponíveis, a infra-estrutura e as necessidades de atendimento. Também fizemos uma análise das informações obtidas nas entrevistas com usuários, com as quais foi possível verificar perfil desses usuários, a visão deles em relação à infra-estrutura, a qualidade do atendimento, a localização das unidades, o acesso a outras unidades da rede, entre outros.

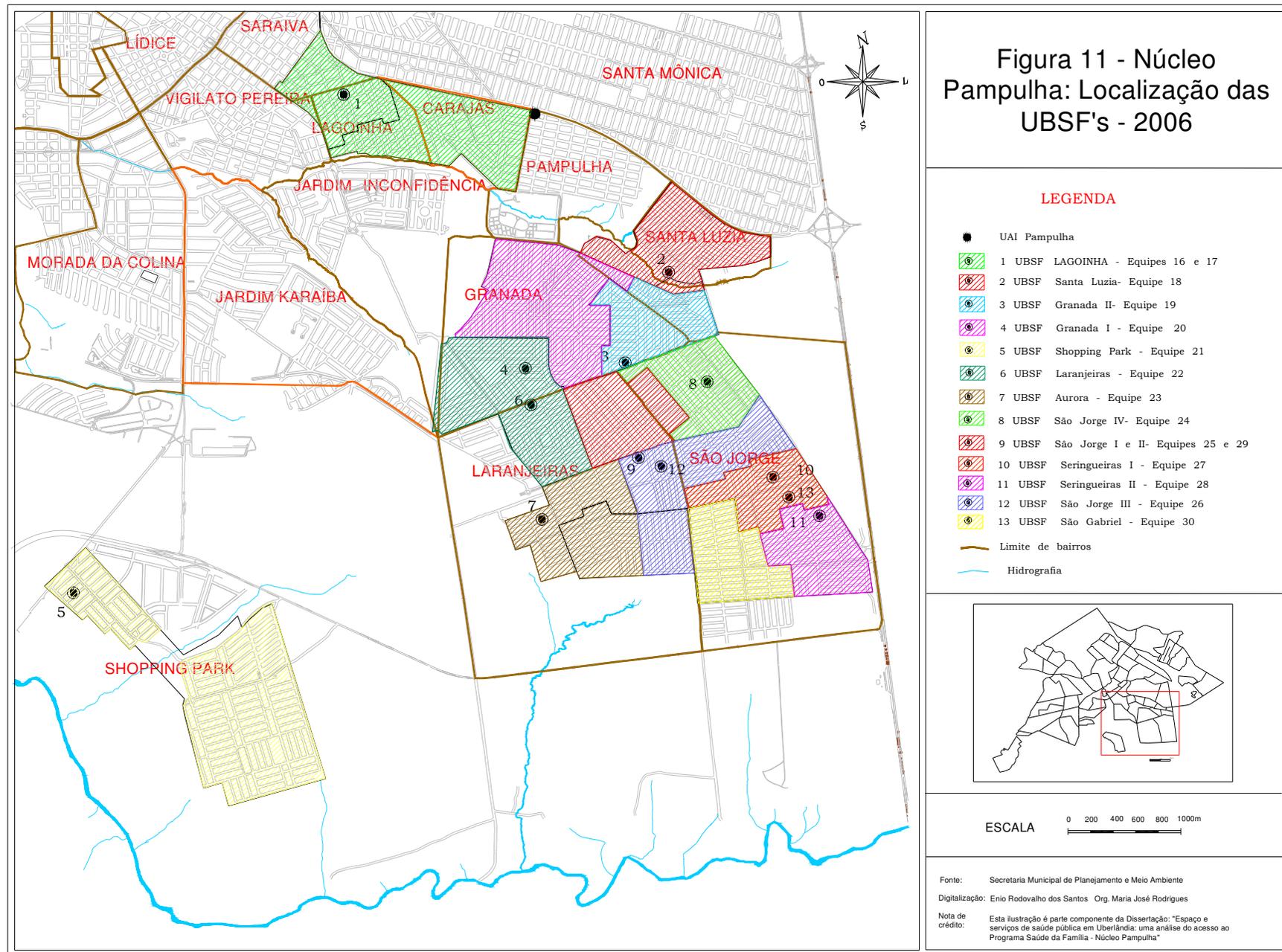
CAPÍTULO 3

UMA CARACTERIZAÇÃO DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA
NO NÚCLEO PAMPULHA EM UBERLÂNDIA

3.1 Programa Saúde da Família - Núcleo Pampulha: caracterização da área de estudo

Formado por um espaço heterogêneo, o núcleo Pampulha possui oito bairros: São Jorge, Laranjeiras, Granada, Buritis, Santa Luzia, Carajás, Lagoinha e Shopping Park (Cf. FIGURA 11), estando o último em uma área geográfica descontínua. Apesar do núcleo chamar-se Pampulha, o bairro do mesmo nome não possui Programa Saúde da Família, por dois motivos: o primeiro deles é que este bairro possui um perfil sócio-econômico mais elevado em relação aos outros bairros e como o PSF é voltado para populações mais carentes, não justificaria implantá-lo nesse bairro. O segundo é que a UAI Pampulha, localizada no referido bairro, oferece atendimento ambulatorial para a sua população. O núcleo chama-se Pampulha em função da UAI ser a referência para a população do referido núcleo em atendimento de urgência e emergência e para consultas de média complexidade.

De acordo com a divisão por Setores Territoriais urbanos, aquela mesma utilizada para criação dos Distritos Sanitários, a área onde se localiza os bairros que formam o núcleo Pampulha faz parte do Setor Sul da cidade de Uberlândia. Essa área é conhecida por abrigar populações de nível sócio-econômico bastante diversificado, pois nela existe bairro onde o rendimento mensal médio situa-se entre um e dois salários mínimos, no caso dos bairros Lagoinha e parte do São Jorge (Dados de Rendimento Nominal IBGE/Censo 2000). Em contrapartida a maioria dos moradores do bairro Jardim Karaíba, por exemplo, tem rendimento nominal mensal superior a 30 salários mínimos (Dados de Rendimento Nominal IBGE/Censo 2000). Deve-se levar em conta que, na delimitação das áreas do PSF, procurou-se selecionar aqueles bairros com população de menor poder aquisitivo.



O bairro São Jorge formado pela integração¹¹ dos bairros São Jorge I, São Jorge III, São Gabriel, Seringueiras e Residencial Viviane, possui uma população total de 25.594 habitantes (SEDUR, Estimativas Populacionais, 2006) e tem uma área total de 4.817 km² (SEDUR, 2006). Esse bairro caracteriza-se por predominar uma população com renda nominal mensal entre dois e três salários mínimos, mas possui também uma população de melhor poder aquisitivo com renda de até 10 salários mínimos (Dados de Rendimento Nominal IBGE/Censo 2000). Há uma disparidade de renda importante nesse bairro, o que é demonstrado nos tipos de residência da população que aí reside (Cf. FIGURAS 12 e 13).



FIGURA 12: São Jorge - habitação de população de maior renda
FOTO: Rodrigues, M. J. 2007.



FIGURA 13: São Jorge: habitação de população de menor renda
FOTO: Rodrigues, M. J. 2007.

¹¹Em Uberlândia, existe o Projeto Bairros Integrados implementado pela Secretaria Municipal de Trânsito e Transportes no final da década de 1980, procurando racionalizar a quantidade de bairros existentes na cidade, através de critérios como a homogeneidade de cada setor, os limites naturais, as características geográficas e de uso e ocupação do solo e o sistema viário. Este projeto conta com a colaboração do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, que utiliza os limites dos bairros integrados para a execução dos trabalhos censitários.

O bairro Laranjeiras é formado pela junção dos bairros São Jorge II, São Jorge IV, Laranjeiras, Paineiras e Jardim Aurora os quais totalizam uma população de 17.424 habitantes (SEDUR, Estimativas Populacionais, 2006) e com área total de 4.934 km²(SEDUR, 2006). Esse bairro possui uma população com renda média mensal em torno de dois a cinco salários mínimos (Dados de Rendimento Nominal IBGE/Censo 2000), caracterizando-se por existir um certo equilíbrio entre os rendimentos nominais mensais da população.

Por sua vez, o bairro Granada caracteriza-se por ser um bairro pequeno com uma população mais homogênea do ponto de vista de rendimento mensal, que se encontra na faixa entre três e dez salários mínimos (Dados de Rendimento Nominal IBGE/Censo 2000). Este bairro possui uma população total de 8.937 habitantes (SEDUR, Estimativas Populacionais, 2006) e uma área de 0,479 km² (SEDUR, 2006).

O bairro Santa Luzia, de ocupação mais antiga, datada da década de 1980, possui uma população de 4.620 habitantes (SEDUR, Estimativas Populacionais, 2006), o rendimento nominal mensal está entre três e dez salários mínimos (Dados de Rendimento Nominal IBGE/Censo 2000) e com uma área 0,708 km² (SEDUR, 2006).

Já o bairro Lagoinha é formado pela junção dos bairros Jardim Ozanan, Loteamento Lagoinha, Leão XIII, Residencial Carajás, Jardim Xangrilá, Pampulha I e II. Esse possui uma população total de 11.855 habitantes (SEDUR, Estimativas Populacionais, 2006). No entanto, esse bairro não faz parte do projeto bairros integrados; não se tem pesquisas atualizadas referente à renda nominal de sua população. Todavia, a pesquisa com os usuários do Programa Saúde da Família nos mostrou uma renda média de até dois salários mínimos, evidenciando-o como de renda baixa. Esse fato se torna visível pelo tipo de moradia de algumas partes do bairro,

principalmente no Xangrilá e no Lagoinha; vejam-se as FIGURAS 14 e 15, que evidenciam condições precárias de moradia e entulho em área de Preservação Permanente.



FIGURA 14: Lagoinha: condições precárias de moradia, 2007
FOTO: Rodrigues, M. J. 2007.



FIGURA 15: Lagoinha: entulho em área de preservação permanente, 2007
FOTO: Rodrigues, M. J. 2007.

O Shopping Park é uma área de ocupação recente, a partir de 1997, fazendo parte da periferia urbana de Uberlândia em uma área descontínua da cidade longe do centro urbano, e apresenta uma carência de infra-estrutura, o asfalto só existe nas vias principais por onde circula o ônibus do transporte coletivo. Existe uma grande quantidade de lotes vagos, cheios de lixo acumulado.

O referido bairro é dividido em dois, Shopping Park I e II, separados por um pequeno córrego. Em janeiro de 2007, a Unidade do Programa Saúde da Família localizava-se no Shopping Park I, justamente a parte do bairro que possui menor população. Foi ponto de muita reclamação a localização dessa UBSF. A fala de uma entrevistada reflete a insatisfação dos moradores do Shopping Park II em relação à localização da UBSF: *“Já que tenho que pegar ônibus para consultar aqui por que moro na outra ponta do bairro, prefiro ir ao UAI Pampulha quando passo mal, pelo menos lá têm mais médicos”* (USUÁRIA 154).

A localização da UBSF Shopping Park (Cf. FIGURA 11) demonstra a necessidade de mudança na localização dessa para que a população das duas partes do bairro tenha melhores condições de acesso.

Conforme visualizado na referida figura, a UBSF fica em uma das pontas da área de abrangência não oferecendo oportunidades de acesso geográfico igual para todos; quem mora na ponta oposta tem que caminhar cerca de 40 minutos para chegar até a unidade, para facilitar o acesso de forma mais igualitária, as UBSFs precisam localizar-se de maneira mais centralizada na área de abrangência de cada equipe.

3.2 Coleta e análise dos dados

O processo de coleta de dados realizou-se de setembro de 2006 a janeiro de 2007. Em um primeiro momento foram entrevistados 160 usuários da demanda livre¹², sendo indicado um número de um a cento e sessenta na ordem de realização das entrevistas para esses usuários que aguardavam atendimento na sala de espera e isso equivale a cerca de 10% das consultas ofertadas para esse tipo de atendimento por mês.

Para Minayo (2001), a entrevista caracteriza-se por uma comunicação verbal que reforça a importância da linguagem e do significado da fala, sendo útil, também, como meio de coleta de informações sobre um determinado tema científico. Podemos obter por meio dessa técnica, tanto dados objetivos quanto subjetivos (relacionados a valores, atitudes e opiniões) dos sujeitos entrevistados.

¹² Caracteriza-se por demanda livre o usuário que procura a unidade básica de saúde sem ter horário marcado, entre setembro de 2006 e janeiro de 2007. As UBSFs do núcleo Pampulha ofertavam de 10 a 12 consultas diárias no período da manhã para esses usuários.

De acordo com Cahu  (1995), a entrevista semi-estruturada organiza-se a partir dos temas que se quer abordar durante a entrevista; no entanto, as perguntas não são elaboradas objetivando respostas puramente afirmativas ou negativas. Esse tipo de entrevista permite intera o, flexibilidade e reflexão.

O questionário de pesquisa direta com os usuários da demanda livre foi estruturado em quatro partes. Na primeira, abordam-se aspectos ligados ao perfil do usuário (idade, sexo, escolaridade, profissão, renda, meio de transporte), participa o em grupos comunitários e adesão a planos de saúde. Na segunda parte do questionário avalia-se a satisfa o dos usuários em rela o   assistência prestada pelos profissionais da unidade: oficiais administrativos, médicos, enfermeiras e agentes de saúde.   importante ressaltar que a escolha desses profissionais deveu-se ao maior contato dos mesmos com os usuários. Nessa parte do questionário também avaliam-se as condi oes de infra-estrutura da unidade, tais como: sala de espera, recep o, consultórios e banheiro. Abordam-se as mudanças após a implanta o do PSF em Uberlândia, a confiança na ESF e a resolubilidade dos agravos   saúde nas UBSFs (Cf. Anexo II).

A terceira parte trata da estrutura o da rede de atendimento   saúde pública em Uberlândia, avaliando a rela o do PSF, com as UAIs e o Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia. Essa avalia o foi feita com base no acesso aos exames e consultas especializadas.

A última parte trata de uma questão interna, a organiza o familiar, e diz respeito aos problemas vivenciados nesse ambiente quando se tem que ir a algum serviço de saúde. Essa pergunta teve o objetivo de verificar se existe uma rede social estabelecida nas comunidades atendidas pelo PSF no núcleo Pampulha, como não foi possível comprovar a existência dessa rede, através do questionário aplicado, não abordamos esse item na disserta o final.

3.3 Programa Saúde da Família: Núcleo Pampulha - caracterização da infraestrutura

Existe duas situações diferentes utilizadas pela Prefeitura Municipal de Uberlândia para implantação das UBSFs em Uberlândia. Na primeira situação, onde já existia uma UBS foram implantadas de duas a três equipes é o caso da UBSF São Jorge I e II, que na época de implantação abrigava três equipes (as equipes 25, 26 e 29); atualmente, abriga as equipes 25 e 29. A UBSF Lagoinha atende as equipes 16 e 17 e a UBSF Santa Luzia atende apenas a equipe 18. Na segunda situação, têm-se os casos em que não existia uma UBS, os consultórios do PSF núcleo Pampulha, assim como dos outros núcleos foram implantados em casas alugadas pela Prefeitura Municipal de Uberlândia. A FIGURA 16 mostra a fachada externa da UBSF Shopping Park.

As casas não são adequadas para instalação de unidades de saúde: falta manutenção, a fachada externa denuncia paredes mofadas por causa da chuva e da falta de calçada. Nessa instalação do Shopping Park, por exemplo, a ventilação e a iluminação são precárias, o portão não pode ser completamente aberto por que a UBSF está de frente para o sol e o calor torna-se insuportável. Esse ambiente não é adequado para alguém que está passando mal, podendo agravar seu estado de saúde enquanto espera.



FIGURA 16: UBSF Shopping Park: fachada externa, 2007.
FOTO: Rodrigues, M. J. 2007.

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 do consultório médico (Cf. FIGURA 17), da sala de vacina (Cf. FIGURA 18), da sala da enfermeira coordenadora e da recepção, a varanda deve ser coberta porque ela é transformada em sala de espera (Cf. FIGURA 19).

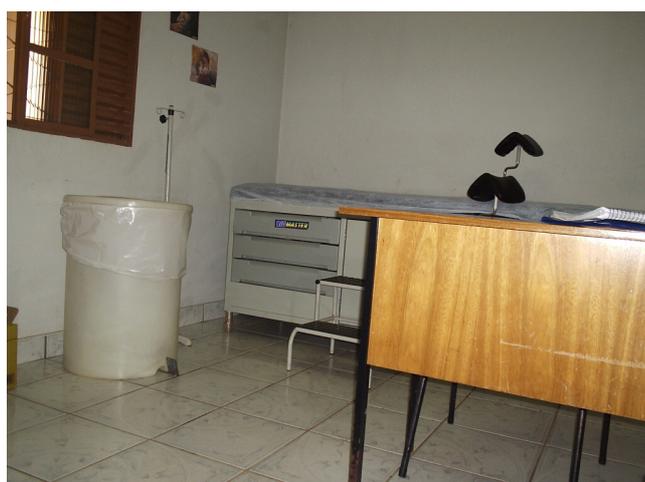


FIGURA 17 - UBSF Laranjeiras:
consultório médico, 2007
FOTO: Rodrigues, M. J. 2007.

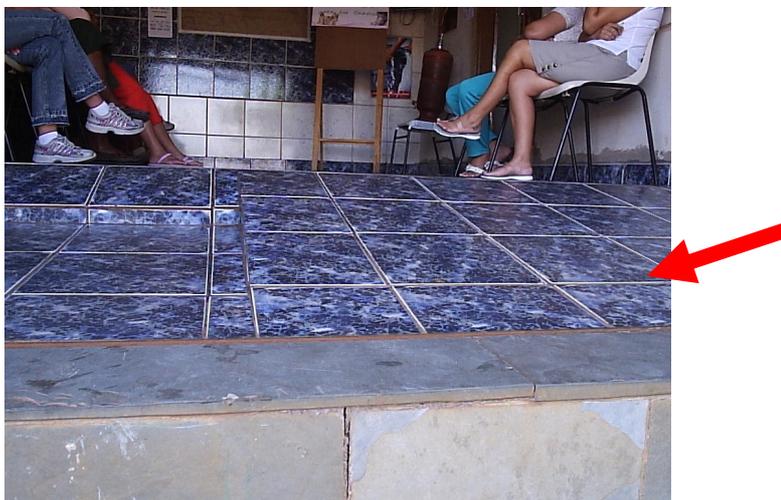


**FIGURA 18 - UBSF Laranjeiras:
sala de vacinas e medicação, 2007**
FOTO: Rodrigues, M. J. 2007.

**FIGURA 19 - UBSF Shopping Park:
Sala de Espera, 2007**
FOTO: Rodrigues, M. J. 2007.



A foto abaixo nos mostra a sala de espera da UBSF Laranjeiras na qual o espaço é pequeno, sendo a entrada de cerâmica com degrau e rampa sem antiderrapante, o que já foi motivo de quedas por parte de alguns pacientes. A coordenadora mencionou que já pediu várias providências, mas até janeiro de 2007 esse problema ainda não tinha sido resolvido. Esse fato nos deixa preocupados porque se trata de um ambiente procurado para resolver os problemas de saúde das pessoas e, como tal, deve oferecer no mínimo conforto e segurança para seus usuários.



**FIGURA 20: UBSF Laranjeiras:
Sala de espera, 2006
FOTO: RÓDRIGUES, M. J. 2007.**

Outra reclamação constante nas visitas nas Unidades Básicas de Saúde da Família refere-se à falta d'água e banheiro na sala de espera: muitos pacientes ficam a manhã ou a tarde toda à espera de consulta, e uma necessidade básica dos mesmos é a disponibilidade de água e banheiro.

3.4 Programa Saúde da Família: Núcleo Pampulha - estruturação do atendimento

Com a divisão do atendimento do Programa Saúde da Família em três núcleos¹³ na época da implantação em 2003, o núcleo Pampulha foi dividido em 15 equipes, cada uma composta por uma equipe mínima: médico, enfermeira, auxiliar de enfermagem e agente comunitário de saúde. Junto à equipe mínima, há também assistência de Psicólogos e do serviço de Odontologia. Essas 15 equipes estão instaladas em 13 Unidades Básicas de Saúde da Família – UBSF. Com exceção

¹³ No final do ano de 2006 foi criado o núcleo Luizote, somando aos núcleos já existente Planalto, Morumbi e Pampulha.

das UBSF São Jorge e Lagoinha, cada uma abriga duas equipes, todas as outras abrigam uma equipe cada.

Essas UBSFs atendem a população da área delimitada pela equipe de implantação do Programa Saúde da Família em Uberlândia em 2003. Cada equipe, de acordo com sua área de abrangência, está subdividida em cerca de quatro a seis microáreas nas quais cada Agente Comunitário de Saúde - ACS é responsável por acompanhar cerca de 150 famílias cadastradas.

O atendimento nas UBSFs é ofertado de segunda à sexta-feira, no horário das 7:00 às 11:00 horas e de 13:00 às 17:00 horas. Portanto, as Unidades funcionam apenas em horário comercial. O esquema de atendimento é praticamente o mesmo em todas as unidades do núcleo Pampulha, conforme demonstrado no QUADRO 3.

QUADRO 3: Programa Saúde da Família - Núcleo Pampulha: organização do atendimento nas UBSFs, em janeiro de 2007*

Turno	Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-feira
Manhã	Demanda livre	Demanda livre	Demanda livre	Demanda livre	Demanda livre
Tarde	Pré-natal	Puericultura	Diabetes ou Hipertensos	Visita domiciliar	Resultados de exames ou estudos em grupo

FONTE: pesquisa direta.

ORG.: Rodrigues, M.J.

* A organização do atendimento pode variar um pouco em função da necessidade de cada PSF, no São Gabriel, por exemplo: na sexta-feira à tarde faz-se o atendimento de Pré-natal ou Puericultura em função da grande demanda para essas áreas.

Além dos profissionais da equipe mínima, há também a assistência de Odontologistas e Psicólogos. O atendimento odontológico é oferecido em três unidades: na UBSF Santa Luzia, na São Jorge I e III¹⁴ e na Lagoinha¹⁵, sendo os pacientes das outras UBSFs do núcleo direcionados para uma dessas unidades quando necessitam de atendimento odontológico. É importante ressaltar que o Programa de Saúde Bucal ainda não foi totalmente implantado em Uberlândia e ele só funciona em algumas unidades onde já existia uma UBS com consultório dentário.

A pouca oferta de profissionais na área de odontologia no serviço público desse núcleo gera uma demanda muito grande por atendimento particular, o que atrai profissionais para essa região que possui um grande número de consultórios de odontologia particular.

O serviço de Psicologia também está presente no núcleo Pampulha, sendo ofertado em todas as UBSFs duas vezes por semana, com um mesmo profissional organizando sua agenda para atender duas unidades por semana. Cada unidade organizou esse tipo de atendimento da maneira que melhor atenda suas necessidades, mas em quase todas existem um dia para atendimento individual e outro para atendimento em grupos. Quando é diagnosticado pelo Psicólogo, a necessidade de indicação de algum paciente para a Psiquiatria esse é encaminhado para o Centro de Abordagem Psico-Social Sul (CAPS Sul) onde existe um único profissional para atender toda a população do núcleo Pampulha.

No item seguinte, faremos uma análise do perfil sócio-econômico e etário da população atendida pelo Programa Saúde da Família no núcleo Pampulha.

¹⁴ As duas primeiras UBSFs fazem apenas tratamento de profilaxia (limpeza) e restaurações.

¹⁵ Essa unidade é referência no tratamento de canal do núcleo Pampulha.

3.5. Programa Saúde da Família: núcleo Pampulha - perfil sócio-econômico e etário dos usuários

A análise dos dados da pesquisa direta nos possibilitou verificar que de cada 10 pessoas que procuram a Unidade Básica de Saúde da Família cerca de oito são do gênero feminino, conforme demonstra a FIGURA 21.

Esse percentual de 84% dos usuários serem do gênero feminino pode ser decorrente das campanhas voltadas para as mulheres, como prevenção ao Câncer de Mama, coleta de exame Papanicolau, acompanhamento de Gravidez, entre outros.

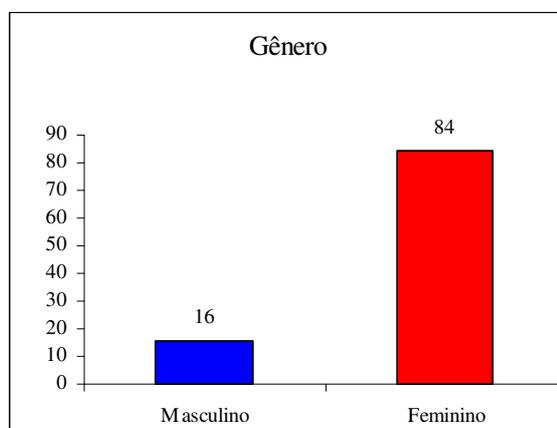


FIGURA 21 - Núcleo Pampulha: gênero dos usuários do PSF, 2007

FONTE: Pesquisa direta.

É importante destacar que a maneira como são formulados os objetos das práticas em saúde da mulher refletem, simultaneamente, as novas necessidades de saúde geradas pela rápida

transformação social e econômica que ocorre em todo o mundo, e também as mudanças que estas transformações propiciaram no papel social da mulher.

A população de mulheres em idade reprodutiva, entre 15 e 49 anos de idade, representa parcela importante da população geral e constitui ainda fração considerável da força produtiva do país. Desempenha, também, um papel social fundamental para a constituição e a manutenção da família, incluindo a concepção e o cuidado durante o crescimento dos filhos. Embora o referido grupo não tenha recebido a devida atenção pela área de saúde fora do período da gestação nas últimas décadas, especialmente em países em desenvolvimento, atualmente é grande o interesse mundial na saúde reprodutiva da mulher (FORTNEY, 1995).

Carvalho; Manço (1992) destacam que seria importante evoluir no conhecimento sobre os problemas de saúde mais frequentes que incidem nesse grupo populacional, para o planejamento de intervenções constantes de programas de saúde especificamente dirigidos às mulheres em idade reprodutiva. Uma vez que o estudo da morbidade reprodutiva como indicador de saúde não é um procedimento rotineiro e fácil, a mortalidade proporcional nesse grupo pode dar uma grande ajuda para o delineamento do perfil de saúde nesta fase da vida da mulher. Dado o pequeno conhecimento existente no mundo, sobretudo nos países em desenvolvimento, sobre saúde materna e saúde feminina em idade reprodutiva, é importante enfatizar os aspectos metodológicos e de pesquisa dirigidos a atingir esse propósito.

Becker; Lechtig (1987) relatam que 15% das mortes femininas no Brasil ocorrem na idade fértil, entre 15 e 49 anos. Observam ainda que, em relação às mortes por complicações da gravidez, parto e puerpério, a região Norte possui índices quase cinco vezes maiores que os da

região Sudeste e 2,7 vezes maiores que os do restante do País, o que reforça a especificidade desse indicador em mostrar claramente as diferenças de situação econômica das regiões.

Entretanto, não é provável que apenas as mortes por essa causa possam explicar o diferencial de mortalidade entre mulheres e homens de mesmo grupo etário, pelo menos historicamente, podendo-se atribuir parte da mortalidade feminina à discriminação social que as mulheres sofreram ou sofrem ao longo de suas vidas (CORTÉS-MAJÓ et al., 1990). Além disso, outro importante fenômeno recente é o excesso de mortes masculinas originado principalmente pelo aumento desproporcionado das mortes por causas violentas em homens jovens com relação às mulheres jovens, que também experimentam fenômeno semelhante. Isso ilustra a realidade dramática do perfil de mortalidade de adultos jovens nos centros urbanos na atualidade (CHOR et al., 1992).

Albuquerque et al. (1998), em estudo sobre as causas e fatores associados à mortalidade de mulheres em idade reprodutiva em Recife, concluíram que as mulheres em idade fértil morreram com maior frequência de neoplasias, doenças do aparelho cardiovascular e por causas externas (violentas). As mortes por complicações da gravidez, parto e puerpério representaram a nona causa destes óbitos, sendo importante relatar que embora essa ainda seja uma importante causa de óbito entre as mulheres brasileiras em idade reprodutiva, sobretudo porque são em sua maioria evitáveis, atingem proporções bem mais significativas em muitos países da Ásia e África.

O segundo fator que acarreta mais a procura da mulher pelos serviços de saúde está ligado ao horário de funcionamento das UBSFs, no núcleo Pampulha que é das 7:00 às 17:00 horas, o que dificulta o atendimento aos usuários do sexo masculino que, em sua maioria são

trabalhadores e chefes de família que não conseguem adequar-se ao horário de atendimento do PSF¹⁶.

Para resolver este problema, seria necessário criar o horário do trabalhador. O PSF Jardim das Palmeiras II, no núcleo Planalto, é exemplo a ser seguido, pois a equipe para resolver o problema do acesso ao trabalhador, implantou um horário diferenciado que funciona toda quarta-feira das 17:00 às 20:00 horas; o paciente tem o horário agendado pela Agente Comunitária de Saúde e a médica atende a uma média de 10 consultas nesse dia (DICS, 2007).

A referida iniciativa está entre os princípios preconizados pelo Programa Saúde da Família que prega a humanização do atendimento médico e o vínculo com a comunidade, criando soluções que beneficiem à comunidade adscrita a Equipe de Saúde da Família consegue reforçar os laços da rede social que se desenvolve nas áreas de abrangência de cada UBSF.

Em uma correlação entre o sexo e a idade dos usuários, perceberemos que mais de 60% dos homens que consultam no PSF do núcleo Pampulha tem mais de 60 anos, homens aposentados e que possuem um horário mais livre para cuidar de sua saúde, o que não acontece com os homens que ainda trabalham e não possuem tempo para dar mais atenção à sua saúde, mais uma comprovação de que o horário do PSF precisa se adequar a realidade dos usuários.

Outra informação coletada diz respeito à idade dos usuários onde foi constatado que cerca de 8% estão na faixa etária de 0 a 19 anos, 77 % de 20 a 59 anos e 15% têm mais de 60 anos, conforme demonstram os dados do QUADRO 4.

¹⁶ Há várias experiências em serviços públicos de saúde em diversas cidades brasileiras que estão procurando criar novos horários de atendimento para a população.

QUADRO 4 - Núcleo Pampulha: faixa etária dos usuários do PSF em 2007

Idade	quantidade	%
< 19	13	8
20 a 29	42	26
30 a 39	33	21
40 a 49	24	15
50 a 59	24	15
> 60	24	15
	160	100

FONTE: Pesquisa direta, 2007.

ORG.: Rodrigues, M. J., 2007.

É importante relatar que as entrevistas foram realizadas com pessoas que estavam aguardando atendimento na recepção e que tinha idade mínima capaz de responder às perguntas. E que todos os entrevistados tinham mais de 15 anos.

Foi possível verificar na pesquisa direta que existe a proporção bem maior de usuários da demanda livre que estão na fase adulta, sendo mais do que o dobro da soma dos jovens e idosos, principalmente entre 20 e 39 anos, do gênero feminino reforçando o que foi mencionado anteriormente que as mulheres procuram mais os serviços de saúde, necessitando de políticas públicas voltadas para esse grupo de pessoas que estão na faixa de idade reprodutiva.

Outro aspecto avaliado sobre o perfil dos usuários do núcleo Pampulha foi o nível de escolaridade. Deve-se destacar que o nível de escolaridade dos responsáveis pela família tem um papel importante nas condições de atenção à saúde das crianças. O grau de escolaridade é um importante fator a ser considerado na abordagem da população quanto às práticas de promoção, proteção e recuperação da saúde, e pesquisa direta revelou níveis de escolaridade baixo no núcleo Pampulha, conforme demonstrado na FIGURA 22.

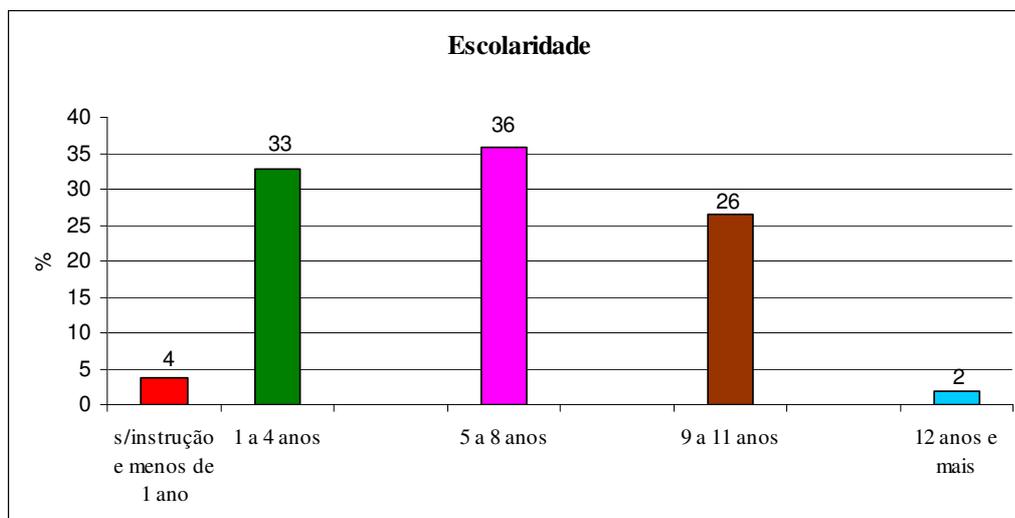


FIGURA 22 – Núcleo Pampulha: escolaridade dos usuários do PSF, 2007

FONTE: Pesquisa direta, 2007.

Quando perguntado sobre a escolaridade, 4% responderam não ter estudado ou ter menos de um ano de estudo, 33% dos entrevistados disseram ter de um a quatro anos de estudo, já 36% responderam ter estudado de cinco a oito anos, 26% de nove a 11 anos e apenas 2% responderam ter estudado 12 anos ou mais.

As informações da pesquisa direta evidenciam o déficit educacional nas áreas atendidas pelo PSF no Núcleo Pampulha, pois a população possui menor renda o que, aliás, é um ciclo vicioso, menos renda menos escolaridade, menos acesso à saúde, mais dificuldades em conseguir trabalho, entre outros. É importante relatar que, dos 160 usuários entrevistados, apenas três possuíam curso superior, comprovando a dificuldade em conseguir uma boa colocação no mercado de trabalho.

Associado à baixa escolaridade e às condições sociais, os usuários do PSF no núcleo Pampulha acabam se inserindo no mercado de trabalho com profissões que não exigem muita qualificação. A maior parte dos entrevistados é constituída por donas de casa, aposentados,

empregadas domésticas, diarista, entre outras profissões como demonstra os dados do QUADRO 5.

A baixa qualificação profissional dos usuários do PSF do núcleo Pampulha nos chama atenção para a necessidade de melhorias no acesso a cursos profissionalizantes para populações de baixa renda próximos de suas casas, porque esse é outro fator importante, pois o sistema de transporte público de Uberlândia é considerado caro, tendo como referência cidades do mesmo porte no país.

QUADRO 5- Núcleo Pampulha: profissão dos usuários do PSF, 2007

	Profissão	Quant.
Mulher	Dona de casa	42
	Aposentada	9
	Empregada Doméstica	12
	Estrutura Ed. Física	1
	Costureira	2
	Bordadeira	2
	Vendedora	1
	Cuidadora de doentes	1
	Diarista	7
	Pensionista	2
	Balconista	1
	Serviços Gerais	5
	Ajudante de Professor	1
	Estudante	7
	Comerciante	3
Homen	Programador de Sistemas	1
	Aposentado	7
	Supervisor de Distribuição	1
	Autônomo carpinteiro	1
	Guarda Florestal	1
	Zelador	1

FONTE: Pesquisa direta, 2007.

ORG: Rodrigues, M. J., 2007.

O meio de transporte mais utilizado pelos usuários do PSF do núcleo Pampulha será o próximo aspecto a ser abordado. A pesquisa apontou que 4% dos usuários entrevistados utilizam a bicicleta como meio de locomoção, 6% têm a motocicleta como principal meio de transporte, 14% o carro e 76 o ônibus, conforme FIGURA 23.

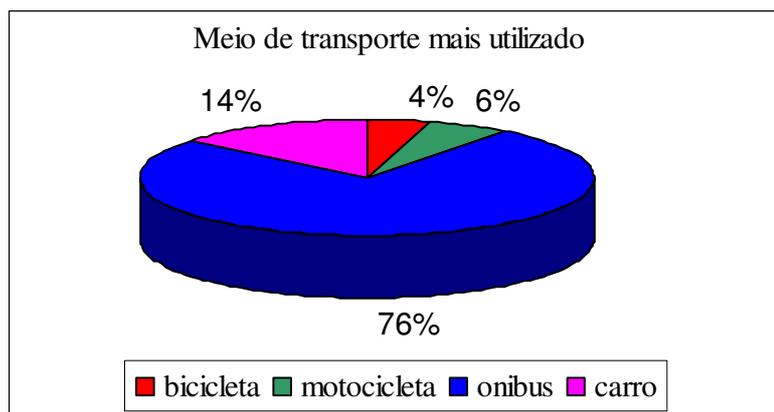


FIGURA 23 – Núcleo Pampulha: meio de transportes dos usuários do PSF, 2007.
FONTE: Pesquisa direta, 2007.

Pesquisa realizada em 2002, pela Secretaria Especial de Desenvolvimento Urbano da Presidência da República (Sedu/PR, 2002), em 10 cidades brasileiras¹⁷, mostrou que a maioria dos usuários do transporte coletivo situa-se na classe C, isto é, pertencem a famílias de renda mensal entre R\$ 497,00 e R\$ 1.064,00 (valores de dezembro de 2002), segundo o critério de classificação econômica estabelecido pela Associação Nacional das Empresas de Pesquisa de Mercado (Anep)¹⁸. O relatório da pesquisa ressaltou a baixa frequência de uso do transporte coletivo por ônibus pelas classes D e E (conjunto de famílias com rendimento de até R\$ 496,00), limitado, basicamente, aos trens urbanos nas localidades onde existe este meio de transporte.

¹⁷ A seleção das 10 cidades pesquisadas teve como base a classificação adotada por Ipea/IBGE/Nesur-Unicamp, sendo elas: Rio de Janeiro (megametrópole); Porto Alegre, Curitiba, Belo Horizonte, Fortaleza e Salvador (metrópoles nacionais); Belém e Goiânia (metrópoles regionais); Teresina e Campo Grande (porte médio).

¹⁸ Conforme o relatório da pesquisa (Sedu/PR, 2002), a distribuição populacional por classe econômica para o Brasil é a seguinte: classe A, 5%; classe B, 19%; classe C, 31%; e classes D e E, 45% do total da população.

Uma explicação para esse fato pode se encontrar, principalmente, no descompasso entre o atual nível das tarifas dos serviços e a renda familiar. Dados da Associação Nacional das Empresas de Transportes Urbanos (NTU) indicam que, no período de janeiro de 1995 a dezembro de 2002, a tarifa média ponderada dos serviços de transporte por ônibus nas capitais brasileiras subiu cerca de 25% acima da inflação medida pelo Índice Geral de Preços – Disponibilidade Interna (IGP-DI). Por sua vez, a renda média familiar vem caindo nos últimos anos.

A renda familiar é o próximo aspecto a ser abordado pelos dados da pesquisa direta, mostrando-se baixa na maioria dos bairros do núcleo Pampulha, levando em consideração que um elevado percentual da população uberlandense tem renda média mensal entre três e 10 salários mínimos mensais, a renda familiar média da população atendida pelo PSF no núcleo Pampulha varia entre 60% e 80% da população recebendo entre um e três salários mínimos mensais (Cf. FIGURA 24).

Os dados sobre renda familiar comprovam a carência sócio-econômica das populações atendidas pelo PSF no núcleo Pampulha, evidenciando que o PSF é prioritariamente direcionado à população de menor poder aquisitivo, o que reforça a tese de alguns pesquisadores de que o “PSF é um Programa pobre direcionado para pobres”. Pobre porque requer o uso de pouca tecnologia e para pobre porque as populações que o procuram são as de menor poder aquisitivo e que muitas vezes não conseguem pagar por um atendimento particular. A próxima figura mostra a renda familiar mensal dos usuários do PSF do núcleo Pampulha.

Quando é analisada a condição econômica por bairro evidenciam-se algumas diferenças importantes; tomando como exemplo os bairros Granada e São Gabriel (FIGURA 25), observamos uma diferença significativa em relação ao perfil sócio-econômico, pois no primeiro a pesquisa nos mostrou que aí vive uma população de melhor renda, em que 60% da população têm uma renda familiar de um a três salários mínimos e 40% de três a cinco. Já no bairro São Gabriel,

a pesquisa mostrou uma condição sócio-econômica mais precária, com 15% dos entrevistados possuindo uma renda familiar de menos de um salário mínimo, 80% recebendo de um a três salários mínimos e 5%, de três a cinco salários mínimos.

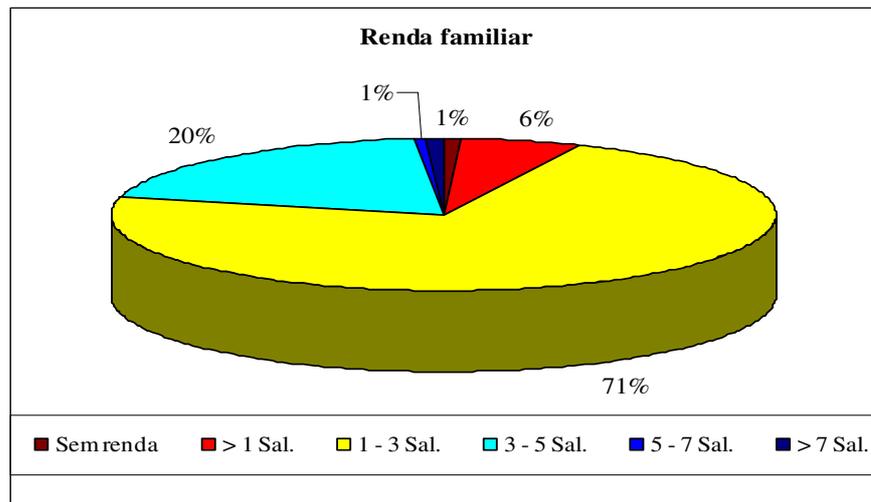


FIGURA 24: Núcleo Pampulha: renda familiar mensal dos usuários do PSF, 2007
FONTE: Pesquisa direta, 2007.

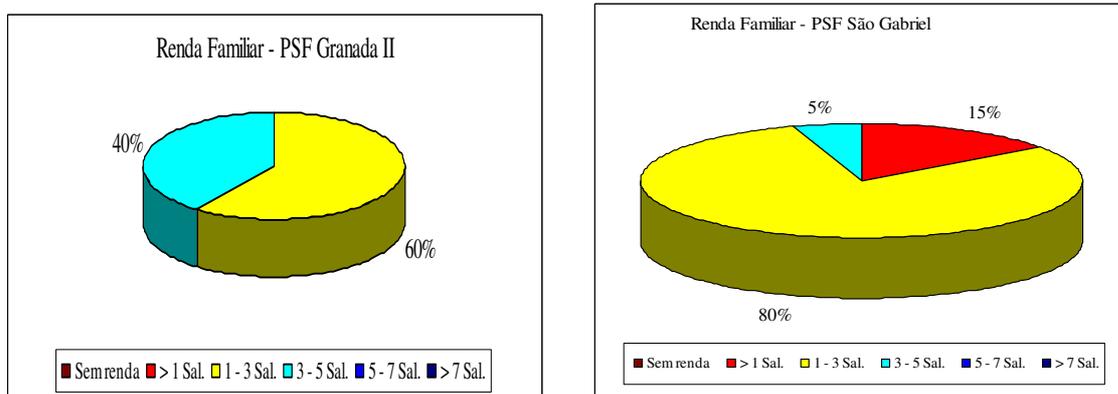


FIGURA 25: Núcleo Pampulha: renda familiar PSF Granada e São Gabriel, 2007
FONTE: Pesquisa direta, 2007.

Os dados comprovam que existe uma diferença importante em relação ao perfil sócio-econômico do PSF no Núcleo Pampulha. Existem realidades diferentes em relação ao nível

sócio-econômico, ao perfil etário, ao nível de escolaridade, entre tantas outras. No entanto, a disponibilização de recursos para a realização de exames é a mesma para todos os PSF do núcleo independente de existir ou não mais população cadastrada. Também não foi considerado o perfil epidemiológico de cada equipe para a distribuição da cota de exames mensais, até mesmo por que nem todas as equipes fizeram esse perfil.

As informações dos QUADROS 6 a 9 revelam um perfil etário com algumas diferenças que devem ser consideradas quando se realiza planejamento em saúde. Por exemplo, nas equipes Shopping Park, Seringueiras e São Jorge existe uma proporção de crianças bem maior do que nas áreas das equipes do Santa Luzia e Granada. Nessas duas equipes a proporção de idosos apresenta-se maior. As políticas públicas para a saúde devem observar esses dados quando se vai fazer planejamento em saúde, como por exemplo, os tipos de especialidades médicas, o público alvo das ações e campanhas de saúde, os tipos de programas de prevenção, dentre outros.

Os QUADROS 6, 7, 8 e 9 sobre a estrutura da população por sexo e faixa etária evidenciam um perfil diferenciado nas 15 equipes que formam o núcleo Pampulha. A começar pelo número de cadastrados por equipe. No Shopping Park, por exemplo, somam-se 2.815 pessoas cadastradas no PSF, enquanto a população cadastrada da equipe do bairro Laranjeiras é de 5.143 pessoas. No entanto, quando se fala de recursos financeiros as duas equipes recebem o mesmo valor para realização de exames de sangue, urina e fezes. Os recursos financeiros são os mesmos, independente do número de pessoas cadastradas.

QUADRO 6 - Núcleo Pampulha: população por sexo e faixa etária das equipes 16, 17, 18 e 19, em 2006.

Faixa etária	Equipe 16 Lagoinha I			Equipe 17 Lagoinha II			Equipe 18 Santa Luzia			Equipe 19 Granada II		
	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T
>1	9	10	19	27	21	48	20	15	35	13	21	34
1 a 4	108	110	218	126	115	241	125	104	229	134	106	240
5 a 6	79	59	138	57	72	129	57	65	122	80	76	156
7 a 9	94	92	186	96	90	186	103	106	209	115	119	234
10 a 14	185	145	330	147	186	333	177	158	335	221	204	425
15 a 19	161	155	316	169	183	352	159	180	339	200	226	426
20 a 39	705	800	1.505	648	655	1.303	705	756	1.461	785	841	1.626
40 a 49	226	306	572	228	272	500	295	365	660	334	389	723
50 a 59	183	230	413	157	167	324	228	278	506	191	186	377
>60	185	252	437	152	213	365	193	266	459	139	193	332
Total	1.975	2.159	4.134	1.807	1.974	3.781	2.062	2.293	4.355	2.212	2.361	4.573

FONTE: SIAB (2007).

ORG.: Rodrigues, M. J., 2007.

QUADRO 7 - Núcleo Pampulha: população por sexo e faixa etária das equipes 20, 21, 22 e 23, em 2006

Faixa etária	Equipe 20 Granada I			Equipe 21 Shopping Park			Equipe 22 Laranjeiras			Equipe 23 Aurora		
	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T
>1	14	11	25	25	17	42	19	8	27	31	23	54
1 a 4	137	134	271	98	108	206	131	149	280	139	134	273
5 a 6	105	80	185	60	55	115	82	81	163	76	60	136
7 a 9	148	143	291	86	88	174	137	125	262	124	143	267
10 a 14	256	230	486	165	128	293	253	320	483	230	179	409
15 a 19	215	206	421	116	124	240	254	289	543	196	176	372
20 a 39	887	971	1.858	562	508	1.070	903	960	1.863	679	750	1.429
40 a 49	392	413	805	175	162	337	371	434	805	239	269	508
50 a 59	185	213	398	94	84	178	186	211	397	117	137	254
>60	149	198	347	82	78	160	136	184	320	98	125	223
Total	2.488	2.599	5.087	1.463	1.352	2.815	2.472	2.671	5.143	1.929	1.996	3.925

FONTE: SIAB (2007).

ORG.: Rodrigues, M. J., 2007.

QUADRO 8 - Núcleo Pampulha: população por sexo e faixa etária das equipes 24, 25, 26 e 27, em 2006

Faixa etária	Equipe 24 São Jorge IV			Equipe 25 São Jorge			Equipe 26 São Jorge			Equipe 27 Seringueiras		
	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T
>1	4	7	11	4		4	30	40	70	40	27	67
1 a 4	110	104	222	109	89	198	166	162	328	162	114	276
5 a 6	83	66	149	63	70	133	95	84	179	75	63	138
7 a 9	137	131	268	115	95	210	136	140	276	122	136	258
10 a 14	226	243	469	214	217	431	251	236	487	203	207	410
15 a 19	247	237	484	204	210	422	233	227	460	109	190	399
20 a 39	833	878	1.711	720	703	1.423	851	902	1.753	734	749	1.483
40 a 49	344	391	735	317	352	669	277	323	600	298	309	607
50 a 59	169	216	385	156	177	333	165	193	358	143	178	321
>60	139	163	302	124	148	272	121	130	251	112	144	256
Total	2.300	2.436	4.736	2.026	2.069	4.095	2.325	2.437	4.762	2.098	2.117	4.415

FONTE: SIAB (2007).

ORG.: Rodrigues, M. J., 2007.

QUADRO 9 - Núcleo Pampulha: população por sexo e faixa etária das equipes 28, 29 e 30, em 2006

Faixa etária	Equipe 28 Seringueiras II			Equipe 29 São Jorge			Equipe 30 São Gabriel		
	M	F	T	M	F	T	M	F	T
>1	35	30	65	28	23	51	39	28	67
1 a 4	180	155	335	159	165	324	148	190	338
5 a 6	75	76	151	85	77	162	110	69	179
7 a 9	124	127	251	166	178	344	148	148	296
10 a 14	207	200	407	270	232	502	263	239	502
15 a 19	258	197	455	236	230	466	236	246	482
20 a 39	705	692	1.397	835	945	1.780	823	858	1.681
40 a 49	235	286	521	277	310	587	287	307	594
50 a 59	116	153	269	149	167	316	147	167	314
>60	113	126	239	107	132	239	96	121	217
Total	2.048	2.042	4.090	2.312	2.459	4.771	2.297	2.373	4.670

FONTE: SIAB (2007).

ORG.: Rodrigues, M. J., 2007.

Outra informação importante diz respeito ao perfil etário enquanto equipes como a do Lagoinha I tem 19 crianças cadastradas menores de um ano, a equipe do Seringueiras I tem 67 crianças menores de 1 ano, quase quatro vezes o valor da primeira. Já em relação à outra ponta

do perfil etário existem os maiores de 60 anos, sendo a equipe 18, no bairro Santa Luzia, a que possui o maior grupo de idosos, somando um total de 459 cadastrados em 2006 e a do São Gabriel a que possui a menor proporção de cadastro de pessoas acima de 60 anos, 217 pessoas. Esse último grupo requer um tipo de atendimento diferenciado, prevalecendo às doenças crônico-degenerativas, que muitas vezes necessitam de cuidados de especialistas.

Quando se fala de perfil etário, é preciso considerar as necessidades de saúde de cada grupo, o Ministério da Saúde garante aos menores de seis meses, nas áreas atendidas pelo PSF, uma consulta por mês e dos seis meses a um ano uma consulta a cada dois meses, com um número elevado de crianças menores de um ano os usuários do PSF Seringueiras I reclamam da dificuldade em conseguir atendimento para os filhos menores de um ano. A fala da usuária n. 136 relata essa dificuldade: *“meu filho tem cinco meses e até hoje só consegui consultá-lo duas vezes, a consulta já foi marcada duas vezes, mas teve que ser desmarcada porque não tinha vaga para todas as crianças”* (USUÁRIA 136).

A justificativa da coordenadora dessa UBSF é que a estrutura do atendimento vai ser refeita: serão dedicados dois dias da semana para atender aos menores de dois anos, para que seja possível atender a todos os grupos prioritários preconizados pelo Ministério da Saúde: crianças menores de dois anos, gestantes, hipertensos, portadores de diabetes, hanseníase e tuberculose.

Quando perguntados se alguém na família possui plano de saúde cerca de 68,15% responderam não possuir, mas 31,85% responderam de forma afirmativa. Aos usuários que responderam sim foi perguntado qual plano de saúde eles ou alguém da família possuía, o que é mostrado no QUADRO 10.

A maioria dos planos de saúde desses usuários está associada ao plano de algum membro da família que tem vínculo empregatício e a empresa oferece o plano de saúde, como é o caso dos que têm planos como o Amass, exclusivo para funcionários (e seus dependentes) da Prefeitura

Municipal de Uberlândia e suas autarquias, Departamento Municipal de Água e Esgoto (DMAE), por exemplo. O Ipsemg que é voltado para funcionários e dependentes vinculados ao governo do Estado de Minas Gerais. Unimed muito utilizado por empresas de Uberlândia e Vitallis, mais ligado a empresas de transportes.

QUADRO 10 - Núcleo Pampulha: Planos de Saúde dos usuários do PSF, 2007

Plano de Saúde	Quantidade
Amass	03
Clínica do Povo	01
Good Life	01
Ipsemg	02
Nossa Clínica	02
Paz Universal	13
Pirâmide	04
Unimed	06
Unipax	02
Tangará Mais	01
Vitallis	01
Total	36

FONTE: pesquisa direta, 2007.

ORG.: Rodrigues, M. J., 2007.

Outros planos estão associados a serviço funerário que, como complementação, oferecem convênio médico, como o é caso dos seguintes planos: Paz Universal, Pirâmide e Unipax.

Quando perguntado sobre porque utilizar o PSF já que eles possuíam planos de saúde, a maioria respondeu que os planos que eles possuíam não cobrem exames e colocam limites ao número de consultas.

Mendes (2001) informa que, nos anos 1990, ampliou-se o processo de migração de parte dos usuários do sistema público para o setor supletivo de saúde, atingindo parte da classe média baixa e dos trabalhadores de pequenas empresas. Contudo, em sua maioria, os trabalhadores com cobertura extra-SUS continuam a depender do setor público para resolver problemas de média e

alta complexidade que não são total ou parcialmente cobertos pela atenção médica supletiva. É este o caso, por exemplo, da venda de medicamentos pela Farmácia Popular, onde cerca de 65% de seus usuários são pacientes de convênios e particulares. Assim, a inserção de tais segmentos nos planos de saúde não tem significado sua total saída do sistema público.

Os dados da pesquisa direta demonstraram que existe o predomínio da procura das mulheres em idade reprodutiva (15 a 19 anos) pelo PSF do Núcleo Pampulha, que a renda média dos usuários está entre um e três salários mínimos, que o nível de escolaridade é baixo o que faz com que a população exerça profissões que exigem menor qualificação profissional, no entanto é preciso que se ofereça um atendimento de qualidade, que se garanta a referência e a contra-referência para exames e consultas especializadas. É urgente que se tenha mapeado o perfil epidemiológico das equipes para se que seja possível garantir um atendimento humanizado a toda comunidade adscrita, por equipe.

No capítulo seguinte, faremos uma análise dos resultados da pesquisa sobre a assistência prestada pelos profissionais do Programa Saúde da Família no Núcleo Pampulha, relatando a opinião dos usuários sobre a assistência prestada pelos Médicos, Enfermeiras Coordenadoras, Oficiais Administrativos e Agentes Comunitários de Saúde. Além disso, abordaremos a opinião das coordenadoras entrevistadas sobre os pontos positivos e negativos do Programa em Uberlândia, como funciona o sistema de marcação de consultas e exames especializados, entre outros.

CAPÍTULO 4

**PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA: NÚCLEO PAMPULHA - A
VISÃO DOS USUÁRIOS E DAS COORDENADORAS DE EQUIPE**

4.1 Programa Saúde da Família – Núcleo Pampulha: uma análise do acesso

O acesso à saúde está intimamente ligado às condições de vida da população, pois nutrição, condições de habitação, poder aquisitivo e educação são componentes fundamentais, sendo a acessibilidade dos serviços de saúde um dos fatores a considerar; porém, extremamente vinculados ao próprio processo saúde-doença.

Travassos; Martins (2004), em estudo bibliográfico sobre os conceitos de acesso e utilização dos serviços de saúde mencionam que a acessibilidade abrange mais do que a mera disponibilidade de recursos em um determinado momento e lugar. Refere-se às características dos serviços e dos recursos de saúde que facilitam ou limitam seu uso por potenciais usuários. A acessibilidade corresponde a características dos serviços que assumem significado quando analisadas à luz do impacto que exercem na capacidade da população de usá-los.

Para Unglert (1999, p. 224), a acessibilidade é entendida como uma característica dos serviços de saúde, podendo ser abordada sob os seguintes enfoques:

- Geográfico, no nível de distância a ser percorrida e obstáculos a serem transpostos;
- Funcional, se considerarmos os tipos de serviços que são oferecidos, seu horário de funcionamento e sua qualidade;
- Cultural, se analisarmos a inserção do serviço de saúde nos hábitos e costumes da população;
- Econômico, considerando que a totalidade dos serviços de saúde não está disponível a todos os cidadãos.

O Programa Saúde da Família tem como um de seus objetivos melhorar as condições de vida da população, conforme já afirmado outras vezes nesta pesquisa, trabalhando para que a educação em saúde seja um objetivo alcançado a longo prazo, integrando as práticas cotidianas dessas equipes.

Sofrendo dificuldades de aceitação no começo de sua implantação, muitas pessoas viam o PSF como “*um postinho onde trabalham aquelas pessoas que visitam nossa casa para saber se estamos cuidando bem de nossa alimentação, saúde e se não tem mosquito da dengue em nosso quintal*” (USUÁRIO 143).

As unidades onde antes era uma Unidade Básica de Saúde¹⁹ ofereciam no mínimo as seguintes especialidades médicas: ginecologista, pediatra e clínico geral. Nesses locais, a aceitação do PSF foi bastante difícil como relata a coordenadora D:

Existiu uma certa dificuldade de aceitação do PSF porque as pessoas estavam acostumadas a terem o médico especialista, quando elas “as mulheres” queriam ir a uma médica elas podiam escolher, no caso de nossa unidade tinha duas ginecologistas, quando queriam levar seu filho ao pediatra elas marcavam a consulta e eram atendidas por ele. Ou quando tinha outro problema qualquer eram atendidas pelo Clínico Geral e quando os casos não eram resolvidos encaminhávamos para o UAI ou para o Hospital de Clínicas, no entanto atualmente temos um único médico que é especialista em Pediatria [...] (COORDENADORA D).

No entanto, as pessoas precisam entender que, no modelo antigo, Unidade Básica de Saúde, não existia esse vínculo preconizado pela Estratégia de Saúde da Família e ainda de acordo com a coordenadora D,

[...] no PSF as pessoas deixam de ser números e passam a ser seres humanos, com problemas de saúde que precisam ser ouvidos, o vínculo não nos deixa dispensá-los, ‘irem embora sem atendimento’ sempre procuramos dar atenção aos nossos usuários, mudou essa visão de consulta e remédio, eles agora ‘os pacientes’ são tratados como responsáveis por sua conduta na adoção de práticas que levam a melhora de seu estado de saúde.

Mesmo com a dificuldade de aceitação, a maioria dos usuários entrevistados acha que o acesso a equipamentos de saúde, após a implantação do Programa Saúde da Família, melhorou

¹⁹ Unidade Básica de Saúde é vista como uma unidade onde se realiza atenção básica e integral à saúde a uma população determinada, de forma programada ou não, nas quatro especialidades básicas (clínica médica, pediatria, ginecologia e obstetrícia), podendo oferecer assistência odontológica e de outros profissionais de nível superior, como Psicólogos, Assistentes Sociais, entre outros.

como mostra a FIGURA 26, segundo a qual 59% opinam que o acesso melhorou, 25% opinam que não se alterou e 16% opinam que piorou.

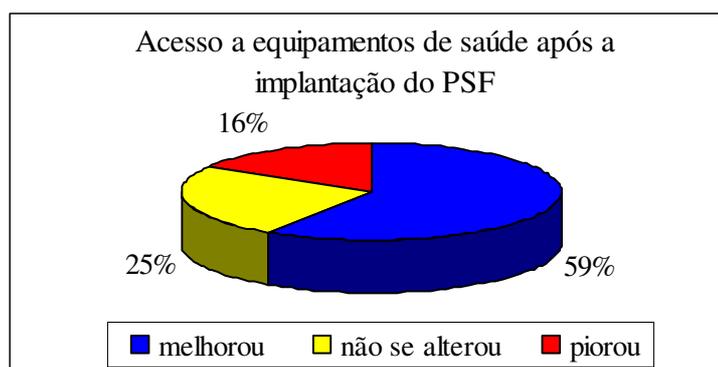


FIGURA 26: PSF - Núcleo Pampulha: acesso a equipamentos de saúde após a implantação do PSF, 2007

FONTE: pesquisa direta, 2007.

O propósito do Programa Saúde da Família de implantar uma Unidade Básica de Saúde da Família para atender a uma população de cerca 4.500 pessoas é um dos motivos desse acesso ter melhorado enquanto toda a região do núcleo Pampulha, antes da implantação do PSF, possuía três Unidades Básicas de Saúde e uma Unidade de Atendimento Integrado e, atualmente, essa mesma região conta com 15 equipes do Programa, atendendo em locais escolhidos pela equipe responsável pela implantação do Programa na região. As unidades localizadas mais próximas de casa e o trabalho da equipe, principalmente do Agente Comunitário de Saúde, gerou uma maior demanda pelos serviços das UBSF, já que esse agente deve estimular a população a procurar as Unidades Básicas de Saúde da Família antes que a doença aconteça, criando uma rede de solidariedade nas áreas cobertas pelo PSF.

Santos (2004) tomando emprestado uma definição de rede proposta por Curien (1988, p. 212) menciona que rede é

[...] toda infra-estrutura, permitindo o transporte de matéria, de energia ou de informação, e que se inscreve sobre um território onde se caracteriza pela topologia dos seus pontos de acesso ou pontos terminais, seus arcos de transmissão, seus nós de bifurcação ou de comunicação.

Ainda de acordo com Santos (2004, p. 262), “a rede é também social e política, pelas pessoas, mensagens, valores que a freqüentam. Sem isso, e a despeito da materialidade com que se impõe aos nossos sentidos, a rede é, na verdade, uma mera abstração”.

O termo rede, visto como um conceito teórico, vem sendo utilizado por diversos campos disciplinares, “seja enquanto noção empregada pelos atores sociais: redes estratégicas, redes de solidariedade, redes de ONG’s, redes de Universidades, redes de energia, redes de informação – BITNET, INTERNET -, uma concepção de organização sob forma de redes” (DIAS, 1995, p. 146).

Pensando na organização do sistema de saúde em forma de rede onde as unidades de baixa, média e alta complexidade possuem uma certa integração entre si, perguntamos aos usuários do PSF como eles percebiam essa integração/articulação quando eles precisavam de uma consulta ou exame que não são realizados nas UBSFs.

Como demonstrado na FIGURA 27, apenas 1% dos usuários defende que essa integração está muito boa, 23% afirmam que está boa, mais da metade dos usuários (58%) afirmam que a integração é regular e 18%, que a integração está ruim.

Para os usuários responderem a essa pergunta, primeiro perguntávamos se ele já havia sido encaminhado alguma vez para alguma Unidade de Atendimento Integrado e/ou para o Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia para a realização de exames ou

consultas. Com base na resposta dos entrevistados, perguntávamos sobre o tempo de espera para conseguir esse encaminhamento e, então, perguntávamos sobre a integração das unidades do sistema de saúde pública de Uberlândia.

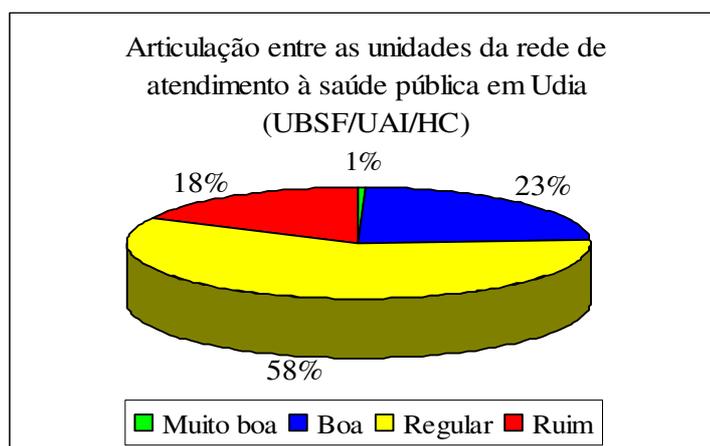


FIGURA 27 – Uberlândia: articulação entre as unidades da rede de atendimento à saúde pública, 2007

FONTE: pesquisa direta, 2007.

Percebemos que a avaliação da integração da rede foi negativa porque existe um tempo de espera muito grande para algumas especialidades, como a cardiologia, a ortopedia e a reumatologia. É importante relatar que o tempo para conseguir consulta nessas especialidades ainda é maior onde existe um número expressivo de pessoas cadastradas acima dos 60 anos, grupo etário que mais necessita dessas especialidades. As coordenadoras relatam a necessidade de se mudar o modelo de marcação de consultas, atualmente no sistema via telefone ou via Internet. Falou-se da necessidade de existir um sistema de cotas mais claro, com número de consultas diferenciado para cada equipe de acordo com seu perfil epidemiológico. Em algumas UBSFs, o tempo de espera para consulta com as especialidades supracitadas chega a mais de seis meses; a outra justificativa para a demora, segundo as coordenadoras, é a baixa disponibilidade de profissionais dessas especialidades na rede pública de saúde.

4.2 Programa Saúde da Família - Núcleo Pampulha: perfil das coordenadoras de equipe

Após a análise dos dados coletados com os usuários, percebemos a necessidade de entrevistar as coordenadoras do Programa, o que foi realizado com nove das 15 coordenadoras de equipe do núcleo Pampulha, sendo indicado letras de A a I, na ordem da realização das entrevistas na análise dos dados, tendo como objetivo preservar a identidade das mesmas.

Escolhemos a técnica de investigação para coleta de dados com as coordenadoras de equipe por meio da entrevista, procedimento que permite obter informações contidas na fala dos atores envolvidos por intermédio de fatos relatados, conforme a realidade vivenciada. Com a entrevista semi-estruturada, identificamos o perfil das coordenadoras, suas opiniões sobre os pontos positivos e negativos do PSF, sobre o sistema de cotas para consultas e exames simples e especializados, entre outros. (Cf. ANEXO III).

A pesquisa nas Unidades Básicas de Saúde da Família evidenciou que em todas as 15 equipes do PSF no Núcleo Pampulha as coordenadoras de equipe, entre setembro de 2006 e janeiro de 2007, eram do gênero feminino e quando se indagava sobre esse fato junto às referidas coordenadoras, algumas responderam que deve ser pelo fato de *“as mulheres terem mais facilidade em lidar com o público de maneira geral e gostarem de trabalhar em equipe”*. Se existe alguma opção por parte da prefeitura pelo sexo feminino, já que o cargo de coordenadora de PSF é um cargo comissionado e não existe concurso para o preenchimento das vagas, esta não foi investigada por nós.

A pesquisa direta com nove coordenadoras de equipe mostrou que a idade dessas varia entre 25 e 45 anos, sendo que três têm menos de 30 anos de idade, quatro entre 30 e 40 anos e

duas com mais de 40 anos, o que evidencia pessoas jovens, mas com experiência em Programa Saúde da Família, na coordenação de equipes do Núcleo Pampulha.

Dessas nove coordenadoras, oito trabalham no Programa de Saúde da Família de Uberlândia há mais de três anos e apenas uma estava trabalhando no programa há cerca de quatro meses. Dessas oito, três tinham trabalhado no PSF em outros municípios de Minas Gerais.

Quando perguntadas sobre a escolha de trabalhar no Programa, os dois motivos que mais apareceram foi à questão salarial, já que uma enfermeira do PSF em Uberlândia ganha em torno de R\$ 3.500 mensais e o outro motivo foi à questão do vínculo com a comunidade adscrita.

O Programa Saúde da Família no núcleo Pampulha possui uma equipe mínima formada por uma enfermeira graduada, um médico, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde. Vale relatar que apenas três UBSFs, no período da pesquisa, possuíam profissional da área médica do sexo masculino, a UBSF Laranjeiras, a São Jorge II e a UBSF Aurora, em todas as outras 13 equipes os profissionais da área médica eram do sexo feminino. Os motivos dessa proporção de médicas em relação aos médicos não foram investigados, mas é um dado importante.

Na pesquisa direta, optamos por avaliar a assistência prestada pelos médicos e médicas, enfermeiras, oficiais administrativos e agentes comunitários de saúde. A escolha por esses profissionais está no fato de eles serem as pessoas que estão em contato mais direto com os usuários. Apesar de os oficiais administrativos não fazerem parte da equipe mínima proposta pelo Ministério da Saúde, optamos por avaliar a assistência prestada por esses profissionais por eles fazerem o primeiro acolhimento aos usuários do PSF. E não avaliamos o auxiliar de enfermagem, apesar de ser membro da equipe mínima, por existir uma certa confusão entre enfermeira coordenadora e auxiliar de enfermagem, os usuários ainda não têm esclarecida a função de cada uma no Programa.

Os dados da pesquisa direta apontam uma avaliação positiva em relação à assistência prestada pelos profissionais do PSF, núcleo Pampulha, conforme informações a seguir.

4.3 Programa Saúde da Família – Núcleo Pampulha: avaliação dos usuários sobre os profissionais da equipe

4.3.1 Oficiais administrativos: entre o acolhimento e a função administrativa

É importante relatar que o oficial administrativo, por ter a função de prestar o primeiro atendimento no PSF, às vezes é visto como alguém que barra o acesso a UBSF, principalmente por aqueles que algumas vezes não conseguem atendimento. A questão da presteza, educação, disponibilidade de escuta foi relatada pelos usuários como um ponto positivo do atendimento de alguns oficiais administrativos.

A cartilha distribuída pelos PSFs do núcleo Pampulha em um evento realizado em agosto de 2006 descreve a competência de cada membro da equipe e, entre as competências do oficial administrativo, estão as seguintes:

- Orientar o usuário sobre todos os serviços prestados na unidade, informando sobre seus direitos e deveres;
- Organizar o fluxo da unidade, inclusive do usuário;
- Acolher os usuários com toda educação e respeito, humanismo, ética, e encaminhá-lo corretamente;
- Recebimento de documentos oficiais, repasse de informações à equipe e à comunidade.
- Arquivar exames e documentos em geral da unidade, organizando o arquivo e papéis de forma racional.
- Minimizar ruídos existentes na sala de espera.
- Ter uma atitude de acolhimento e boa vontade para com o usuário.
- Agendar consultas de forma correta verificando se dados e pedidos estão conforme as normas da Secretaria Municipal de Saúde.
- Acessar a Central de Marcação de consultas e exames de forma correta para evitar marcações errôneas fazer cumprir a parametrização de consultas. (PSF UBERLÂNDIA, s/d., p. 4-5).

Como verificado nas competências do oficial administrativo relatado na cartilha do PSF, esse profissional está quase sempre em contato direto com os usuários das UBSFs e quanto maior o grau de envolvimento desse profissional com a comunidade adscrita melhor será sua avaliação pela mesma..

A avaliação da assistência prestada por esses profissionais no núcleo Pampulha mostrou-se bastante satisfatória, sendo que esses receberam 10% de indicação como muito bom, 66% bom, 22% regular e 2% ruim, como é evidenciado na FIGURA 28.

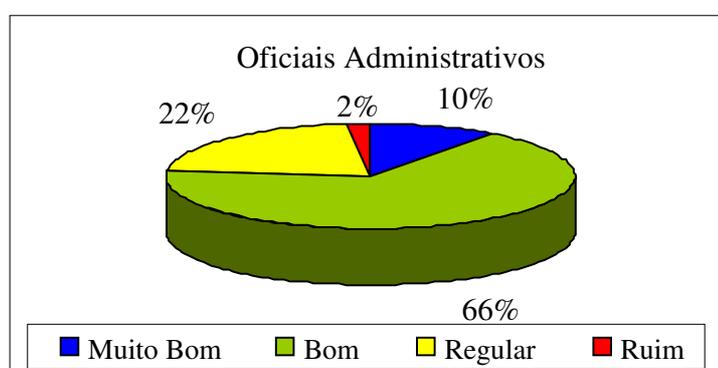


FIGURA 28- PSF - Núcleo Pampulha: grau de satisfação da assistência prestada pelos Oficiais Administrativos, 2007.
FONTE: pesquisa direta, 2007.

A agilidade desses profissionais, que além de serem responsáveis por fazer o primeiro atendimento aos usuários da unidade também são responsáveis pelos agendamentos de consultas e exames especializados por meio do telefone na Central de Marcação ou via Internet para as unidades que possuem computadores ligados à rede de atendimento à saúde pública²⁰, é um aspecto importante.

²⁰ Em janeiro de 2007 apenas as UBSFs São Jorge I e III, Santa Luzia e Lagoinha possuíam computadores ligados a rede de Internet, nas outras a marcação era feita via telefone.

4.3.2 Médicos e médicas: dedicação ao trabalho no Programa Saúde da Família

O profissional médico é visto no PSF como um “generalista”, apesar de muitos não o serem. Nas UBSFs visitadas, existem médicos e médicas especializados em pediatria, obstetrícia, ginecologia, cirurgia geral e clínica geral e, por causa dessa diversidade de especialidades médicas, isso gera alguma desconfiança por parte dos usuários que não entendem “*como pode uma médica pediatra entender de problemas de varizes que é o meu caso, mas eu consulto fazer o que [...] é o que temos*” (USUÁRIA 27).

Isso é bastante discutido nos encontros em que o assunto é o PSF. É necessário entender que antes de ser pediatra, ginecologista, entre outros, esses médicos e médicas passaram pela clínica geral e os casos que necessitarem de um profissional especializado na área esses pacientes serão encaminhados para outros serviços, como justifica Ana Abdalla, coordenadora administrativa do PSF em Uberlândia, em um Encontro sobre Trabalhos Desenvolvidos na Rede SUS, ocorrido em dezembro de 2006.

Entre as competências que devem ser apresentadas pelos médicos no PSF destacamos as seguintes:

- Acompanhar ações de Vigilância Epidemiológica e Sanitária em seu território;
- Atendimento de toda a família em consulta clínica, da área adscrita, inclusive urgência e emergência;
- Visita domiciliar quando necessário e solicitado pela equipe;
- Participação em grupos operativos e eventos da comunidade;
- Acompanhamento da Tuberculose e Hanseníase, principalmente para evitar o abandono;
- Solicitar exames complementares com critério, sempre atrelado à consulta, conforme norma do SUS, somente quando necessário, garantindo continuidade no tratamento na unidade por meio de um sistema de referência e contra referência disponível no município;
- Avaliar a necessidade de internação;
- Realizar pequenas cirurgias ambulatoriais, em condições adequadas;

- Acompanhar os casos do Programa de Saúde Mental em parceria com o tratamento especializado. (PSF UBERLÂNDIA, s/d., p. 4).

O item dois, relacionado às competências do profissional médico, menciona que esse profissional deve atender casos de urgência e emergência. No entanto, isso não é uma prática comum no PSF núcleo Pampulha. Os referidos casos só são atendidos quando estão dentro do número de vagas oferecidas para a demanda livre, que são de 10 a 12 vagas por dia no período da manhã²¹, pois no turno da tarde funcionam as consultas agendadas²² pré-natal, puericultura, hipertensos, diabéticos e, em alguns casos, entrega de resultados de exames Papanicolau, Ultrassonografia e outros.

A avaliação da assistência prestada pelos profissionais da área médica também mostrou-se bastante positiva: 17% acham muito bom, 69% avaliaram como bom, 13% regular e 1% disseram que a assistência prestada pelas médicas e médicos é ruim, conforme expressa a FIGURA 29.

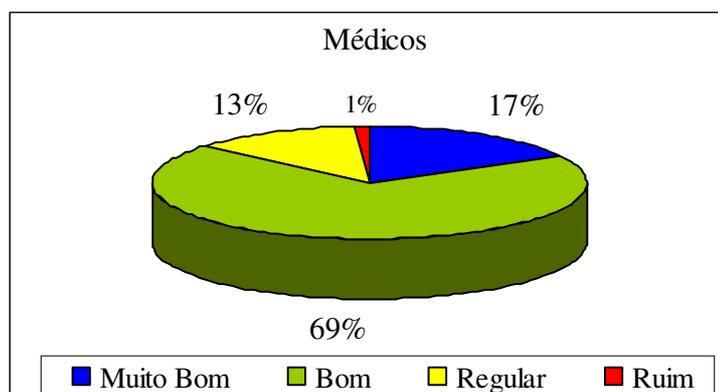


FIGURA 29 - PSF - Núcleo Pampulha: avaliação da assistência prestada pelos médicos, 2007

FONTE: pesquisa direta, 2007.

²¹ Os casos que não são atendidos são orientados a procurar a UAI Pampulha referência na região para atendimentos de urgência e emergência

²² Verificar quadro 3 que trata da organização do atendimento nas UBSF do núcleo Pampulha.

A avaliação positiva dos usuários em relação à assistência prestada pelos profissionais médicos está muito ligada ao vínculo que se desenvolve entre esses profissionais e a equipe adscrita, já que em alguns PSFs a médica é a mesma desde sua implantação. No entanto, pelo PSF São Gabriel já passaram, desde sua implantação, em setembro de 2003 até janeiro de 2007, sete médicos, evidenciando alta rotatividade e, em razão disso, os médicos não conseguem estabelecer um vínculo com a população.

Segundo a coordenadora da UBSF São Gabriel, a rotatividade nesse PSF é grande porque os médicos que lá atenderam estão em começo de carreira e ficam por lá só o tempo da residência médica e, depois, acabam saindo do local. Esse tipo de conduta acaba dificultando o atendimento médico porque não ocorre o vínculo entre o profissional e a equipe, requisito importante para a prática de saúde em família.

O fato de muitos médicos não permanecer no PSF por muito tempo está ligado também à carga horária de trabalho semanal, de 40 horas, exigindo dedicação quase exclusiva já que o PSF funciona de 7:00 às 11:00 horas e de 13:00 às 17:00 horas. O que dificulta o trabalho em consultórios particulares ou em hospitais. Como muitos médicos não conseguem se adequar a essa carga horária, acabam trabalhando no PSF apenas durante o período de residência em Saúde Pública.

Percebemos que a boa avaliação dos médicos e médicas está ligada principalmente ao tempo de serviço desses profissionais na UBSF e também à atenção dedicada à resolução dos casos de agravos à saúde e bom acompanhamento dos grupos operativos (hipertensos, diabéticos, tuberculose, hanseníase, gestantes e puericultura).

4.3.3 Agentes Comunitários de Saúde e sua relação com a comunidade adscrita

Apesar do Agente Comunitário de Saúde ser uma profissão do final da década de 1980, quando o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACSs) começou a funcionar na região Nordeste, no estado do Ceará, em 1987, desenvolvido especialmente por mulheres, essa profissão só foi regulamentada em 2002, por intermédio da lei n. 10.507, de 10 de julho de 2002, revogada posteriormente e convertida na Lei n. 11.350/2006 (DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO, 06.10.2006).

Entre as competências que devem ser apresentadas por esses profissionais estão as seguintes:

- Mapear e conhecer sua área de atuação, as necessidades da comunidade e sua dinâmica social.
- Visitas domiciliares de acordo com as determinações do Ministério da Saúde, com ética, compromisso e comportamento adequado ao cargo, no mínimo uma visita familiar por mês.
- Compromisso permanente com a eliminação da dengue;
- Participação em grupos operativos;
- Busca ativa e identificação de casos de risco sempre que necessário;
- Cadastramento de famílias e atualização permanente deste cadastros de área de abrangência;
- Promover orientação e educação em saúde e mobilização comunitária;
- Democratizar o saber;
- Conscientizar o usuário da importância do cuidado e mostrar que ele também é responsável pela sua saúde e também de sua família e pelo cuidado como o meio ambiente. (PSF UBERLÂNDIA, s/d., p. 5-6).

A área de atuação dos agentes comunitários de saúde fica em torno de 150 famílias, conforme já mencionado, no máximo ou 750 pessoas, devendo trabalhar com adscrição de famílias em base geográfica definida como microárea. O Ministério da Saúde (1997) aponta alguns requisitos mínimos para ser Agente Comunitário de Saúde: ser morador da área onde exercerá suas atividades há pelo menos dois anos, saber ler e escrever, ser maior de dezoito anos e ter disponibilidade de tempo integral para exercer suas atividades.

A visita domiciliar – a prática mais corriqueira exercida pelos Agentes Comunitários de Saúde – toca em uma questão que gera polêmica por parte de algumas pessoas. Uma entrevistada disse o seguinte “*o agente comunitário visita minha casa sem ser convidado, isso é uma forma de controle por parte do Poder Público, ele só vai à minha casa para saber se eu realmente moro lá e não estou consultando no PSF sem ter direito*” (USUÁRIO 107). Muitas pessoas se sentem invadidas com a visita do agente todo mês.

Franco; Merhy (1999) mencionam que as visitas domiciliares compulsórias indicam uma excessiva intromissão do estado na vida das pessoas, limitando sobremaneira seu grau de privacidade e liberdade. O controle que o estado pode exercer sobre cada cidadão é reconhecido como problema e fica mais evidente na prática da visita domiciliar.

Contudo, existe o outro lado da questão, pois muitos usuários gostam da visita dos Agentes Comunitários de Saúde, isso porque eles são o contato mais próximo entre os serviços de saúde e a comunidade, são eles que informam os períodos de campanha de vacinação, se resultados de exames chegaram, se a consulta foi marcada, se vai ocorrer reunião de grupos, enfim: os Agentes Comunitários de Saúde são uma espécie de “mensageiros” do PSF. Sobre esse lado positivo da visita domiciliar, uma entrevistada retrata a opinião de muitos...

Gosto da visita da [...] porque ela vai à minha casa todo mês para saber se está tudo bem, se recebi o remédio da pressão, se estou me cuidando, me alimentando bem. Acho também que ela é a pessoa que mais se preocupa com a nossa saúde porque ela sempre passa em minha casa para saber se estou bem. Quem antes desse Programa fazia isso? Ninguém. (USUÁRIA 81).

Deve-se ressaltar que o agente não visita a casa de toda comunidade adscrita mensalmente. Ele só realiza visitas quando é requisitado e os pacientes dos grupos operativos, ou seja, o grupo de gestantes, crianças menores de dois anos, hipertensos, diabéticos, hanseníase e tuberculose. Esse fato ocorre por causa da grande extensão geográfica de sua área de atuação e

por causa do número de famílias que muitas vezes ultrapassa as 150 preconizadas pelo Ministério da Saúde.

A FIGURA 30 mostra os resultados da avaliação da assistência prestada pelos Agentes Comunitários de Saúde.

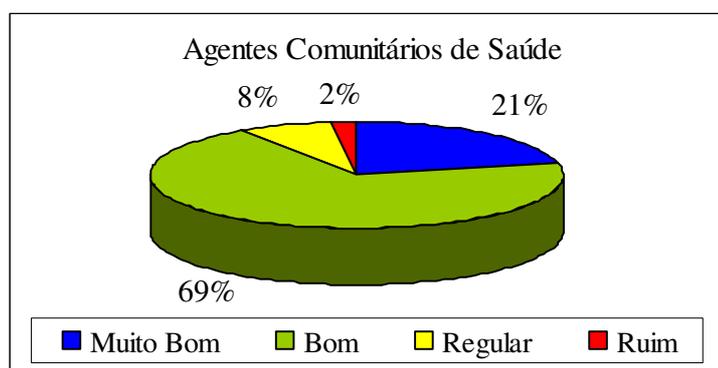


FIGURA 30 – PSF - Núcleo Pampulha: avaliação da assistência prestada pelos ACS, 2007
 FONTE: pesquisa direta, 2007.

A avaliação positiva do trabalho prestado pelos agentes comunitários de saúde mostra o entrosamento desses profissionais na comunidade adscrita. Esse grupo foi o que recebeu o maior índice de muito bom 21%, 69% dos usuários consideraram a assistência desses profissionais como boa, 8% a consideraram regular e 2% ruim.

As competências cobradas do Agente Comunitário de Saúde nos mostram que ele é o principal elo entre a comunidade e a UBSF, sendo o responsável pelo repasse de informações da UBSF para a comunidade adscrita; por exemplo: campanhas de vacinação, dias de coleta de sangue para exames, agendamentos de consultas dos grupos operativos, comunicados para verificação de resultados de exames e de consultas especializadas agendadas, entre outras atividades. O agente que consegue desenvolver todas essas atividades de forma a facilitar o

acesso à UBSF consegue ter um bom índice de aprovação, como nos mostrou dos dados da figura acima.

4.3.4 Enfermeiras: função administrativa e trabalho técnico com a comunidade

O Programa Saúde da Família veio, de certa forma, valorizar a profissão de Enfermagem, atribuindo-lhe a função de instrutor/supervisor/coordenador das Unidades Básicas de Saúde da Família, dando-lhe a responsabilidade de

[...] realizar, com demais profissionais da unidade básica de saúde, o diagnóstico demográfico e a definição do perfil socioeconômico da comunidade, a identificação dos traços culturais e religiosos das famílias e da comunidade, a descrição do perfil do meio ambiente da área de abrangência, a realização do levantamento das condições de saneamento básico e a realização do mapeamento da área de abrangência dos ACS sob sua responsabilidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1997, p. 8).

De acordo com o preconizado pelo Ministério da Saúde, a profissão de enfermeira no PSF deve atender os seguintes requisitos:

- Estabelecer vínculos com a comunidade e equipamentos sociais de forma sistematizada;
- Consulta de enfermagem conforme protocolos;
- Visita domiciliar quando necessário;
- Organizar grupos operativos (diabetes, hipertensão arterial, pré-natal, puericultura e outros);
- Coordenar, Planejar, executar e avaliar ações da equipe;
- Democratização do saber, Educação em Saúde, através do repasse de informações;
- Mudança de atitude, valorizando a saúde e não a doença;
- Coleta de Papanicolau;
- Capacitar o agente comunitário de saúde e o auxiliar de enfermagem;
- Supervisionar e cumprir as normas do Programa Nacional de Imunização (PNI);
- Participar da elaboração, execução, avaliação do plano de ação, baseado no diagnóstico realizado pela ESF e comunidade;
- Promover a qualidade de vida e contribuir para tornar o meio ambiente mais saudável, como parte do processo terapêutico;

- No nível de sua competência, responsabilizar-se pelas ações de Vigilância Sanitária e Epidemiológica.

O último profissional a ser avaliado por nossa pesquisa foi a enfermeira coordenadora, sendo que essa obteve o melhor índice geral de aprovação. Isso ocorre por que essa profissional é a que está diretamente à frente de todas as atividades desenvolvidas nas UBSFs, além das funções próprias de sua profissão, cuidados primários, coleta de exames de sangue e Papanicolau, entre outras. Essa também é a responsável por administrar a unidade. A figura a seguir nos mostra os valores de avaliação do trabalho das Enfermeiras Coordenadoras.

Com o melhor índice geral, as enfermeiras receberam a indicação muito bom por parte de 19% dos entrevistados, bom por 76%, regular por 4% e 1% responderam achar o trabalho dessas profissionais ruim. Essa aprovação da assistência prestada por essas profissionais reflete o vínculo e a boa relação dessas com a comunidade adscrita. A boa avaliação da assistência prestada pela enfermeira também reflete o engajamento dessa na comunidade. Essas profissionais são vistas como alguém que participa da comunidade e procura soluções para os problemas sociais mais prevalentes.

As enfermeiras muitas vezes são vistas como alguém que dão apoio e orientação para a melhoria da qualidade de vida dos usuários do Programa Saúde da Família. Em várias equipes, elas exercem o papel de conselheiras da comunidade, fazendo acompanhamento dos casos de transtornos mentais que existem em sua equipe, juntamente com o profissional de Psicologia responsável pela UBSF.

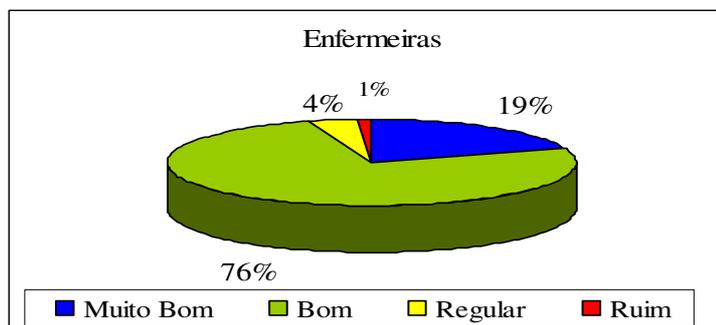


FIGURA 31: PSF - Núcleo Pampulha: avaliação da assistência prestada pelas enfermeiras, 2007

FONTE: pesquisa direta, 2007.

Fazer um levantamento dos casos de transtornos mentais no núcleo Pampulha não foi nosso objetivo, mas como esse fato foi relatado por muitas coordenadoras entrevistadas, resolvemos mostrar o caso da população atendida na UBSF Seringueiras II (Cf. FIGURA 32), que apresenta um valor elevado de população com transtornos mentais²³. O nosso objetivo com a referida figura é mostrar o quanto seria importante mapear outras doenças que ocorrem na área de abrangência de cada equipe, isso facilitaria o controle do atendimento, da oferta de consultas por microárea e por agravos, além de espacializar a ocorrência de certas doenças em determinados espaços, a única unidade que tivemos acesso a esse tipo de trabalho foi a UBSF Seringueiras II, por isso estamos demonstrando essa espacialização.

Várias podem ser as causas do grande número de pessoas com transtornos mentais; no entanto, segundo o que foi relatado pela coordenadora da unidade, esses casos estão muito ligados às condições sócio-econômicas da comunidade adscrita, onde existe um número muito grande de desempregados, falta qualificação profissional, o número de filhos por família é grande e ainda tem a questão da violência. Muitas pessoas têm medo de sair de casa à noite e serem assaltadas.

²³O Código Internacional de Doenças (CID) classifica como transtorno mental ou de comportamento, entre várias outras as seguintes doenças: Esquizofrenia, Dependência a Substâncias Psicoativas (álcool, opióides, canabinóides), Transtornos de Personalidade, entre outras.

Uma das coordenadoras entrevistada fala da necessidade de mais oferta de profissionais de Psiquiatria na rede:

[...] essa região tem muito problema, eu não sei se é problema social, porque a pessoa às vezes tem seis ou sete filhos, a estrutura familiar é muito complicada [...] a própria médica da unidade têm experiência em psiquiatria e psicologia ela prescreve medicamentos e tem tido um retorno bom, “melhora”. A unidade tem muito paciente deprimido e além da depressão temos pacientes Esquizofrênicos, com fobias e Síndrome do Pânico [...] temos ajuda da Psicóloga e da Psiquiatra só que são quase 70 mil pessoas para uma Psiquiatra é meio complicado conseguir uma consulta [...] quando não consegue a consulta com Psiquiatra agente mesmo troca receita, conversa com paciente quando ele não está bem a Psicóloga tenta encaixe, mais existe uma demora muito grande para essa consulta. (COORDENADORA B)

O relato da referida coordenadora evidencia a carência social das populações atendidas pelo PSF no núcleo Pampulha e a dificuldade em se conseguir atendimento em algumas especialidades médicas, a exemplo da Psiquiatria. Um dos fatos relacionados à carência social das pessoas do núcleo Pampulha está ligado ao perfil sócio-econômico de alguns bairros desse núcleo apresenta um elevado percentual de populações de baixa renda, como demonstrado nas informações da pesquisa direta.

Existem outros fatores que influenciam no aparecimento de transtornos mentais, a exemplo do desemprego, falta de lazer, renda familiar entre outros, mas essas informações não foram abordadas em nossa pesquisa com os usuários.

4.4 Programa Saúde da Família e vínculo com a comunidade adscrita

O vínculo entre as Equipes de Saúde da Família e a comunidade atendida pelo Programa é visto por muitos autores como uma maneira de se estabelecer uma rede social entre as comunidades atendidas pelo PSF e as equipes. Quanto maior for esse vínculo, melhores serão as relações entre as pessoas que participam dessa rede.

O trabalho de equipes da Saúde da Família é o elemento-chave para a busca permanente de comunicação e troca de experiências e conhecimentos entre os integrantes da equipe e desses com o saber popular do Agente Comunitário de Saúde. A atuação das equipes ocorre principalmente nas unidades básicas de saúde, nas residências e na mobilização da comunidade, realizando-se atividades de educação e promoção da saúde. As equipes devem ainda estabelecer vínculos de compromisso e de co-responsabilidade com a população e estimular a organização das comunidades para exercer o controle social das ações e serviços de saúde. Esse controle social pode ser exercido por meio da participação de membros da comunidade no Conselho Municipal de Saúde.

A coordenadora C vê o Programa Saúde da Família como um Programa que:

[...] muda paradigmas sendo uma estratégia do Ministério da Saúde para melhorar a atenção básica, os cuidados de atenção, promoção e reabilitação da saúde [...] a atenção primária é a que tem menos custos, e trabalhando na atenção primária, nós podemos ter menos custos hospitalares, a gente vê mais resultado apesar de alguns serem a longo prazo (COORDENADORA C).

Para muitas coordenadoras de equipe do PSF do Núcleo Pampulha, o que melhor define esse Programa é o vínculo estabelecido entre as equipes e a comunidade atendida. A fala da coordenadora D reflete essa opinião:

Quando você cria o vínculo você não tem a liberdade de dispensar o paciente acaba desenvolvendo uma rede social, desenvolve-se um relacionamento, você conhece a pessoa, a família dela. Elas não são números elas não são mais uma pessoa, o que é uma grande falha naqueles atendimentos rápidos [...] mesmo assim eu acho que a gente teria que ter mais tempo para dar para essas pessoas, mais tempo para conversar, para ir a casa delas (COORDENADORA D).

Já para outra coordenadora, o PSF é um

[...] Programa que a enfermeira tem mais autonomia e consegue resolver melhor o problema dos pacientes porque você tem um contato maior com eles, você conhece o pai, a mãe e os filhos, talvez o problema que está acontecendo com os pais pode estar interferindo na saúde dos filhos, quando a gente conhece a família inteira a situação de atendimento é melhor, existe um vínculo entre a família e as Equipes de Saúde da Família. O que melhor define o PSF é o vínculo (COORDENADORA A).

No que se refere aos aspectos negativos do Programa Saúde da Família, o que mais nos chamou atenção foi a questão da demora para se conseguir consultas e exames especializados e o número grande de população por equipe, já que em sete das 15 equipes do PSF, Núcleo Pampulha, é superior a 4.500 pessoas, número preconizado pelo Ministério da Saúde, dificultando, por conseguinte, o atendimento de toda a população adscrita.

Em relação à marcação de consultas no período da pesquisa direta, foram evidenciadas situações diferentes nas UBSFs visitadas. No começo no mês de setembro, a orientação da Coordenadora da Central de Marcação era que se após a consulta no PSF fosse verificada a necessidade de consulta e/ou exame especializado o pedido ficaria na UBSF e quando fosse marcado o Agente Comunitário de Saúde levaria esse pedido na casa do paciente.

Já no mês de janeiro, em algumas UBSF visitadas a situação já era outra, o paciente não podia mais deixar o pedido na UBSF, isso porque havia um número muito grande de não comparecimento às consultas e exames especializados, esse deveria ir todos os dias pela manhã para a UBSF, até conseguir uma vaga para a consulta e/ou exame especializado. Isso gerou muita confusão e desconforto, as UBSFs ficavam lotadas de pacientes, pois elas tinham que abrigar os pacientes que iriam consultar naquele dia e os que lá estavam para tentar marcar uma consulta especializada. A FIGURA 33 mostra a situação da UBSF Lagoinha por volta das 8:00 da manhã.



FIGURA 33: UBSF Lagoinha – Sala de espera, 2006
FOTO: RODRIGUES, M. J., 2007.

Percebendo um certo desconforto por parte dos usuários que tinham que ir a unidade várias vezes até conseguir marcar essas consultas e/ou exames, muitas coordenadoras decidiram por conta própria pegar os pedidos e avisar quando os mesmos fossem marcados. Uma delas mencionou que *“questão é humana imagina o paciente vir a unidade todo dia para conseguir atendimento especializado”* (COORDENADORA B).

Todos os exames e consultas marcadas na rede municipal credenciada ao SUS são agendados através da Central de Marcação, por meio do telefone ou via Internet. Esta Central funciona desde 1997 e tem como objetivo a marcação de procedimentos especializados do SUS municipal.

4.5 Equipes de Saúde da Família: confiança nos diagnósticos de agravos à saúde

A confiança na Equipe de Saúde da Família está sendo adquirida à medida que essas equipes conseguem estabelecer um vínculo com a comunidade adscrita. O crédito, a boa fama e a familiaridade se tornarão mais presentes quanto maior for o nível de envolvimento das equipes com comunidade, o interesse em resolver ou em encaminhar soluções para as dificuldades dessas

comunidades é apontado pelos usuários como um ponto importante na confiança que eles depositam nas equipes. Os dados da FIGURA 34 apontam a opinião dos usuários sobre a confiança nas equipes do PSF no núcleo Pampulha

Os dados da FIGURA 34 evidenciam uma avaliação positiva em relação à confiabilidade nas equipes de saúde da família do núcleo Pampulha, com 65% dos usuários entrevistados, afirmando confiar na equipe em relação ao diagnóstico, ao tipo de orientação destinada aos agravos de saúde apresentados por esses, 27% disseram confiar com ressalvas e 8% disseram não confiar na equipe.

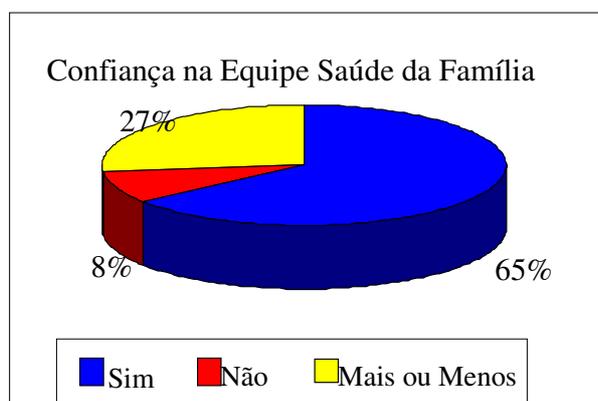


FIGURA 34: PSF- Núcleo Pampulha: confiança na equipe de saúde da família, 2007

FONTE: pesquisa direta, 2007.

Aos usuários que responderam não confiar na equipe, foi perguntado por que eles procuram atendimento nessas unidades já que não confiam no atendimento prestado pelas equipes. A fala de um entrevistado representa a opinião de alguns desses usuários: *“depois que colocaram esses postinhos eu só posso consultar aqui ou no UAI Pampulha, em caso de emergência, entre os dois prefiro aqui”* (USUÁRIO 117).

O fato dos usuários terem que consultar na unidade de saúde responsável pela área de abrangência de seu domicílio está ligado ao processo de planejamento em saúde a partir da territorialização, conforme Unglert destaca:

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).

No entanto, esse planejamento em saúde não deve impor ao usuário que ele só deve consultar na UBSF de sua área de abrangência, deve-se levar também em consideração o interesse da população, o que gera comparações por parte dos usuários como relata a fala do usuário 123: *“antes desse postinho eu consultava lá no Jaraguá, não tinha esse povo ‘Agente Comunitário de Saúde’ indo à minha casa para comprovar o meu endereço, agora só consulto aqui por que preciso. Acho errado dizerem onde posso ou não procurar quando tenho um problema de saúde”*.

Quando decidimos estudar o Programa Saúde da Família em Uberlândia, tínhamos em mente que esse Programa não era bem aceito pela população, fomos surpreendidos pela sua boa aceitação por parte de seus usuários e temos a certeza de que se for ampliada a área de cobertura do Programa em Uberlândia diminuirá os gastos hospitalares e com internação. Investir na atenção básica é o melhor “remédio” para a cura dos males da saúde pública no Brasil.

No entanto, investir na atenção básica requer não só recursos financeiros é preciso investir também em recursos humanos, capacitar as equipes de atendimento, oferecer um atendimento mais humanizado, escutar os usuários, porque sabemos que muitas vezes aquelas pessoas que procuram pelos serviços de saúde não estão sofrendo com males físicos e sim com males da alma que muitas vezes não são visíveis e causam uma dor bem maior precisando de um atendimento de qualidade e que resolva os seus agravos à saúde.

Analisar o acesso ao Programa Saúde da Família no Núcleo Pampulha em Uberlândia, objeto de estudo desse trabalho, foi apenas o retrato de uma realidade que está sempre em movimento. O que temos é a sensação que é preciso avançar sempre, e que esse estudo poderá servir de subsídio para que algumas ações no modelo do PSF em Uberlândia seja repensado, principalmente em relação à localização geográfica das UBSFs, e também ao sistema de marcação de consultas e exames especializados, com a implantação de um novo modelo que facilite o acesso às unidades de média e alta complexidade do município de Uberlândia.

É preciso, igualmente, conhecer melhor as comunidades atendidas pelo Programa Saúde da Família no núcleo Pampulha. O levantamento do perfil epidemiológico facilitaria a organização do atendimento nas UBSF e a adequação dessas unidades ao horário do trabalhador ampliaria o vínculo dessas equipes com a comunidade e desafogaria as Unidades de Atendimento Integrado que, muitas vezes, realiza atendimento ambulatorial para casos que não seriam de urgência e emergência.

O Programa 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. Todavia, pesquisas apontam que, no futuro deverá ocorrer uma adoção mais homogênea do PSF pelos municípios brasileiros, tendo em vista o próprio sucesso de sua implantação, principalmente em áreas mais carentes, o que deve pressionar sua expansão e sua adoção, de forma exclusiva, nas áreas de maior risco e junto às populações mais carentes.

O Programa Saúde da Família deve ser a porta de entrada do Sistema Público de Saúde dos municípios. Contudo, faz-se necessário um esforço em tornar esse Programa mais resolutivo, permitindo que cerca de 80% dos casos de agravos à saúde, como é preconizado pelo Ministério

da Saúde, seja resolvido na atenção básica e, para que isso aconteça, será necessário equipar melhor as UBSFs para que as equipes tenham condições de trabalho que facilitem o diagnóstico.

Para que a resolubilidade dos agravos à saúde seja uma prática constante no PSF, o sistema de referência e contra-referência precisa funcionar melhor e, muitas vezes, a rede não funciona bem – o paciente, às vezes, fica de três a seis meses aguardando um exame especializado, como ultra-som de abdômen, por exemplo, e essa espera é longa demais para alguém que está doente, podendo agravar seu quadro clínico.

Por isso, quando foi perguntado aos pacientes se quando eles procuraram uma UBSF o seu problema de saúde foi resolvido, 57% disseram que sim e 43% disseram não.

Os dados da pesquisa direta apontaram que o índice de resolubilidade dos agravos à saúde é bem menor do que o preconizado pelo Ministério da Saúde, que é de 80%. Sendo assim, torna-se necessária a reformulação de conhecimentos e práticas em saúde, aquelas direcionadas à valorização da atenção básica, com capacidade para dar resolubilidade aos problemas individuais e coletivos, a ampliação de ações de promoção à saúde e prevenção de doenças, a rearticulação dos serviços especializados e de alta complexidade segundo diretrizes de humanização e de adoção de práticas alternativas que têm se espalhado por todo o mundo, indicando a necessidade de proceder-se a uma verdadeira humanização dos serviços de saúde. A avaliação dos serviços prestados pelos médicos, enfermeiros, oficiais administrativos e agentes comunitários de saúde pelos usuários foi bastante positiva, indicando a potencialidade do PSF em melhorar o acesso à saúde pública.

Na medida em que há uma aproximação nas relações dos usuários dos serviços e trabalhadores de saúde, haverá uma dimensão individual do trabalho em saúde, realizado por qualquer trabalhador que comporta um conjunto de “ações clínicas” – aqui entendidas no sentido “do encontro das necessidades com processos de intervenção tecnologicamente orientado, que

visam 'operar' sobre o campo das necessidades que se faz presente neste encontro na busca da perseguição de fins implicados com a manutenção e/ou recuperação de um certo modo de encaminhar a vida.

Os encontros que ocorrem nas UBSFs, independente do tipo de procura por parte dos usuários devem ocorrer em um espaço mediador no qual uma dimensão tecnológica do trabalho em saúde, clinicamente evidente, sustenta-se na tecnologia das relações, território próprio das tecnologias leves, definidas como tecnologias de ações que se configuram em processo de intenção em ato, em um processo de relação de interação, de vínculo, de escuta, de intersubjetividade, gestão como forma de governar o processo de trabalho, humanização dentre outras.

O apoio social que as redes proporcionam, remetendo ao dispositivo de ajuda mútua, potencializado quando uma rede social é forte e integrada, realça os aspectos positivos das relações sociais, como compartilhar informações, o auxílio em momentos de crise e a presença em eventos sociais. Um envolvimento comunitário pode ser significativo fator psicossocial no aumento da confiança pessoal, da satisfação com a vida e da capacidade de enfrentar problemas, por exemplo. Na situação de enfermidade, a disponibilidade do apoio social aumenta a vontade de viver e a auto-estima do paciente, o que pode contribuir com o sucesso do tratamento.

No contexto dos usuários dos serviços de saúde do PSF núcleo Pampulha, a participação em grupos comunitários, associações ou grupos religiosos revelou-se pequena, onde apenas 24% responderam participar de grupos religiosos, 2% associações, 1% de outros grupos e 73% revelaram não participar de grupos comunitários.

A baixa participação dos usuários em grupos comunitários na região do núcleo Pampulha dificulta uma ligação mais dinâmica com os serviços de saúde, já que esses usuários não estão

organizados em movimentos que procuram a busca de melhor qualidade no atendimento e melhores condições de saúde.

Também é verdade que conhecer as entidades sociais, sua dinâmica e composição é um passo importante para a compreensão das redes sociais de uma determinada área, representando mais que um conjunto de associações comunitárias e organismos públicos, pois caracterizam as formas de organização da comunidade conforme suas diversas demandas e a presença ou não da máquina do Estado ainda configura-se como instâncias de promoção de cidadania.

As redes sociais podem ser compreendidas a partir das relações que os indivíduos travam entre si, desses com outras redes, e também dessas redes com outras. Por isso, perguntamos aos usuários entrevistados se eles participavam de algum grupo comunitário, associação, Organização Não-Governamental (ONG) ou outro grupo, para sabermos quais são os arranjos estabelecidos entre si.

A baixa escolaridade e a falta de recursos financeiros dificultam uma ligação mais dinâmica com os serviços de saúde, já que esses usuários se encontram diante de uma relação de desigualdade econômica, social e cultural, evidenciando muitas vezes que o acesso aos serviços de saúde é um direito e não um favor.

Percebe-se a necessidade de ampliar a cobertura do PSF Uberlândia, que atualmente é de cerca de 30% do município e haveria a necessidade de ampliação dessa cobertura para, no mínimo, 70% para melhorar o acesso a rede de saúde pública, porque melhorando a atenção básica diminuiria a pressão pelo atendimento nas Unidades de Atendimento Integrado e no Pronto Socorro do Hospital de Clínicas e essas unidades poderiam dedicar-se melhor aos atendimentos de média e alta complexidade.

Deve-se ressaltar que as Unidades de Atendimento Integrado têm se constituído como um dos principais elos da crise da saúde pública em Uberlândia. Desde o início dos anos 2000,

arrasta-se uma crise entre a Prefeitura Municipal de Uberlândia/Secretaria de Saúde e a Fundação Maçonica Manoel dos Santos. Assim sendo, não se pode pensar os problemas do PSF sem articulá-los às UAIs e ao Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia, que também apresenta muitos problemas relacionados aos custos financeiros de um hospital universitário de alta complexidade.

É relevante mencionar a questão da organização do espaço, o critério para escolha da área de instalação deve ser mais bem estudado e não apenas encontrar uma casa que atenda aos requisitos mínimos de espaço físico.

O planejamento com base nos critérios epidemiológicos e sociais deve ser o instrumento principal para o desenvolvimento das ações no Programa Saúde da Família. O desafio atual é efetivamente consolidar a Saúde da Família como a porta de entrada prioritária do SUS em Uberlândia, que, mediante a conversão da rede básica, deverá organizar todo o sistema a partir destes serviços, com intuito de resolver, ainda na atenção básica, cerca de 80% dos problemas de saúde mais prevalente da população uberlandense.

Os indicadores de saúde podem ser medidos em um espaço delimitado, esses evidenciam os efeitos das políticas de saúde e os seus resultados para a população. Assim, a localização espacial dos equipamentos públicos de saúde torna-se de grande interesse, e permite-nos avaliações do impacto da instalação desses equipamentos e a identificação de áreas problemáticas que necessitam de um maior acompanhamento e intervenções, os condicionantes para se ter uma saúde perpassa pelas condições do espaço que ocupado, transforma-se em espaço geográfico.

Sendo assim, o espaço, categoria de análise da Geografia, torna-se importante nas pesquisas que investigam o processo de distribuição e organização de equipamentos de saúde, sendo que a introdução da dimensão espacial nas pesquisas de políticas de saúde constitui um grande avanço na análise dessas políticas.

Por fim, o conhecimento geográfico se torna fundamental na consolidação das políticas de saúde. Produzir informações que possibilitem a elaboração de ações sanitárias mais eficazes é a grande contribuição que a Geografia tem a oferecer à área da Saúde.

ANDRADE, G. R. B.; VAITSMAN, J. Apoio social e redes: conectando solidariedade e saúde. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, 2002, p. 925-934.

ALBUQUERQUE, R. M., CECATTI, J. G. et. al. Causas e fatores associados à mortalidade de mulheres em idade reprodutiva em Recife, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 14, supl. 1. Rio de Janeiro, 1998. p. 41-48.

BARRA, R. P. **A espacialização da mortalidade infantil por causas evitáveis em Uberlândia no ano 2000**: subsídios para as ações de saúde. Uberlândia. 2003. 164 f. Dissertação (Mestrado em Geografia) – Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2003.

BECKER, R. A.; LECHTIG, A. **Brasil**: Aspectos da Mortalidade Infantil, Pré-Escolar e Materna. Brasília: Ministério da Saúde, 1987. (Mimeo).

BESSA, O.; PENAFORTE, J. (Org.) **Médico de família**. Formação, certificação e educação continuada. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

BOUSQUAT, A. E. Conceitos de espaço na análise de políticas de saúde. **Lua Nova**. São Paulo, CEDEC, n. 52, p. 71-92, 2001.

BRASIL. **Programa de Saúde da Família (PSF)**. Brasília: Ministério da Saúde, 1994.

_____. **Saúde da Família**: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

_____. **Portaria nº 1.886, de 18 de dezembro de 1997**. Brasília. Ministério da Saúde. 1997.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **SIAB**: manual do sistema de informação de atenção básica. Brasília: 2000. 96 p.

_____. **Portaria 373, de 27 de fevereiro de 2002**. Brasília: Ministério da Saúde. 2002.

_____. **Atenção Básica e Saúde da Família. Brasília.** Ministério da Saúde. 2007. Disponível em <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencaobasica.php>>. Acesso em: mar. 2007.

CAHUÉ, S.A. Entrevista e questionário. In: BIZTAN, A. A. (Ed.). **Etnografia: metodologia qualitativa em la investigación sociocultural.** Barcelona: Marcombo, 1995. (Série Antropología).

CAMPOS, G. W. de S. Paidéia e modelo de atenção: um ensaio sobre a reformulação do mundo de produzir saúde. **Olho Mágico**, Londrina, v. 20, n. 2, p. 7-14, abr./jun. 2003a.

_____. **Saúde Paidéia.** São Paulo: Hucitec, 2003b.

CARVALHEIRO, C. D. G.; MANÇO, A. R. X., Mortalidade feminina no período reprodutivo em localidade urbana da Região Sudeste do Brasil. Evolução nos últimos 20 anos. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, n. 26, p. 239-245, 1992.

CARVALHO, A. P. de. **Meio ambiente urbano e saúde no município de Salvador.** 1997. 246 f. Tese. (Doutorado em Geografia) – UNESP, Rio Claro, 1997.

CHOR, D.; DUCHIADE, M. P.; JOURDAN, A. M. F. Diferencial de mortalidade em homens e mulheres em localidade da Região Sudeste, Brasil - 1960, 1970 e 1980. **Revista de Saúde Pública.** São Paulo, n. 26, p. 246-255, 1992.

CORTÉS-MAJÓ, M.; GARCIA-GIL, C.; VICIANA, F. The role of the social condition of women in the decline of maternal and female mortality. **International Journal of Health Services.** n. 20, 1990, p. 315-328.

CORRÊA, R. L. Espaço: um conceito chave da Geografia. In: CASTRO, I. E.; GOMES, P. C. C.; CORRÊA, R. L. **Geografia: Conceitos e Temas.** Rio de Janeiro: Bertrand do Brasil, 1995. p. 15-44.

CZERESNIA, D; RIBEIRO, M. R. O conceito de espaço em epidemiologia: uma interpretação histórica e epistemológica. **Cadernos de Saúde Pública.** Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 595-617 jul./set. 2000.

DIAS, L. C. Redes: emergência e organização. In: CASTRO, I. E.; GOMES, P. C. C.; CORRÊA, R. L. **Geografia: conceitos e temas**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil. 1995. p. 141-164.

ELIAS, P. E. A municipalização da saúde em São Paulo: dimensões políticas e econômicas. **São Paulo em perspectivas**, São Paulo, v. 6, n. 4, Out./Dez., 1992.

FONSECA, R. M. G. S. da. Espaço e gênero na compreensão do processo saúde-doença da Mulher brasileira. **Rev. latino-americana de enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 5, n. 1, p. 5-13, janeiro 1997.

FINAMOUR, I. **Cuba vira modelo de saúde**. São Paulo: Alternativas. 1995. 12 p.

FORTNEY, J. A., **Reproductive Morbidity: A Conceptual Framework**. Working Papers, n. WP95-02. Chapel Hill: Family Health International. 1995.

FRANKLIN, A. Paradigmas de humanidade: as experiências de formação de médicos de família na Holanda, Espanha, Estados Unidos, Canadá e Reino Unido. **Rev Brasileira de Saúde da Família**, v. 2, n. 4, p. 29-39, 2002.

FRANCO, Túlio Batista; MERHY; Emerson Elias. **PSF: contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial**. [S.l.], 1999. Mimeografado.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Programa Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: MERHY, E. E. et al. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: HUCITEC, 2003.

GARCIA, M. A. **A constituição dos serviços médicos em Uberlândia: a estrutura concentrada nos bairros Centro e Martins**. 2003. Monografia (Bacharelado em Geografia). Uberlândia: Universidade Federal de Uberlândia, 2003. (Monografia de Bacharelado).

GUIMARÃES, R. B. Regiões de saúde e escalas geográficas. In: **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 21(4): 1017-1025, jul-ago,2005.

MACHADO, J. R. **As estruturas e as (des)centralidades**: um olhar geográfico sobre a espacialidade dos serviços da saúde na cidade de Maringá. Maringá. 2004. Dissertação (Mestrado em Geografia) – Universidade Estadual de Maringá, 2004.

MARGOTA, R. **História ilustrada da medicina**. Londres: Instituto de Neurologia, 1998.

MASSÉ, R. **Culture et Santé Publique**. Montreal: Gaëtan Morin, 1995.

MCWHYNNY, R. Fundamentos filosóficos e científicos da medicina familiar. In: **Manual de medicina familiar**. Lisboa: Inforsalus, 1994. p. 38-137.

MENDES, E. V. et al. Distritos Sanitários: Conceitos-chave. IN: MENDES, E. V. et. al. **Distrito Sanitário**: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo – Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 1999.

MENDES E.V. **Os grandes dilemas do SUS**. Salvador: Casa da Qualidade Editora; 2001. Tomo I. (Saúde Coletiva, 4).

MENDES, E.V. **Os grandes dilemas do SUS**. Salvador: Casa da Qualidade, 2001.176 p. Tomo 2. (Saúde Coletiva, 4).

MENDES, E.V. **A atenção primária à saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002. 89 p.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: HUCITEC, 1997.

MERHY, E. E. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde. IN: CAMPOS, R.C. et al. (Org.). **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público**. São Paulo: Xamã, 1998.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: HUCITEC, 2002.

MERHY, E. E. Um dos grandes desafios para os gestores do SUS: apostar em novos modelos de atenção. IN: MERHY, E. E. et al. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: HUCITEC, 2003.

MINAYO, M. C. (Org.). **Pesquisa Social: teoria método e criatividade**. 19 ed. São Paulo: vozes, 2001.

MONKEN, M.; BARCELLOS, C. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 898-906, maio/jun. 2005.

ORDÓÑEZ, C. O plano médico de família. **Saúde para Todos**, v. 3, n. 6, p. 24-32, 1995.

PAIM, J. S. Abordagens teórico-conceituais em estudos de condições de vida e saúde: notas para reflexão e ação. IN: BARATA, R. B (org). **Condições de Vida e Situação de Saúde: Saúde e Movimento**. Rio de Janeiro: Abrasco, 1997. p. 7-30.

PAIM, J. S., SILVA L. M., VIEIRA, M. C. N. C. Desigualdades na mortalidade, espaço e estratos sociais. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.33 n.2, p.6-97, 1999.

PARAGUASSU-CHAVES, C.A. **Geografia Médica ou da Saúde: espaço e doença na Amazônia Ocidental**. Porto Velho: Edufro, 2001.

PASTOR-SANCHEZ, R. et al. Continuidad y longitudinalidad en medicina general en cuatro países europeos. **Rev. Esp. Salud Publica**, v. 71, n. 5, p. 479-85, 1997.

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

PESSOA, S. **Ensaio Médico Sociais**. São Paulo. Cebes/Editora Hucitec. 1978.

PORTO, Silvia. **Equidad y distribución geográfica de recursos financieros em los sistemas de salud**. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 939-957, jul-ago, 2002.

PORTER, R. **Cambridge: história ilustrada da medicina**. Rio de Janeiro: Revinter, 2001.

ROSSELOT, J. Promoção de la salud del niño y la familia en Chile. **Pediatría al Día**, v. 15, n. 3, p. 184-87, 1999.

RAMIRES, J. C. L. O envelhecimento populacional e os serviços de saúde pública em Uberlândia. In: 13 Encontro Nacional de Estudos Populacionais da ABEP, 2000. **Anais...** Caxambu: ABEP, 2000. CD ROOM.

SALOMÃO, P. R. (Org.). O processo de conquista da gestão plena do Sistema Municipal de Saúde – Uberlândia – MG. **Revista Saúde & Cidade em Debate**. Rio de Janeiro. Número Inaugural, p. 84-101. agos. de 1999.

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

SANTOS, M. **Espaço e Método**. São Paulo: Nobel, 1985.

SANTOS, M. 1986. **Por uma geografia nova**. São Paulo: Hucitec. 1986.

SEGOVIA, I.; DEPAUX, R. La salude famliar y el programa de medicina general familiar de la Universidad de Chile. **Cuad. Méd. Soc.** v. 39, n. 2, p. 27-36, 1998.

SILVA, Joana Azevedo da; DALMASO, Ana Sílvia Whitaker. **Agente comunitário de saúde: o ser, o saber, o fazer**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002. 240 p.

SILVA, A. C. **O impacto do Programa de Saúde da Família no município de Sobral – Ceará: uma análise da evolução da saúde das crianças menores de cinco anos de idade no período de 1995-2002**. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. 2003. Tese (doutorado em Pediatria).

SOARES, B. R. **Uberlândia: da cidade Jardim ao Portal do Cerrado – imagens e representações no Triângulo Mineiro**. 1995. Tese (Doutorado em Geografia) – FFLCH/USP, São Paulo, 1995.

SOBRAL, H.R. W. **Poluição do ar e doenças respiratórias em crianças da grande São Paulo: um estudo da Geografia Médica**. 1988. Tese (Doutorado em Geografia) – FFLCH/USP, São Paulo, 1988.

SOUSA, Maria Fátima de et al. Gestão da atenção básica: redefinindo contexto e possibilidades. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 21, p. 7-14, dez. 2000.

STARFIELD, B. **Primary care: concept, evaluation, and policy**. New York: Oxford University, 1992. p. 25-40.

STARFIELD, B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviço e tecnologia. Brasília: UNESCO, 2002.

TASCA, R.; GRECO, C. VILLAROSA, F. N. Sistemas de Informação em Saúde para Distritos Sanitários. IN: MENDES, E. V. et al. **Distrito Sanitário**: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo – Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 1999. p. 267-310.

TRAVASSOS, C. Equidade e o Sistema de Saúde : uma contribuição ao Debate. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13 n. 2, p-235-330, abr-jun,1997

TROSTLE, J. Early work in antropology and epidemiology: from social medicine to the germ teory, 1840 to 1920. In: **Anthropology and Epidemiology**. Boston: Reidel Publisinh Company, p. 35-57.

UBERLÂNDIA. **Lei n. 6022**, de 24 de maio de 1994. Delimita e denomina os setores territoriais Urbanos do distrito sede do município de Uberlândia. Uberlândia. Prefeitura Municipal.

_____. Diretoria de Informação e Comunicação em Saúde. **Saúde Informativo**. Programa Saúde da Família. Ano I Nº 1 – ano 2004. Uberlândia. Secretaria Municipal de Saúde. 2004a.

_____. Diretoria de Informação e Comunicação em Saúde. **Saúde Informativo**. Uberlândia. Secretaria Municipal de Saúde. 2004b.

_____. Diretoria de Informação e Comunicação em Saúde. **Informativo**. Programa Saúde da Família. Nº 1 – ano 2006. Uberlândia. Secretaria Municipal de Saúde. 2006.

_____. Secretaria de Desenvolvimento Urbano. Disponível em:
<<http://www.uberlandia.mg.gov.br>>. Acesso em: mar. de 2007.

UNGLERT, C. V. de S. et al. Acesso aos serviços de saúde: uma abordagem de geografia em saúde pública. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, 21:439-46, 1987.

_____. Territorialização em sistemas de saúde. In: Mendes, E. V. (Org.) **Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. 4. ed. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1999, p. 221-235.

VARGAS I., VÁZQUEZ M., JANÉ, E. Equidade e reforma dos sistemas de saúde na América Latina. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 18 (4), 2002. p. 927-937.

VASCONCELOS, P. A., 1995. O Espaço na Geografia (texto elaborado e distribuído durante o III Congresso Brasileiro de Epidemiologia. Salvador, 24-28 abr.). Rio de Janeiro: Abrasco. (mimeo.)

VAUGHAN, J. P., MORROW, R. H. **Epidemiologia para municípios: manual de gerenciamento dos distritos sanitários**. Tradução por Carlos Dora, Iná dos SantosHallal, César Gomes Victoria. 2. ed. São Paulo: HUCITEC, 1997.

VIANA, A. L. D'A.; DAL POZ, M. R.. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o programa de Saúde da Família. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, 1998. p. 11-48.

_____. A. L. D. A. et al. Mudanças significativas no processo de descentralização do sistema de saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 18, p. 139-151. 2002. Suplemento.

VILLAROSA, F. N. **A estimativa rápida e divisão do território no Distrito Sanitário**. Manual de Instruções. Brasília, Organização Pan-Americana de Saúde, Cooperação Italiana em Saúde, 1993.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Making medical practice and education more relevant to people's needs: the contribution of the family doctor. In: **WHO-WONCA Conference**, 1994, Ontário, 98 p.

ANEXO I

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa. Sua colaboração neste estudo é muito importante, mas a decisão em participar deve ser sua. Para tanto, leia atentamente as informações abaixo e não se apresse em decidir. Se você não concordar em participar ou quiser desistir em qualquer momento, isso não causará nenhum prejuízo a você. Se você concordar em participar basta preencher os seus dados e assinar a declaração concordando com a pesquisa. Se você tiver alguma dúvida pode esclarecê-la com os responsáveis pela pesquisa. Obrigado pela atenção, compreensão e apoio.

Eu,, residente e domiciliado....., portador da Carteira de Identidade, RG, nascido (a) em/...../....., concordo de livre e espontânea vontade *em participar como entrevistada* da pesquisa *Espaço e serviços de saúde pública em Uberlândia: uma análise acesso ao Programa Saúde da Família – Núcleo Pampulha*. Declaro que obtive todas as informações necessárias, bem como todos os eventuais esclarecimentos quanto às dúvidas por mim apresentadas. Estou ciente que:

1. O estudo se refere ao acesso à saúde pública no PSF – Núcleo Pampulha. A pesquisa é importante para ser realizada porque não há estudo sobre o acesso à saúde pública nessa região de Uberlândia.
2. Para isso deverei responder o questionário apresentado pela pesquisadora do Programa de Pós-Graduação em Geografia (IG-UFU).
3. Se, no decorrer da pesquisa, eu tiver alguma dúvida ou por qualquer motivo necessitar posso procurar o Prof. Dr. Júlio César de Lima Ramires, responsável pela pesquisa no telefone 3239 4169 ramal 24 ou no endereço Instituto de Geografia, Campus Santa Mônica, Bloco H.
4. Tenho a liberdade de não participar ou interromper a colaboração neste estudo no momento em que desejar, sem necessidade de qualquer explicação.
5. As informações obtidas neste estudo serão mantidas em sigilo e, em caso de divulgação em publicações científicas, os meus dados pessoais não serão mencionados.

DECLARO, igualmente, que após convenientemente esclarecido pela pesquisadora e ter entendido o que me foi explicado, consinto voluntariamente em participar desta pesquisa e assino o presente documento em duas vias de igual teor e forma, ficando uma em minha posse.

Uberlândia,..... de de.....

(nome e assinatura do sujeito da pesquisa)

Responsáveis pela pesquisa:

Prof. Dr. Júlio César de Lima Ramires – Fone (34) 3239 4169 ramal 24/33

Mestranda Maria José Rodrigues – Fone (34) 3257 5818

Fone do Comitê de Ética em Pesquisa: (34) 3239 4131 ou 3239 4334

ANEXO II

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GEOGRAFIA

Pesquisa de satisfação dos usuários do PSF – Núcleo Pampulha em Uberlândia

Perfil do Usuário	
Idade:	Tipo de consulta:
Sexo:	<input type="checkbox"/> masculino <input type="checkbox"/> feminino
Escolaridade	<input type="checkbox"/> analfabeto <input type="checkbox"/> básico incompleto <input type="checkbox"/> básico completo
Profissão: _____	<input type="checkbox"/> fundamental incompleto <input type="checkbox"/> fundamental completo <input type="checkbox"/> médio incompleto <input type="checkbox"/> médio incompleto <input type="checkbox"/> superior

1 - Você participa de algum grupo comunitário:

Cooperativa Associações Grupo Religioso Outro:

2 - Alguém na família possui plano de saúde:

Sim Não Qual:

3 - Qual o meio de transporte você mais utiliza:

bicicleta motocicleta ônibus carro

4 - Qual a renda média da família:

sem renda

menos de 1 salário mínimo

Entre 1 e 3 salários mínimos

Entre 3 e 5 salários mínimos

Entre 5 e 7 salários mínimos

Mais de 7 salários mínimos

Nome da Unidade de Saúde: _____

Local de residência (bairro): _____

Consulta para o próprio usuário Consulta para membro da família

5- Quantas vezes utilizou este serviço nos últimos dois anos (2005 e 2006)? _____

6 - Explique com suas palavras o que é o PSF? _____

7 - Você sabe por que o governo municipal implantou PSF? _____

8 - Quanto tempo você levou para marcar esta consulta? _____

Você considera que:

Demorou muito Demorou Demorou pouco Não demorou

9 - Quanto tempo você geralmente você leva para ser atendido dentro do serviço? _____

10 - Indique o seu grau de satisfação em relação à assistência dos profissionais da unidade:

	Muito bom	bom	regular	Ruim
Agentes administrativos				
Médicos				
Enfermeiros				
Agentes de saúde				

11 - Como você avalia as condições de infra-estrutura da UBSF nos seguintes aspectos?

	Muito bom	bom	regular	ruim
Sala de espera				
Consultórios				
Banheiros				
Recepção				

12 - Você sentiu confiança na Equipe de Saúde da Família durante o atendimento?

Sim Não Mais ou menos

13 - Na sua opinião quando você procurou a Equipe de Saúde da Família ela:

Atendeu bem e resolveu o problema
 Atendeu bem, mas não resolveu o problema
 Não atendeu bem

14 - Na sua opinião, o sistema de saúde pública em Uberlândia:

Melhorou após a implantação do PSF
 Não se alterou com a implantação do PSF
 Piorou após a implantação do PSF

15 - Você ou seus dependentes já foram encaminhados para serviço especializado nas UAI's)?

Sim Qual unidade? _____
 Não Que tipo de serviço ou especialidade médica foi utilizado _____

16 - Como você avalia a qualidade desse serviço prestado?

Atendeu bem e resolveu o problema
 Atendeu bem, mas não resolveu o problema.
 Não atendeu bem

17 - Quais os principais problemas que você teve ao utilizar essa unidade de saúde?

deslocamento até a unidade
 demora no atendimento
 horário de atendimento
 mal atendimento dos assistentes administrativos
 mal atendimento do médico
 greve dos servidores outro: _____

18 - Você ou seus dependentes já foram encaminhados para serviço especializado no Hospital de Clínicas da UFU (Medicina)?

Sim Que tipo de serviço ou especialidade médica? _____
 Não

19 - Como você avalia a qualidade desse serviço prestado?

- Atendeu bem e resolveu o problema
- Atendeu bem, mas não resolveu o problema.
- Não atendeu bem

20 - Quais os principais problemas que você teve ao utilizar essa unidade de saúde?

- deslocamento até a unidade
- demora no atendimento
- horário de atendimento
- mal atendimento dos assistentes administrativos
- mal atendimento do médico
- greve dos servidores outro _____

21 - Como você avalia o encaminhamento entre o PSF , as UAIS e o Hospital de Clínicas da UFU?

- Muito boa Boa Regular Péssima

22 - Quais os problemas que você vivencia no seu ambiente familiar quanto tem de ir até algum serviço de saúde?

- deslocamento até a unidade não ter outra pessoa para cuidar dos filhos
- não ter outra pessoa para cuidar dos afazeres domésticos
- outro motivo: _____

23 - Como você procura resolver esses problemas?

ANEXO III

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GEOGRAFIA**

Questionário pesquisa qualitativa

Roteiro de Entrevista com as Coordenadoras de Equipe do Programa Saúde da Família – Núcleo Pampulha

Nome:

Idade:

Formação:

Tempo de atuação no PSF:

Por que trabalhar no PSF?

Pontos positivos do PSF:

Pontos negativos do PSF:

Relacionamento com a Equipe Saúde da Família. Todos compreendem seu papel na equipe?

Relacionamento com a comunidade adscrita: Vínculo afetivo?

Estrutura do atendimento: nº de consultas mensais:

Por sexo:

Por idade:

Integração do PSF à rede pública de atendimento

Processo de encaminhamento para exames simples. Sangue, urina e fezes. Existe sistema de cotas?

Processo de encaminhamento para consultas e exames especializados? Existe sistema de cotas?

Quais especialidades geram maior demanda?

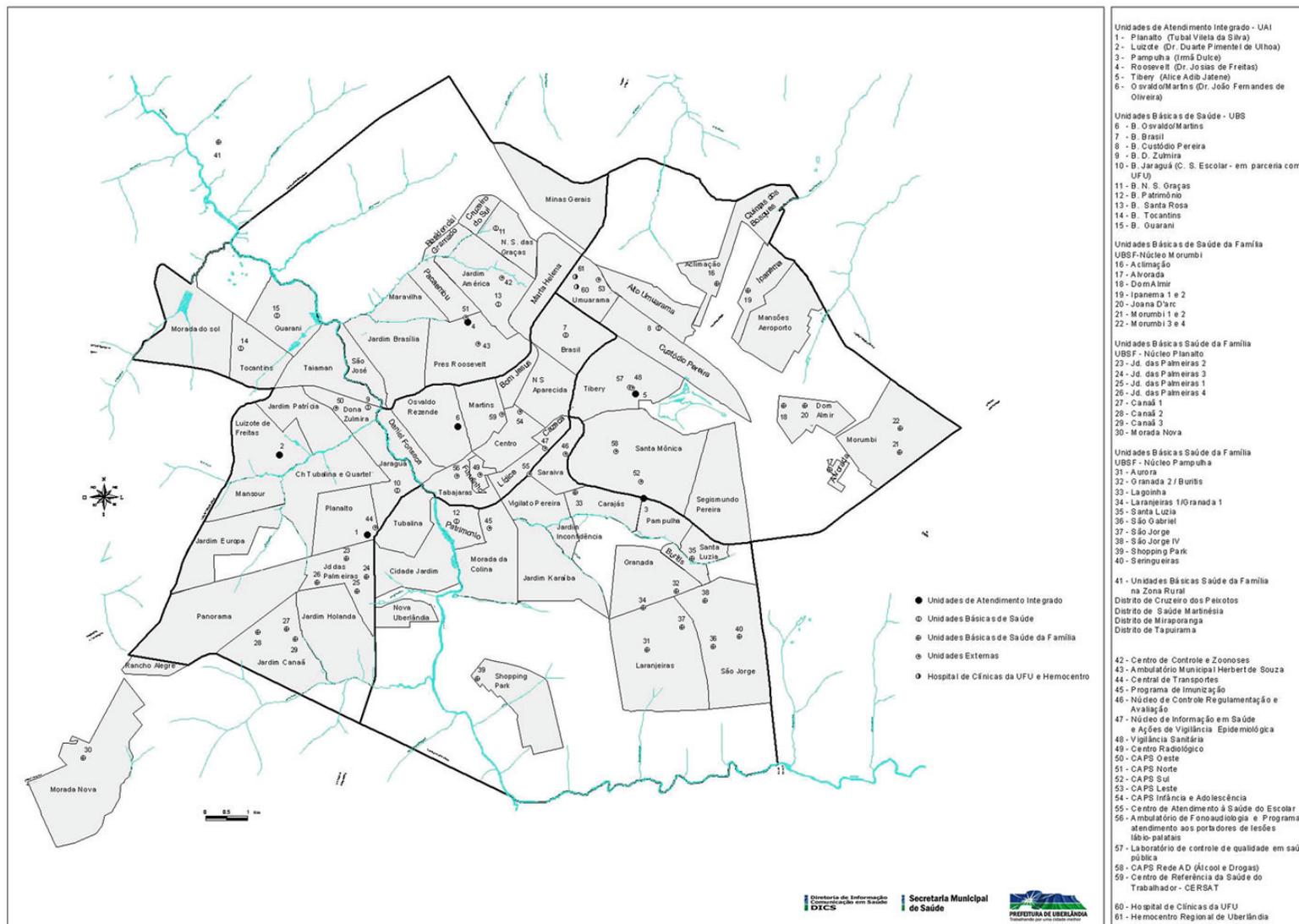
Tempo médio de espera?

Perfil do usuário da consulta especializada: jovem, adulto ou idoso?

Esse paciente costuma retornar para o PSF?

Organização do trabalho e práticas assistenciais das equipes de Saúde da Família – perfil dos profissionais das ESF, gestão de recursos humanos do PSF, modalidades de inserção dos profissionais no PSF, capacitação das ESF, supervisão dos profissionais das ESF, trabalho em equipe e vínculos entre ESF e população adscrita.

ANEXO IV - Uberlândia: Unidades de Atenção da Secretaria Municipal de Saúde em 2006



Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)