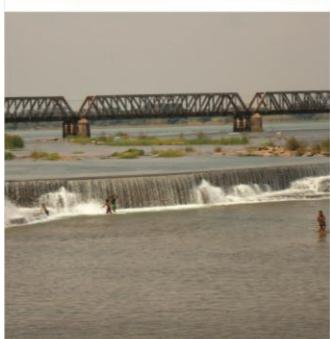


UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
INSTITUTO DE GEOGRAFIA
Programa de Pós-Graduação em Geografia
Área de Concentração: Geografia e Gestão do Território

SANDRA CÉLIA MUNIZ MAGALHÃES

FATORES DETERMINANTES DA OCORRÊNCIA DE TUBERCULOSE NO NORTE DE MINAS GERAIS



UBERLÂNDIA-MG
2013

SANDRA CÉLIA MUNIZ MAGALHÃES

**FATORES DETERMINANTES DA OCORRÊNCIA DE TUBERCULOSE NO NORTE
DE MINAS GERAIS**

Tese submetida ao Programa de Pós-Graduação em Geografia da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito parcial à obtenção do título de Doutor em Geografia.

Área de concentração: Geografia e Gestão do Território.

Orientador: Prof. Dr. Samuel do Carmo Lima

UBERLÂNDIA

2013

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Sistema de Bibliotecas da UFU, MG, Brasil.

M188f Magalhães, Sandra Célia Muniz, 1959 -
2013 Fatores determinantes da ocorrência de tuberculose no Norte de Minas
Gerais / Sandra Célia Muniz Magalhães. – 2013.
227 f.: il.

Orientador: Samuel do Carmo Lima.
Tese (doutorado) – Universidade Federal de Uberlândia,
Programa de Pós-Graduação em Geografia.
Inclui bibliografia.

1. Geografia - Teses. 2. Tuberculose - Montes Claros (MG) -
Teses. 3. Tuberculose - Miravânia (MG) - Teses. I. Lima, Samuel do
Carmo. II. Universidade Federal de Uberlândia. Programa de
Pós-Graduação em Geografia. III. Título.

CDU: 910.1

SANDRA CÉLIA MUNIZ MAGALHÃES

**FATORES DETERMINANTES DA OCORRÊNCIA DE TUBERCULOSE NO NORTE
DE MINAS GERAIS**

Tese submetida ao Programa de Pós-Graduação em Geografia da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito parcial à obtenção do título de Doutor em Geografia.

Área de concentração: Geografia e Gestão do Território.

Uberlândia, 25 de fevereiro de 2013

Banca Examinadora

Prof. Dr. Samuel do Carmo Lima – Orientador - IG/UFU

Prof. Dr. Paulo Nuno Maia de Sousa Nossa - CICS/Univ. Coimbra

Prof. Dr. Raul Borges Guimarães - UNESP

Prof. Dr. Júlio César de Lima Ramires – IG/UFU

Prof. Dr. Paulo Cezar Mendes - IG/UFU

Anete Marilia Pereira – Suplente/UNIMONTES

Winston Cleiber de Almeida Bacellar - Suplente – IG/UFU

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a **Deus** por possibilitar a realização desse sonho.

Aos meus amores, meu esposo José Alves e meus filhos Rodrigo e Rafael, agradeço pelos quatro anos de paciência, pelo grande apoio nos trabalhos de campo, pelas palavras amigas e pelas não pronunciadas no momento certo.

Aos meus pais, irmãos, sobrinhos, cunhados, e à cunhada e amiga Deusair por todos os tipos de auxílio e por entenderem o meu cansaço e a não disponibilidade em determinados momentos desses longos anos.

Agradeço de forma muito especial ao meu orientador Professor Doutor Samuel do Carmo Lima, pela confiança, amizade, carinho, paciência, pela disponibilidade e generosidade manifestadas durante a orientação deste trabalho.

Aos Professores Doutores Júlio César de Lima Ramires e Paulo Cezar Mendes, agradeço pelo carinho, atenção e que, como membros da banca de qualificação, contribuíram com importantes e enriquecedoras sugestões.

Ao Professor Doutor Paulo Nuno Maia de Sousa Nossa, agradeço pela indicação e envio de materiais necessários à melhoria deste estudo e pelos diálogos produtivos que muito enriqueceram este trabalho.

A Fundação de Amparo a Pesquisa de Minas Gerais – FAPEMIG pelo apoio financeiro.

Agradeço a minha sobrinha Tatiana que contribuiu de forma significativa para a finalização deste trabalho, pois gentilmente elaborou a capa.

A cunhada e amiga Vanusa por estar sempre presente quando solicitei e por acolher minha família durante a minha ausência.

Agradeço especialmente às amigas Gildette e Priscilla pelas leituras, pelos diálogos que impulsionaram a trilhar com segurança os caminhos desta pesquisa e pelo ombro amigo sempre que necessitei.

À amiga Anete sempre “disponível” a responder os questionamentos que inevitavelmente surgem durante a pesquisa.

À ana Ivânia pela sua demonstração de amizade e pelas palavras de carinho que deu força para finalizar o trabalho.

Meus agradecimentos aos amigos Marcos Esdras e Maria das Graças... talvez se não fosse pelo incentivo deles não tivesse iniciado este estudo.

Meus sinceros agradecimentos ao meu grande amigo Noriel: sem sua amizade seria impossível enfrentar todas as barreiras em uma terra desconhecida e tão distante como Manaus.

Agradeço à amiga Vanda por estar ou se fazer sempre disponível nas horas de

solidão da pesquisa.

Aos amigos conquistados nesses quatro anos de curso: Flavinha, Araci, Wanderléia, Bia, João, Almerinda, Júlia, Márcia e Maria José.

Aos funcionários da Superintendência Regional de Saúde de Montes Claros e Regional de Saúde de Januária e de Pirapora, especialmente João Rezende, Marineide, Arlete, Fabricio, Marilene, Lurdinha e Karine.

Aos funcionários da saúde de Miravânia pela receptividade e contribuições para a pesquisa.

À amiga Carliane e Eduardo pela colaboração nos trabalhos de campo.

Ao Sr. Antônio, Sr. Raimundo, Sr. José, Sr. Ramiro, Karine e Danília que gentilmente aceitaram responder ao questionário essencial para o entendimento da dinâmica da TB em Miravânia-MG e Montes Claros-MG.

Os meus sinceros agradecimentos a todos que direta ou indiretamente colaboraram para a realização deste trabalho, pois, apesar de ser um trabalho individual por sua finalidade acadêmica, jamais seria concretizado sem o apoio de diversas pessoas durante os quatro anos de estudos.

Tuberculosa

*Radiava nela a incomparável messe
da saúde brotando vigorosa, [...]
Era assim luminosa e delicada
Tão nobre sempre de beleza e graça
Que recordava pompas de alvorada,
Sonoridades de cristais de taça.
Mas, pouco a pouco, a ideal delicadeza.
Daquele corpo virginal e fino,
Sagrário da mais límpida beleza,
Perdeu a graça e o brilho diamantino.
Tísica e branca, esbelta, frígida e alta
E fraca e magra e transparente e esguia,
Tem agora a feição de ave pernalta,
De um pássaro alvo de aparência fria.
[...] Vejo-a, talhada em nitidez de luva...
E faz lembrar uma esquisita planta
De profundos pomares fabulosos [...]
A enfermidade vai-lhe, palmo a palmo,
Ganhando o corpo, como num terreno...
E com prelúdios místicos de salmo
Cai-lhe a vida em crepúsculo sereno.
Jamais há de ela ter a cor saudável
Para que a carne do seu corpo goze,
Que o que tinha esse corpo de inefável
Cristalizou-se na tuberculose.
Foge ao mundo fatal, arbusto débil,
Monja magoada dos estranhos ritos,
Ó trêmula harpa soluçante, flébil,
Ó soluçante, flébil eucaliptus...*

Cruz & Souza

RESUMO

MAGALHÃES, Sandra Célia Muniz. **Fatores determinantes da ocorrência de tuberculose no Norte de Minas Gerais.** 2013. Tese (Doutorado em Geografia). Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2013.

O ressurgimento de determinadas doenças depende da forma de organização do espaço, ou seja, algumas áreas são mais propensas à ocorrência de moléstias, porém a forma como as políticas públicas são efetivadas poderá possibilitar a ocorrência de situações propícias à emergência ou reemergência de doenças, como é o caso da tuberculose, que tem causado grande preocupação ao setor de saúde. No caso das regiões Norte e Nordeste do Brasil, incluindo aí o Norte de Minas Gerais, percebe-se que, ao longo da história, a falta de implementação de políticas públicas que reduzam as desigualdades e as iniquidades em saúde, que melhore as condições de vida da população, explica perfeitamente a persistência da tuberculose. O objetivo geral desta pesquisa foi compreender os fatores determinantes da ocorrência de tuberculose no Norte de Minas Gerais, avaliando o acesso aos serviços de saúde e as condições socioespaciais dos portadores da doença. A metodologia da pesquisa constituiu-se de levantamento bibliográfico e documental, mapeamentos, observação *in loco* com aplicação de questionários e entrevistas com os portadores de tuberculose em tratamento, nos municípios de Montes Claros e Miravânia e entrevistas com os Gerentes da Epidemiologia da Superintendência Regional de Saúde de Montes Claros e Gerências Regionais de Saúde de Januária e Pirapora. Os resultados da pesquisa apontam que os municípios de maior ocorrência e maior incidência de tuberculose no Norte de Minas foram Montes Claros e Miravânia, respectivamente. Montes Claros é a cidade polo do Norte de Minas, apresentando um crescimento populacional bastante expressivo, o que demanda ampliação dos serviços de água potável; coleta e tratamento de esgotos; coleta e disposição adequada de lixo; ampliação do uso do solo; drenagem urbana e demais serviços necessários à melhoria da qualidade de vida urbana. Entretanto todos esses serviços apresentam deficiência na oferta, prejudicando os usuários. Miravânia é um município que possui características predominantemente rurais e uma população, na sua maioria, com baixo poder aquisitivo e consequentemente péssimas condições de vida. O difícil acesso da população a serviços básicos de saúde é o principal fator que contribui para as dificuldades do controle da transmissão da tuberculose no Norte de Minas. Enfim, acredita-se que a melhoria das condições de vida da população da região Norte de Minas Gerais será o principal instrumento ou estratégia de combate à tuberculose na região. Os investimentos em ações como saneamento básico, moradia de qualidade, emprego, renda, educação e outros mecanismos que possibilitem transformações sociais importantes e duradouras serão essenciais nessa direção.

Palavras-chave: Tuberculose, Norte de Minas Gerais, Montes Claros, Miravânia.

ABSTRACT

MAGALHÃES, Sandra Célia Muniz. **Determinant factors for the occurrence of tuberculosis in Northern Minas Gerais.** 2013. Thesis (doctorate in geography). Federal University of Uberlândia, Uberlandia, 2013.

The resurgence of some diseases depends on space organization, that is, some areas are more prone to disease occurrence, but the way in which public policies are implemented, may lead to the occurrence of situations propitious to the emergence or resurgence of diseases such as tuberculosis, which has caused great concern to the healthcare industry. Throughout history in the North and Northeast regions of Brazil, including the North of Minas Gerais, the lack of implementation of public policies to reduce inequalities and inequities in health and improve the living conditions of the population explains perfectly the persistence of tuberculosis. The main goal of this research was to understand the determining factors in the occurrence of tuberculosis in Northern Minas Gerais, evaluating access to health services and social and spatial conditions of the carriers. The research methodology consisted of documentary and bibliographical, mappings, field observation with questionnaires and interviews with tuberculosis patients on treatment in the municipalities of Montes Claros and Miravânia and interviews with managers of the epidemiology of Health Regional Superintendence of Montes Claros and The Health Regional Management of Januária and Pirapora. The survey results indicate that the higher incidence of tuberculosis in the Northern Minas was in Montes Claros and Miravânia respectively. Montes Claros considered the pole town of The North, having a very significant population growth, which demands expansion of drinking water services; sewage collection and treatment; proper collection and disposal of garbage; expansion of land use; urban drainage and other services necessary for the improvement of the quality of urban life. However all of these services are insufficient and cause loss to users. Miravânia is a predominantly rural municipality with a low purchasing power population, therefore very bad living conditions. The difficult access to basic health services of the population is the main factor which contributes to difficult tuberculosis control in the North of Minas. Anyway, the improvement of the living conditions of the population in the northern region of Minas Gerais will be the main instrument or strategy to fight tuberculosis in the region. Investments in actions such as sanitation, housing quality, employment, income, education and other mechanisms that enable major and lasting social transformation will be essential in this sense.

Keywords: Tuberculosis, North of Minas Gerais, Montes Claros, Miravânia.

LISTA DE FIGURAS

Foto 1 - Barra do Guaicuí – Igreja antiga às margens do rio das Velhas	27
Foto 2 - Cachoeira no rio Pandeiros – Município de Bonito de Minas – Norte de Minas Gerais	30
Foto 3 - Dejetos humanos escorrendo a céu aberto	32
Foto 4 – Moradia precária em Bonito de Minas.....	40
Foto 5 – Primeira Igreja construída em Minas Gerais/Matias Cardoso e Unidade Básica de Saúde de Matias Cardoso	42
Foto 6 – Travessia de balsas no rio São Francisco entre os municípios de Manga e Matias Cardoso	42
Foto 7 – Praça e Unidade Básica de Saúde de São João das Missões.....	43
Foto 8 – Moradias em Miravânia	44
Foto 9 – Centro de Saúde e Instalações Rurais em Miravânia	45
Foto 10 - Igreja Morrinhos e beco de entrada da comunidade de Morrinhos	46
Figura 01 - Modificação do padrão sanitário no período pós-modernismo.....	95
Figura 02 - Unidades de gestão da saúde na atenção primária	125
Foto 11 - Unidades Básica de Saúde de Manga	132
Foto 12 - UBS no Distrito de Olhos D'água (Município de Cônego Marinho)	133
Foto 13 - Estrada sem asfalto entre Manga/Itacarambi.....	134
Foto 14 - Caminhão Pipa no distrito de Brejo do Amparo (Distrito de Januária)	134
Foto 15 - Hospital Dr. Moisés Magalhães Freire	135
Foto 16 - Unidades de Saúde de Pirapora	136
Foto 17 - Balsas no rio São Francisco entre os municípios de Pintópolis e São Francisco.....	148
Foto 18 - Travessia de Balsa no rio Paracatu	149
Foto 19 - Hospital Universitário Clemente de Faria.....	171
Foto 20 - Santa Casa de Montes Claros	172
Figura 03 – Mulher presa à cama em Montes Claros à espera de vaga em hospital psiquiátrico	173
Foto 21 - Condições de moradias do bairro Santos Reis	184
Foto 22 - Condições de moradias do bairro Santos Reis	185
Foto 23 - Moradias de pacientes com TB.....	186
Figura 04 - Carta Imagem do município de Miravânia, 2012.....	191
Foto 24 - Centro de Saúde e Unidade Básica de Saúde de Miravânia	193
Foto 25 - Centro de Saúde de Miravânia	194
Foto 26 - Unidade Básica de Saúde em Construção	195
Foto 27 - Cartazes no Centro Municipal de Saúde de Miravânia e na Unidade Básica de Saúde Antônio Lojor Ribeiro.....	196
Foto 28 - Moradia de portador de Tuberculose 1	199
Foto 29 - Moradia de portador de Tuberculose 2	201

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Declínio das taxas de mortalidade por tuberculose respiratória nos Estados Unidos de 1900 a 1980.....	101
Gráfico 2 - Casos novos de tuberculose em Montes Claros - 2002/2010	176
Gráfico 3 - Óbito por Tuberculose em Montes Claros - 2002/2010	177
Gráfico 4 - Abandono de tratamento de Tuberculose em Montes Claros – 2002/2010	178
Gráfico 5 - Coinfecção TB/AIDS/Masculino - Montes Claros, 2010.....	179
Gráfico 6 - Coinfecção TB/AIDS/Feminino – Montes Claros, 2010	179
Gráfico 7 - Tuberculose por faixa etária em Montes Claros - 2010	180
Gráfico 8 - Tuberculose por forma em Montes Claros, 2010.....	180
Gráfico 9 - Casos novos de TB em Miravânia - 2002/2010	196
Gráfico 10 - TB por sexo em Miravânia - 2010.....	196

LISTA DE MAPAS

Mapa 1 - Localização do Norte de Minas Gerais.....	29
Mapa 2 - Domínio das doenças infecciosas-parasitárias e crônicas degenerativas na América do Sul	73
Mapa 3 - Incidência de tuberculose no mundo, 2010.....	96
Mapa 4 - Prevalência de HIV em novos casos de tuberculose no mundo - 2010	98
Mapa 5 - Área de abrangência da Superintendência Regional de Saúde e das Regionais de Saúde de Januária e Pirapora	122
Mapa 6 - Microrregiões da Superintendência Regional de Saúde de Montes Claros	127
Mapa 7 - Municípios da Gerência Regional de Saúde de Januária.....	131
Mapa 8 - Gerência Regional de Pirapora	135
Mapa 09 - Rede de atenção à saúde no Norte de Minas Gerais.....	139
Mapa 10 - Regionalização de saúde do Norte de Minas Gerais: Porte Hospitalar e Unidades Básicas de Saúde	142
Mapa 11 - Unidades de Suporte do SAMU nos serviços de saúde do Norte de Minas	147
Mapa 12 - Número de casos novos de tuberculose no Norte de Minas Gerais em 2010	150
Mapa 13 - Incidência de Tuberculose no Norte de Minas Gerais/10.000 – 2010	152
Mapa 14 - Localização do Município de Montes Claros - MG	162
Mapa 15 - Principais rodovias de acesso a Montes Claros	163
Mapa 16 - Malha urbana de Montes Claros em 2010	167
Mapa 17 - Distribuição espacial dos casos de Tuberculose em Montes Claros -	181
Mapa 18 - Casos de Tuberculose por bairro em Montes Claros - 2010	183
Mapa 19 - Casos de tuberculose no município de Miravânia - MG, 2010	197

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Principais conferências internacionais da OMS desde 1970	76
Quadro 2 - Classificação de doenças.....	84
Quadro 3 - Fatores que contribuem para a emergência de doenças infecciosas	87
Quadro 4 - Histórico das estratégias de controle da Tuberculose - 1990/2006.....	109
Quadro 5 - Simbologia de cores - urgência e emergência	118
Quadro 6 - Fluxograma de sinais e sintomas do Protocolo de Manchester	118

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Unidade Regional de Saúde do Norte de Minas	123
Tabela 2 – Resolubilidade da prestação de Serviços Hospitalares previstos para o Nível Terciário – Elenco AC/MCHE – nas Macrorregiões conforme PDR/MG	143
Tabela 3 - NARS/AGR/SES-MG - Resolubilidade microrregional, elenco MCH1....	144
Tabela 4 - Níveis de gravidade para o risco de tuberculose, conforme as taxas de incidência	153
Tabela 5 - Crescimento da população do município de Montes Claros-MG	166
Tabela 6 - Estabelecimentos de saúde na cidade de Montes Claros/MG	171
Tabela 7 - Leito UTI Adulto, Tipo II.....	173
Tabela 8 - Proporção de domicílio por tipo de saneamento	192
Tabela 9 - Domicílios particulares permanentes, por número de cômodos.....	192
Tabela 10 - Número de dormitórios nos domicílios	192

LISTA DE SIGLAS

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AIS	Ações Integradas de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
ART	Terapia Anti-Retroviral
BK	Bacilo de Koch
CAP	Caixas de Aposentadorias e Pensões
CDC	<i>Centers for Disease Control and Prevention</i>
CEME	Central de Medicamentos
CFM	Conselho Federal de Medicina
CNCT	Campanha Nacional Contra a Tuberculose
CNPS	Coordenação Nacional de Pneumologia Sanitária
COPASA	Companhia de Saneamento de Minas Gerais
DOTS	Estratégia de Tratamento Diretamente Observado
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública
EPI	Equipamento de Proteção Individual
ESF	Estratégia Saúde da Família
ETE	Estação de Tratamento de Esgotos
FAPESP	Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo
FIN	Ficha Individual de Notificação
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
FJP	Fundação João Pinheiro
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde
GRS	Gerência Regional de Saúde
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IPEA	Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas
IPSEMG	Instituto de Previdência dos Servidores do Estado de Minas Gerais
MS	Ministério da Saúde
MSF	Médicos Sem Fronteira
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas

PCT	Plano de Controle da Tuberculose
PDR	Plano de Desenvolvimento Regional
PMDI	Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado
PRO-HOSP	Programa de Aperfeiçoamento e Melhoria da Qualidade dos Hospitais
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SESMG	Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SNT	Serviço Nacional de Tuberculose
SR	Sintomáticos Respiratórios
SRS	Superintendência Regional de Saúde
SUDENE	Superintendência de Desenvolvimento do Nordeste
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
SVS	Secretaria de Vigilância em Saúde
TB	Tuberculose
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNACON	Unidades de Assistência de Alta Complexidade
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	16
1.1 Justificando a pesquisa.....	20
1.2 Objetivos	22
1.2.1 Objetivo geral	22
1.2.2 Objetivos específicos.....	23
1.3 Estrutura	23
2 AS TRILHAS METODOLÓGICAS DA PESQUISA	25
2.1 Conhecendo o espaço Norte Mineiro.....	26
2.1.1 (Re) ocupação do Norte de Minas Gerais	26
2.2 Caminhos que possibilitaram a compreensão do objeto pesquisado	34
3 TRAJETÓRIA DA GEOGRAFIA NOS ESTUDOS DO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA.....	47
3.1 Da Geografia a serviço da guerra à sua valorização como estratégia de promoção da saúde	47
3.2 Espaço: categoria geográfica de múltiplas abordagens.....	51
3.3 Território: as relações de poder na organização do sistema de saúde	58
3.4 Antecedentes da Geografia Médica: contribuições para o entendimento do processo saúde/doença	66
3.5 A Promoção da Saúde e os reflexos no sistema público de saúde brasileiro ...	74
4 AS DOENÇAS NEGLIGENCIADAS E O PAPEL DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NA SUA EMERGÊNCIA E REEMERGÊNCIA	82
4.1 Doenças negligenciadas: desafios para as políticas públicas de saúde	82
4.2 Caracterização das doenças emergentes e reemergentes.....	87
4.3 Panorama da tuberculose: herança do passado.....	91
4.4 Considerações sobre as políticas públicas de Controle da Tuberculose no Brasil.....	99
5 A REDE DE SERVICOS DE SAÚDE E A TUBERCULOSE NO NORTE DE MINAS GERAIS.....	115
5.1 O pioneirismo da rede de Urgência e Emergência no Norte de Minas: avanços e desafios da saúde pública	117
5.2 A territorialização da Saúde no Norte de Minas.....	121
5.3 A espacialização da tuberculose no Norte de Minas	149
6 A DINÂMICA DA TUBERCULOSE EM MONTES CLAROS E MIRAVÂNIA NO NORTE DE MINAS GERAIS	161
6.1 A Tuberculose no município de Montes Claros.....	162
6.2 A Tuberculose no município de Miravânia	189
CONSIDERAÇÕES FINAIS	202
REFERÊNCIAS.....	203
APÊNDICES	223

1 INTRODUÇÃO

A febre me queima a fonte / E dos túmulos a aragem / Roça-me a pálida face / Mas no delírio e na febre / Sempre teu rosto contemplo / Eu sofro; o corpo padece / E minh'alma se estremece / Ouvindo o dobrar de um sino.

(CASIMIRO DE ABREU)

A tuberculose é uma doença infectocontagiosa causada por um micro-organismo que afeta principalmente os pulmões, podendo ocorrer em outros órgãos do corpo, como ossos, rins e meninges (membranas que envolvem o cérebro). A doença é causada pela bactéria *Mycobacterium tuberculosis* ou Bacilo de Koch (BK). Sua propagação é através do ar, por meio de gotículas contendo os bacilos expelidos pelo doente ao tossir, espirrar ou falar. Ao inalar essas gotículas, o indivíduo saudável pode ser infectado pela tuberculose e vir a desenvolver a doença, ou seja, nem todos os infectados desenvolvem a tuberculose, que está condicionada à baixa imunidade da pessoa. Sendo assim, indivíduos infectados com o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) ou acometidos por outras doenças imunodepressoras, desnutrição, diabetes, silicose, usuários de drogas, entre outros, são mais suscetíveis à enfermidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

É uma doença que ocorre mais em homens do que em mulheres, afetando, sobretudo, o adulto em idade produtiva, sendo que dois terços dos casos ocorrem em indivíduos entre 15 e 59 anos (WHO, 2011). Vale ressaltar que, apesar de os dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) apontar essa faixa etária como predisposta à ocorrência da tuberculose, isso não é válido para todos os países do mundo, pois, no caso do Brasil, de acordo com o Ministério da Saúde, são as crianças as mais afetadas pela doença (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

A baciloscopia, desenvolvida há mais de cem anos, é um procedimento realizado com o escarro de indivíduos suspeitos de terem contraído a tuberculose. Entretanto, a doença pode ser diagnosticada ainda através da tomografia computadorizada do tórax, da prova tuberculínica, anátomo-patológico (histológico e citológico),

sorológico, bioquímico e biologia molecular (BRASIL, 2009a). Um fator positivo no que se refere à detecção da doença no Brasil é que são utilizados todos esses métodos, porém um dos entraves para o controle está fundado na descoberta tardia da enfermidade.

Atualmente a explicação mais aceita para a proliferação da tuberculose são as precárias condições de vida da população. Quanto maior a concentração de pessoas, aliada à falta de saneamento básico, moradias insalubres, subnutrição e higiene inadequada, maior será a propagação da doença. Dessa forma, observa-se que sua incidência é maior nos países que não possuem as condições satisfatórias para sua prevenção e controle (BRASIL, 2002).

Entretanto nem sempre foi assim, pois no final do século XVIII, a tuberculose seguia duas tendências. Na primeira, era definida como uma “[...] doença romântica, idealizada nas obras literárias e artísticas ao estilo do romantismo e identificada como uma doença característica de poetas e intelectuais”. Já a segunda vertente, originada no final do século XIX, entendia a doença como um “mal social”, firmando-se como explicação central da ocorrência da doença, ainda que nas primeiras décadas tenha convivido com a concepção romântica. “Essas duas concepções apresentaram-se de forma significativa no imaginário social, expressando-se por meio de uma forte auréola estigmatizante” (FERNANDES et al., 1993, p.11).

O Brasil também já seguiu a linha do romantismo; ao ser considerada uma doença romântica, povou o imaginário brasileiro. Ceifou muitas vidas ainda no seu início, como é o caso de grandes nomes da literatura brasileira, que poderiam, com sua sensibilidade, contribuir para um país melhor. Castro Alves, Álvares de Azevedo, Casimiro de Abreu, e muitos outros poetas são exemplos de quem lutou contra a tuberculose, porém sem êxito, vindo a falecer muito jovens com 21, 20 e 22 anos, respectivamente. Nas poesias que deixaram, é perceptível a tristeza e a mágoa diante da sentença de morte:

Eu sei que vou morrer... dentro do meu peito / um mal terrível me devora a vida. / Triste Assaverus, que no fim da estrada / só tem por braços uma cruz erguida. / Sou o cipreste qu'inda mesmo florido/ Sombra da morte no ramal encerra! / Vivo - que vaga entre o chão dos mortos, / Morto - entre os vivos a vagar na Terra (CASTRO ALVES apud ROSEMBERG, 1999, p. 12).

Descansei o meu leito solitário / Na floresta dos homens esquecida/À sombra de uma cruz e escrevam nela: / Foi poeta, sonhou e amou a vida (ÁLVARES DE AZEVEDO apud ROSEMBERG, 1999, p. 11).

Manuel Bandeira, apesar de padecer com a doença durante anos, viveu por mais de oitenta anos. Também deixou em seus versos registros do sofrimento e das incertezas vividas quando acometido pela tuberculose: “Já fui sacudido, forte,/De bom aspecto, sadio/Como os rapazes do esporte /Hoje sou lívido e esguio/Quem me vê pensa na morte [...] Febre, hemoptise, dispneia e suores noturnos. A vida inteira que podia ter sido e que não foi” (MANUEL BANDEIRA apud ROSEMBERG, 1999, p. 12). Deixa também registrado o desespero de portadores da doença quando eram impossibilitados de usar a única droga que, na época, poderia garantir a sua sobrevivência, o pneumotórax, que dependendo da gravidade, não era garantia de cura: “- Então, doutor, não é possível tentar o pneumotorax? - Não. A única coisa a fazer é tocar um tango argentino” (MANUEL BANDEIRA apud ROSEMBERG, 1999, p. 12).

Talvez pelo fato de a tuberculose acometer poetas, autores, músicos, reis, ou seja, pessoas importantes por seu *status* social, a doença tenha apresentado certa nostalgia e transmitido uma imagem fantasiosa. O romantismo é revelado através de novelas, músicas e até contos que, apesar de exporem o sofrimento e a dor dos tísicos, deixam transparecer o romantismo e o desejo de ser vitimado por ela. Posteriormente, a vertente mais aceita para a ocorrência dessa doença passa a ser a social, ou seja, adoece e morre mais quem vive em condições precárias. Na verdade, o que se percebe é que a tuberculose ainda hoje é, certamente, uma das principais doenças que desafiam a humanidade. Acreditava-se que, com os novos meios tecnológicos, as doenças infectocontagiosas seriam facilmente controladas e até mesmo eliminadas, porém isso se mostrou contraditório.

Consta no Guia de Vigilância Epidemiológica que: “O tratamento da tuberculose deve ser feito em regime ambulatorial, supervisionado, no serviço de saúde mais próximo, na residência ou no trabalho do doente” (BRASIL, 2009b, p. 45). Para a

vigilância epidemiológica da doença, é preciso que de forma efetiva, se amplie o monitoramento dos pacientes para diagnosticar novos casos para além do grupo familiar, ou seja, nos locais de trabalho e nos ambientes de maior convivência dos portadores da doença.

Em entrevista à revista Radis (2009), o hondurenho Jorge Antonio Zepeda Bermudez, secretário-executivo da Unitaid e ex-diretor da Escola Nacional de Saúde Pública, da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), alertou para a urgência na contenção da tuberculose, hanseníase e malária, afirmando que as três doenças são responsáveis por dois milhões de mortes anuais no mundo, cada uma. São consideradas doenças graves e praticamente universais, apesar de possuírem características diferentes. Dessa forma, há a necessidade de investimentos em programas, além da ajuda de organismos internacionais para o fortalecimento do sistema de saúde dos países afligidos por essas doenças.

De acordo com a WHO (2011), há uma tendência ao aumento da tuberculose em 22 países do mundo, incluindo os desenvolvidos e em desenvolvimento. Nos Estados Unidos, a doença cresceu 25%; em 14 países da Europa ocidental foi observado um aumento bastante significativo; em Cuba (América) também foi verificado um aumento dos casos registrados.

O Brasil ocupa o 19º lugar entre os 22 países que são responsáveis por 80% dos casos de tuberculose em todo o mundo e, juntamente com o Peru, é responsável por 50% dos casos nas Américas. A tuberculose é a terceira causa de mortes por doenças infecciosas e a primeira entre os portadores de AIDS, o que reforça a necessidade de medidas de prevenção e controle da doença (WHO, 2011).

Dentre os Estados brasileiros, em 2010, as taxas mais elevadas da doença ocorreram no Rio de Janeiro, onde foram registrados 71,8 casos para cada grupo de 100 mil habitantes. O Amazonas vem em segundo lugar com 69,2/100 mil e, na sequência, Pernambuco (47,5/100 mil), Pará (46,2/100 mil) e Rio Grande do Sul (45,3/100 mil). Já as menores taxas foram verificadas no Distrito Federal (11,7/100 mil), Tocantins (13,6/100 mil) e Goiás (14,6/100 mil) (WHO, 2011).

Especificamente, no Norte de Minas Gerais, região estigmatizada pelas deficientes condições de vida de grande parte da população, é elevada a incidência de enfermidades como doença de chagas, diarreia, esquistossomose, leishmaniose, hanseníase, tuberculose, dentre outras. Todavia, como ocorre nas demais áreas brasileiras, as disparidades internas são marcantes, pois, em municípios com melhor infraestrutura de saneamento básico, educação, saúde, transporte e poder aquisitivo da população, percebe-se menor incidência desses agravos, enquanto em outros municípios onde esses serviços básicos são escassos, o índice de morbimortalidade é elevado.

1.1 Justificando a pesquisa

No conjunto das dimensões explicativas, este trabalho tomou para análise a tuberculose no Norte de Minas Gerais, lugar que há tempos na história é cenário de miséria e de completa ausência ou ineficiência das políticas públicas, em especial as políticas públicas de saúde.

Ao pensar a pesquisa, havia um dado “imediato”, a ocorrência e incidência de tuberculose no Norte de Minas, agravio que deveria ser combatido ou até mesmo eliminado devido aos avanços das tecnologias e das informações, mas, na verdade, essa realidade ainda está longe de acontecer, devido ao pouco empenho político em determinadas áreas dessa mesorregião.

Observaram-se algumas modificações significativas no Norte de Minas em meados do século XX com a sua inserção na área de atuação da Superintendência de Desenvolvimento do Nordeste - SUDENE, sobretudo de cunho produtivo que influenciou e cadenciou movimentos e feições geoespaciais diferenciadas. Nesse contexto, alguns municípios do Norte de Minas, em especial Montes Claros, se consolidam como local de investimento no setor industrial (RODRIGUES, 2000).

A atuação do Estado por meio da SUDENE no Norte de Minas Gerais, sobretudo em algumas cidades isoladas, dentre elas, Pirapora, Várzea da Palma, Montes Claros e Bocaiúva, tinha o propósito de atenuar o relativo “atraso” econômico, pautado nos discursos desenvolvimentistas, pois este era a causa dos problemas sociais dessa

mesorregião e não o efeito de uma sociedade baseada na “opressão” econômica e social. Assim, “As políticas públicas estavam voltadas para a melhoria das estruturas sociais e econômicas. Entretanto o que deveria ser um elemento de integração e coesão espacial gerou novos conflitos, sobretudo pelo cadenciamento de fluxos migratórios” (COSTA; MAGALHÃES, 2011, p. 5).

Assim, tenta-se compreender como está espacializada a tuberculose no Norte de Minas e como o Programa Nacional de Controle da Tuberculose atua nessa mesorregião, cujas disparidades, econômica, social, política e, sobretudo, geográfica é tão marcante. Cabe ainda questionar a ação dos órgãos públicos de saúde no combate e controle da tuberculose no Norte de Minas. Como são realizados os atendimentos dos pacientes com essa doença? Como vivem esses indivíduos? Quais as dificuldades encontradas para o tratamento da doença? Estas e outras questões foram essenciais para instigar o desenvolvimento deste estudo.

Nesse sentido, a hipótese deste trabalho é que as políticas públicas de saúde não estão sendo efetivas de forma a reduzir a incidência da tuberculose no Norte de Minas Gerais, pois falta o empenho do poder público na introdução de ações concretas e eficazes.

A justificativa para a escolha do local da pesquisa deu-se pela ausência de estudos sistematizados sobre a espacialização e estudo da tuberculose. A necessidade de aprofundar o conhecimento das doenças nessa mesorregião é necessária, pois pesquisas apontam que há um grande índice de óbitos por causas mal definidas em Minas Gerais entre os anos de 2004 e 2006 (11,9%) e, dessa porcentagem, a maior proporção foi registrada no Norte de Minas (29,4%), maior até que o Jequitinhonha (28,2%) e Nordeste (25,9%). Assim é possível que os números de tuberculose na região sejam maiores que os registrados, necessitando assim de avaliação mais minuciosa. Avaliando as microrregiões de Saúde do Norte de Minas constatou-se que a microrregião Salinas/Taiobeiras foi a que apresentou a maior proporção de óbitos por causas mal definidas (41,2%) (BRASIL, 2006a).

Outras variáveis do estudo apontam ainda elementos bastante negativos para o Norte de Minas, como a baixa cobertura de registro de óbitos (80%) ficando acima

apenas do Nordeste de Minas Gerais (69%). No que se refere aos óbitos de menores de um ano, a situação é ainda mais preocupante, tendo, juntamente com o Jequitinhonha e o Nordeste, uma baixa cobertura, ou seja, 58%, 57% e 44% respectivamente. Enfim, apresentam ainda grande incidência de doenças infecciosas e parasitárias, carências nutricionais, doenças por causas maternas e condições perinatais (BRASIL, 2006a).

Observa-se que em Minas Gerais a taxa de cura da tuberculose no período de 2007-2009 foi de 73,2%, aquém do preconizado pela Organização Mundial de Saúde que é de 85%, apesar de a taxa de abandono apresentar uma pequena redução no período avaliado (BRASIL, 2006a).

Assim, é urgente a implementação de políticas públicas específicas que levem em consideração as especificidades do Norte de Minas como estratégia de melhoria das condições de saúde da população. Esse estudo poderá subsidiar políticas públicas locais e regionais, pois apresenta informações seguras que poderão contribuir para a constituição de um banco de dados confiável, facilitando assim a reestruturação de planos de gestão da saúde, principalmente no que se refere às doenças negligenciadas como é o caso da tuberculose que necessita de um olhar mais minucioso sobre sua problemática no Norte de Minas Gerais, já que é uma área que possui diversos fatores que possibilitam a proliferação dessa moléstia. Além da ausência de estudos sistematizados sobre a temática, o que contribuiu bastante para a escolha da pesquisa no Norte de Minas foi o grau de conhecimento, afinidade e amor ao lugar que nos estimula a conhecer mais e mais cada espaço dessa região.

1.2 Objetivos

1.2.1 Objetivo geral

A pesquisa teve como objetivo geral compreender os fatores determinantes da ocorrência de tuberculose no Norte de Minas Gerais, avaliando o acesso aos serviços de saúde e as condições socioespaciais dos portadores da doença.

1.2.2 Objetivos específicos

- ✓ Caracterizar a trajetória da Geografia nos estudos do processo saúde-doença;
- ✓ Avaliar as políticas públicas de saúde e a emergência e reemergência de doenças negligenciadas;
- ✓ Identificar a rede de serviços de saúde e a atenção à tuberculose no Norte de Minas Gerais;
- ✓ Analisar a tuberculose em Montes Claros e Miravânia no Norte de Minas.

1.3 Estrutura

O trabalho foi estruturado em seis capítulos. No primeiro capítulo encontra-se a introdução, em que são expostos os objetivos, justificativa, hipótese e estrutura do trabalho. No segundo capítulo é realizada uma minuciosa descrição da metodologia utilizada para responder aos objetivos da pesquisa, apresentando os caminhos trilhados em busca de respostas para a problemática da tuberculose no Norte de Minas.

No terceiro capítulo discute-se o papel da Geografia na trajetória dos estudos das doenças. Posteriormente foi realizada uma abordagem das categorias geográficas espaço e território, discutindo a apreensão dessas categorias pela epidemiologia, em contextos distintos, variando de acordo com o olhar de cada pesquisador, e pela Geografia Médica, a partir de seus precursores até a atualidade. Realizou-se, também, uma abordagem sobre os aspectos históricos da promoção da saúde no mundo, da qual se originou a base do sistema de saúde pública brasileira atual.

No quarto capítulo foram debatidas as doenças negligenciadas e suas implicações na ocorrência de doenças emergentes e reemergentes, como também as políticas públicas de controle da tuberculose no Brasil e, finalmente, analisa-se a dinâmica da tuberculose no mundo.

No quinto capítulo é traçada a regionalização da saúde no Norte de Minas, apresentando os diversos territórios da saúde na região, a situação geral da saúde

da área de abrangência de cada Regional de saúde e, por fim, espacializa-se e discute-se a tuberculose.

Ao final, o sexto capítulo apresenta as áreas de maior ocorrência e maior incidência da tuberculose no Norte de Minas, a série histórica da doença e também o perfil epidemiológico nessas áreas, avaliando as condições de saneamento ambiental, socioeconômicas e culturais da população, identificando os contextos da ocorrência de casos fatais e de abandono de tratamento no período observado.

2 AS TRILHAS METODOLÓGICAS DA PESQUISA



Pirapora - MG

2.1 Conhecendo o espaço Norte Mineiro

Neste capítulo caracteriza-se a área de estudo, iniciando por uma abordagem sucinta dos aspectos históricos da mesorregião Norte de Minas Gerais para, posteriormente, prosseguir a discussão acerca dos demais aspectos, por entender que, para uma melhor compreensão das características da espacialização dessa região, seja conveniente primeiramente conhecer a história, processos de formação e (re) ocupação¹ da região Norte de Minas. Nesta perspectiva, utilizou-se, para o Norte de Minas Gerais, a regionalização do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (1990); nessa regionalização essa mesorregião é formada por sete microrregiões compostas por 89 municípios. Entretanto foram trabalhadas especificamente as regiões de saúde do Norte de Minas que estão na área de abrangência das Superintendência Regional de Saúde de Montes Claros, Regional de Saúde de Januária e Regional de Saúde de Pirapora. Nessa regionalização situam-se 86 municípios dos 89 do Norte de Minas, já que Riachinho e Chapada Gaúcha fazem parte da região Noroeste e Divisa Alegre, da região Nordeste de Minas Gerais, estes por possuírem necessidades de saúde que os enquadram melhor nessas macrorregiões. Vale ressaltar que a caracterização das regiões de saúde será devidamente explicitada em capítulo específico.

2.1.1 (Re) ocupação do Norte de Minas Gerais

A (re) ocupação do Norte de Minas Gerais ocorreu na segunda metade do século XVII por meio da expansão do gado ao longo do Rio São Francisco e das bandeiras paulistas, sendo que essas últimas foram responsáveis pela fundação dos primeiros povoados. Conforme Luciene Rodrigues (2000, p. 106), “[...] a criação de bovinos de corte destinava-se, inicialmente, ao abastecimento das populações dos engenhos, dos centros urbanos no litoral nordestino e para efetuar o transporte da cana-de-açúcar [...]”. Com o declínio das atividades açucareiras no Nordeste do Brasil e início da exploração de pedras preciosas em Minas Gerais, o Norte de Minas através da pecuária torna-se uma área estratégica para o abastecimento das regiões mineradoras.

¹ Anterior à chegada da pecuária e das bandeiras paulistas, o Norte de Minas se encontrava ocupado por diversas tribos indígenas, como Caiapós, Guaíbas, Kiriris, dentre outras.

É válido ressaltar que a forma de (re) ocupação trouxe diversos danos ambientais, mas, principalmente, culturais. Gonçalves (2000, p. 20) pontua que a forma de colonização “[...] foi, ao mesmo tempo, de extinção e não só de ecossistemas, mas de populações/culturas inteiras. Matar e desmatar são, assim, dois verbos, duas práticas indissociáveis na história/geografia do Brasil”.

Ao transformar-se em rota de deslocamento populacional em direção às minas, houve a intensificação do povoamento da região, contribuindo para a formação dos primeiros arraiais que deram origem às atuais cidades de Matias Cardoso, Januária, São Romão e Barra do Guaicuí (Foto 1) – cidades e distrito situados às margens do Rio São Francisco. Nesse contexto, a formação socioespacial da região Norte de Minas tem suas raízes históricas atreladas a dois importantes ciclos econômicos brasileiros: o da cana de açúcar e o do ouro.

Foto 1 -Barra do Guaicuí – Igreja antiga às margens do rio das Velhas



Autora: MAGALHÃES, S. C. M., 2012

Até meados do século XX, as atividades econômicas dessa região que se destacaram com predominância foram a agricultura de subsistência e a pecuária. De

acordo com Gonçalves (2000, p. 22), o fato de a região da cana de açúcar e da mineradora não oferecerem produtos para o seu abastecimento impulsionou estratégias de autossustentabilidade, o que influenciou em uma das “[...] características mais originais desta região: a de não ter sua dinâmica diretamente determinada por uma racionalidade econômica mercantil de algum produto em que a metrópole estabelecesse o régio controle direto”. Para o escoamento da produção regional era utilizado o rio São Francisco e seus principais afluentes como elemento estratégico, o que vem justificar o surgimento dos primeiros povoados urbanos às suas margens, já explicitado no parágrafo anterior.

Conforme apontado, a pecuária era a atividade predominante no, funcionando através dos grandes latifúndios, estrutura que prevalece até os dias atuais, ainda que em grande parte tenha ocorrido a modificação da atividade econômica. Gonçalves (2000) chama a atenção para o fato de que nesse período a região era detentora de uma grande riqueza oriunda do trabalho das famílias de agricultores pobres², pelo fato de as populações tradicionais do Norte de Minas (geraizeiros, vazanteiros, caatingueiros) terem um modo peculiar de convivência com as intempéries da região.

A chegada da Ferrovia em Montes Claros na primeira metade do século XX contribuiu para o fortalecimento do seu papel como polo dinâmico regional, juntamente com Pirapora-MG, que já era “ponta de trilho” desde o final do século XVIII. Esse fator intensificou o escoamento de produtos da região, minimizando o seu isolamento em relação aos centros dinâmicos do país. A ferrovia, como é confirmado por Cardoso (2000, p. 202), “[...] representou muito mais que uma possibilidade para o incremento das relações comerciais da região: ela foi, na realidade, a via pela qual o Norte de Minas começa a integrar a dinâmica econômica do Centro-Sul do País”.

A partir de 1963, a região norte mineira foi incorporada à área de atuação da SUDENE, por apresentar características físicas, econômicas e sociais similares à região Nordeste do Brasil. As ações da SUDENE promoveram modificações na

² “Pobres num contexto onde o rico é ser dono de imensas extensões territoriais”. (GONÇALVES, 2000, p. 22).

economia regional à medida que houve investimentos em infraestrutura através de incentivos fiscais e financeiros, estimulando a instalação de grandes projetos industriais e agropecuários, especialmente em Montes Claros, Pirapora, Várzea da Palma e Bocaiúva. No contexto das políticas oriundas da SUDENE, a indústria concentrou-se em apenas poucos municípios, não ocorrendo o dinamismo regional esperado.

Oliveira (2000, p.46) afirma que:

Um dos aspectos fundamentais para o desenvolvimento, sobretudo industrial, reside na criação e ampliação de uma base infra-estrutural, sobre a qual assentará o investimento privado, sendo este último potencializado por aquela. Dentre estes aspectos, destacamos aqueles ligados ao transporte e energia, pois são estes os que permitem a integração com os mercados internos à região, bem como possibilitam expandir a produção.

Nesse sentido, é importante ressaltar que, apesar de a atuação da SUDENE ter constituído ganhos progressivos no que se refere ao desenvolvimento socioeconômico e industrial dessa mesorregião, permitindo a integração do Norte de Minas às demais regiões do país, contudo não houve desenvolvimento de forma igual em todos os municípios. Pereira (2007, p. 95) destaca que:

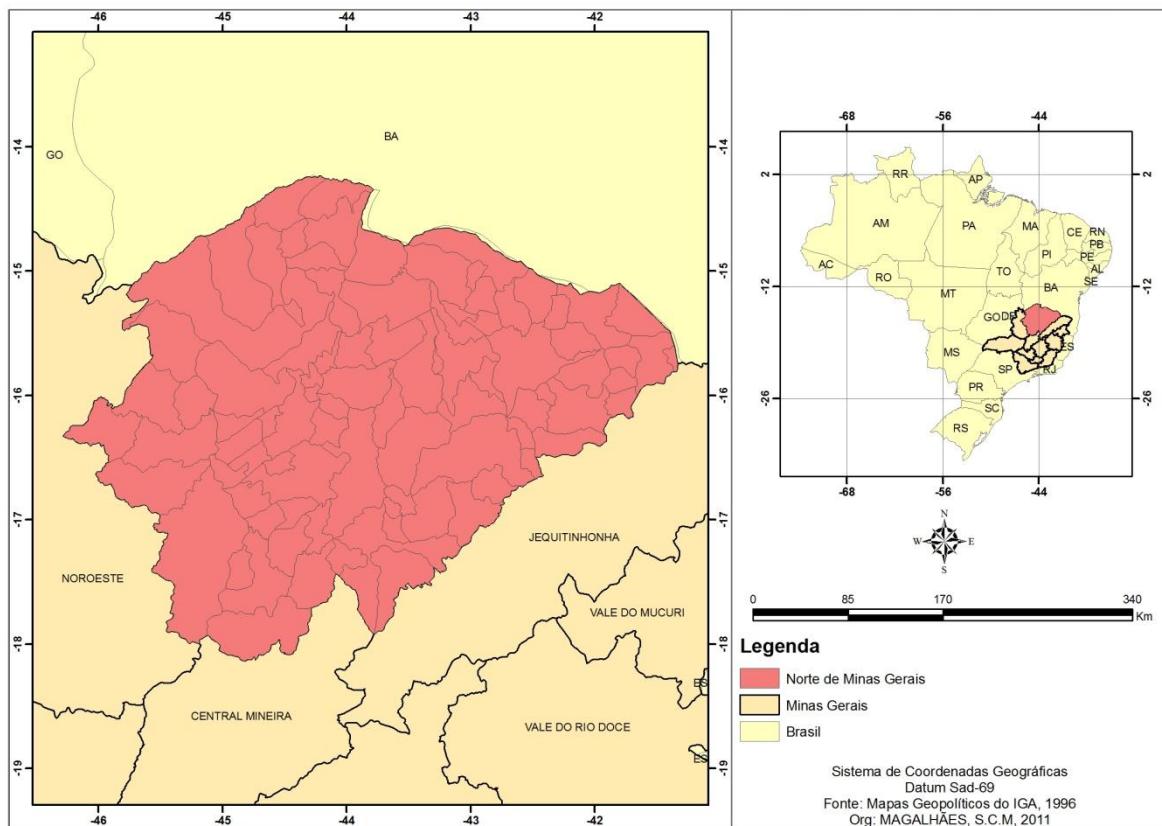
Viajando pelo Norte de Minas não podemos deixar de dar razão a essa visão dualista da região, através da qual identificamos, concomitantemente, muita pobreza e nichos de riqueza, modernidade e tradicionalismo, produção e escassez, discursos e realidade. Entretanto, questionamos até que ponto os rótulos utilizados para caracterizar a região são verdadeiros ou são uma criação ideológica para atender a determinados interesses de uma classe social. Nessa nossa análise não podemos desconsiderar a lógica capitalista que interfere, de maneira direta ou indireta, na região. É essa lógica que explica a escolha de pontos estratégicos pelos grandes capitais internacionais para seus investimentos, além do aumento do consumo de bens e serviços, mudanças nos valores e nas práticas socioespaciais.

Corroborando com essa visão dualista apontada por Pereira (2007), percebe-se, ao lado de grandes fazendas de gado, casas de pau a pique e várias famílias em condições de total miséria. Isso leva a comprovar que as políticas públicas direcionadas para essa região fizeram concentrar ainda mais a terra, causando o empobrecimento dos agricultores familiares, que antes viviam em harmonia com a terra, onde produziam os produtos básicos para sua sobrevivência. Na atualidade, a população rural que não conseguiu acompanhar a modernização do campo

direcionou-se para as cidades, causando diversos problemas socioeconômicos e ambientais. Isso é mais perceptível nos centros maiores, como é o caso de Montes Claros que, com a atração populacional causada pela indústria e a “expulsão” do campo, convive com diversos problemas, como a formação de favelas, o aumento da violência e da demanda por serviços de saúde, saneamento básico, segurança, educação, entre outros.

A mesorregião Norte de Minas Gerais (Mapa 1) possui área territorial de 128.602 km², subdividida em sete microrregiões que compreendem 89 municípios. Sua população é de 1.610.587 habitantes, sendo 1.118.487 na área urbana e 492.100 na área rural (IBGE, 2010).

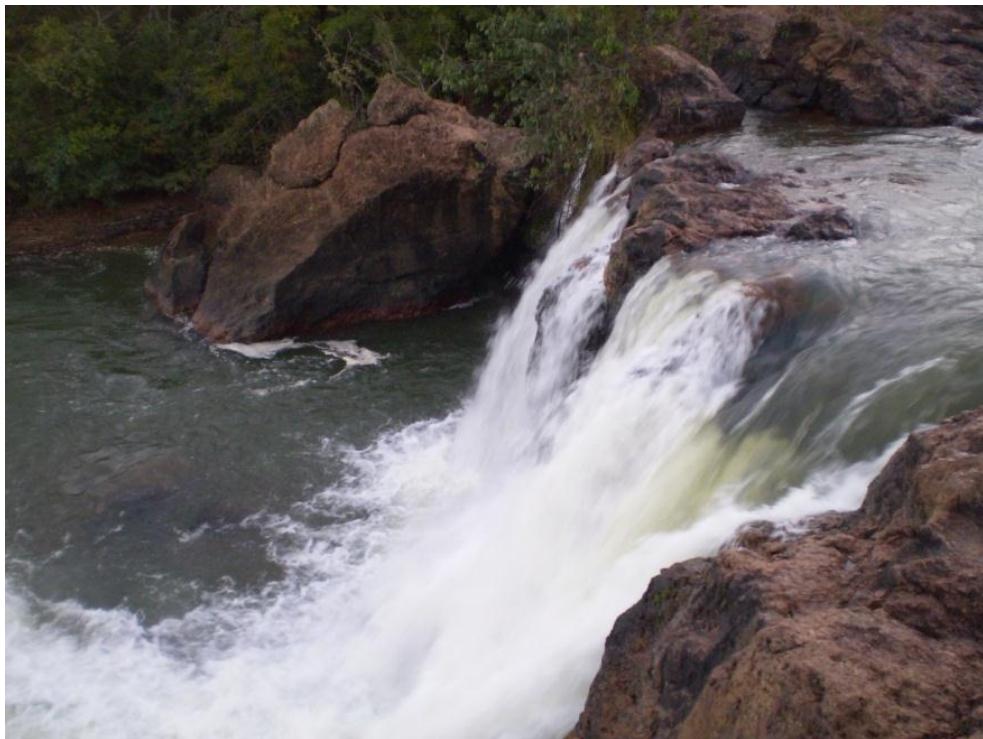
Mapa 1 - Localização do Norte de Minas Gerais



O Norte de Minas Gerais, apesar de todas as contradições inerentes a um espaço marcado pela irregularidade das chuvas e pela falta de políticas públicas específicas para uma região diferenciada, é um local de rara beleza paisagística, além de

envolver um povo forte, guerreiro, destemido e portador de uma cultura de valor inestimável. Compondo a paisagem norte mineira encontram-se exuberantes cachoeiras (Figura 2), rios caudalosos e uma vegetação singular, entretanto nada disso circula nos meios de comunicação, quando é ressaltada apenas a pobreza e a secura da terra.

Foto 2 - Cachoeira no rio Pandeiros – Bonito de Minas – MG



Autora: MAGALHÃES, S. C. M., 2010

Quanto à população do Norte de Minas, a região contava com 981 mil habitantes em 1970, tendo um acréscimo de mais de 600.000 habitantes entre 1970 e 2010, contando, na atualidade, com 1.610.587 habitantes, com uma taxa de urbanização da ordem de 69,45% e uma população no campo equivalente a 30,55%. É uma região com grande extensão territorial e uma população reduzida e consequentemente uma densidade demográfica baixa, ou seja, menos de 10 habitantes por Km². Em função disso, a região apresenta grandes distâncias entre as cidades, o que dificulta em muito o acesso a determinados serviços básicos, como os de saúde. Deve-se levar em conta ainda a realidade de diversos municípios que apresentam condições socioeconômicas desfavoráveis (IBGE, 2010).

A mesorregião Norte de Minas apresenta baixos indicadores socioeconômicos se comparados a outras regiões do Sudeste brasileiro e do Estado de Minas Gerais. A maioria dos municípios é dotada de deficiente infraestrutura de serviços sociais básicos, fatores determinantes para a formação do quadro de elevada pobreza e de exclusão social.

No que se refere ao saneamento básico, apesar de se vislumbrar alguns avanços nos últimos anos, o quadro não é dos melhores, principalmente em relação aos distritos e áreas rurais, onde há precariedade tanto de água tratada para o abastecimento humano, quanto de formas de descartar os esgotos e resíduos sólidos. As principais fontes de captação de água para abastecimento público no Norte de Minas são distribuídas da seguinte forma: I) Na sede dos municípios: a) 57,47% - águas superficiais; b) 40,23% - poço profundo; c) 2,30% - mista; e II) Nos distritos: a) 31,91% são águas superficiais; b) 6,38% - poço raso; c) 55,32% - poço profundo; e d) 6,38% - mista. Quanto ao tipo de tratamento da água, na faixa de 60% dos municípios utilizam o tratamento convencional, 30% usam o tratamento simples, ou seja, a simples desinfecção (cloração e outros), e infelizmente, na faixa de 10%, não se utiliza nenhum tratamento da água. Nos distritos, 40% não possuem água tratada, mais ou menos 20% usam a simples desinfecção, apenas 25% utilizam tratamento. O grau de cobertura dos sistemas de abastecimento de água é de 68,33% e o déficit é de 31,67%, principalmente nos distritos e nas áreas rurais (IBGE, 2010).

Quanto à existência de rede geral de esgoto nas sedes municipais do Norte de Minas consta que 44 (49,44%) possuem e 45 não possuem (50,56%). Nos distritos a situação é bem mais precária, sendo que 14,63% possuem rede de esgoto, enquanto 85,37% não possuem. O grau de cobertura da rede de esgoto é de 31,57%. Vale ressaltar que, apesar de existir a rede de esgoto em determinados municípios, isso não é garantia de que esteja sendo utilizada pela população que, dependendo das condições socioeconômicas ou até mesmo culturais, prefere o uso de outros meios de descartar os esgotos, como fossas rudimentares, valas, rios ou lagos e até mesmo escorrendo a céu aberto, como foi verificado em um distrito do município de Varzelândia (Figura 3). Nesse caso específico, os dejetos correm até uma área de captação de águas pelos moradores, que culturalmente as utilizam de

várias formas, desde a lavagem de roupa a água para beber. Outro fato que deve ser levado em consideração é a não avaliação da qualidade do serviço oferecido à população (IBGE, 2010).

Foto 3 - Dejetos humanos escorrendo a céu aberto



Autora: MAGALHÃES, S. C. M., 2011

O tratamento dos esgotos tem sido um desafio nas diversas regiões brasileiras. O Norte de Minas segue essa tendência, pois, dos municípios com rede de esgoto, em 11,36% as Estações de Tratamento de Esgotos - ETEs estão projetadas, em 22,73% estão em construção, em 52,27% em operação, 2,27% inativas, 4,55% planejadas e em 15,91% não existe ETE. No que se refere aos distritos, a situação é bem mais complexa, pois além do baixo número de rede de esgotos, praticamente não existem ETEs. Outro dado bem preocupante é o local onde é receptado o esgoto dos sistemas de esgotamento: 83,34% são os corpos d'água. Dada a situação de irregularidade e má distribuição das chuvas no Norte de Minas, esses dados apontam para um espaço propício a ocorrência de doenças de veiculação hídrica (IBGE, 2010).

A disposição dos resíduos sólidos encontra-se em situação crítica, uma vez que não possuem áreas de descarte na mesorregião, sendo depositados nos chamados aterros controlados que, na verdade, são lixões. A coleta de resíduos sólidos domésticos na região é realizada em apenas 56,9% dos domicílios urbanos, o restante é queimado, enterrado ou disposto em locais impróprios.

A grande maioria dos municípios norte mineiros apresentam baixos indicadores socioeconômicos, infraestrutura deficitária, principalmente no que diz respeito às questões de saneamento. Dessa forma, a ocorrência de doenças de veiculação hídrica, como diarreia, esquistossomose, hepatite, dengue, entre outras, faz parte do cotidiano dessa população e, em pleno século XXI, ainda é comum haver óbitos decorrentes de algumas dessas doenças.

É intrigante perceber que, a despeito de todo o progresso ocorrido na medicina, ainda seja possível na atualidade conviver com doenças que já se pensava erradicadas como é o caso da tuberculose, que assolou o país durante séculos, tendo um declínio bastante significativo em determinadas décadas, voltando novamente a alarmar a sociedade em geral. Diante do exposto, entende-se que seja necessária a efetiva atuação do poder público local, pois, dependendo da gestão da saúde em determinada área, esse espaço será mais ou menos propício a ocorrência de doenças.

2.2 Caminhos que possibilitaram a compreensão do objeto pesquisado

Pensar as trilhas metodológicas da pesquisa é o que se propôs desenvolver neste tópico. Trata-se de um estudo exploratório, de natureza explicativa e análise quanti-qualitativa realizado a partir de diversos procedimentos metodológicos com o intuito de fundamentar teoricamente a investigação, articulando-a às evidências empíricas. Gil (1991, p. 45-46) esclarece que a pesquisa exploratória objetiva “[...] proporcionar maior familiaridade com o problema” e que a pesquisa explicativa tem “[...] como preocupação central identificar os fatores que determinam ou que contribuem para a ocorrência dos fenômenos”. Dessa forma, entende-se que, com essa abordagem, será possível aprofundar o conhecimento das áreas de maior ocorrência/incidência de tuberculose no Norte de Minas; entender a realidade dos portadores de

tuberculose nessas áreas, e assim explicitar o porquê da maior ocorrência/incidência da doença nesses locais específicos.

Salvador (1982) entende que um trabalho científico deve primeiramente antecipar o que vai ser informado, transmitir o que foi proposto e finalmente declarar o que foi transmitido, o que equivale a introdução, desenvolvimento e conclusão do trabalho. Assim, no primeiro momento foi realizada pesquisa bibliográfica, documental e cartográfica. Além da pesquisa em livros, dissertações, teses e revistas, foi bastante utilizada a leitura de artigos de revistas eletrônicas como Hygeia, Cadernos de Saúde Pública, entre outras. Utilizaram-se também dados secundários levantados em órgãos como OMS, Ministério da Saúde - MS, IBGE, Fundação João Pinheiro - FJP, Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ, Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas – IPEA e Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais – SESMG.

Os trabalhos de campo se constituíram em importantes estratégias no processo de entendimento do objeto de pesquisa. A imersão no campo possibilita viver a pesquisa proposta e compreender o ser pesquisado enquanto parte integrante do estudo. Concordando com Amélia Regina Batista Nogueira, não se deve pensar o sujeito somente como um informante de dados que nos leve a alcançar os objetivos da pesquisa, mas, sobretudo, deve-se pensá-lo como um integrante “[...] reconhecido como autores, pois, a experiência vivida por eles será a fonte da interpretação de nossas reflexões” (NOGUEIRA, 2004, p. 2010). Durante a pesquisa, uma portadora de tuberculose, relatou que “*Ainda hoje algumas pessoas têm vergonha ou medo de assumir a doença, pois a discriminação existe. O fato de esconder ou negar a doença é o mesmo que negar a si mesmo*” (K.P.T, 2011). Assim, através dos relatos desses indivíduos, passa-se a compreender a real situação vivida por sujeitos, cuja doença inibe a maioria das suas possibilidades de trabalho e até mesmo de convívio social.

Martins (2008) diz que a pesquisa é antes de tudo o momento de encontro, possibilidades e impossibilidades. É o momento de ver as composições, os conflitos, os embates e a natureza das ações humanas no espaço. É preciso dizer que a pesquisa é também dupla, aquela que se faz com um sujeito e aquela que o sujeito

faz com você. É no campo, em busca de respostas para questões que nos afligem, que é possível se deparar com as possibilidades e impossibilidades da pesquisa.

Também, deve-se concordar com o que Carlos Rodrigues Brandão denomina de **com e na** pesquisa. A pesquisa que se faz é também participação e convivência. A imersão do pesquisador no campo denomina-se encontro com o outro, partilha de saberes e compreensão do mundo em que se vive; através desses, consegue-se dividir angústias com o sujeito pesquisado, indivíduos aflitos e muitas vezes sofridos, cansados da espera de uma vida, nesse caso, de um atendimento a saúde de qualidade que possa suprir suas necessidades e de suas famílias. Neste sentido, Brandão coloca ainda que as pesquisas são “[...] teias e são tramas de sentidos, sentimentos e saberes por meio das quais pessoas como nós [...] vivem e pensam a história que criam” (BRANDÃO, 2003, p.311).

Para que se possa trabalhar com esses sujeitos, a que se propõe esta tese, escolheu-se como abordagem de pesquisa um estudo exploratório, de natureza explicativa e análise quanti-qualitativa. De acordo com Borges (2009, p. 184), a pesquisa qualitativa é resultado de uma busca que tem início partindo de alguns princípios:

[...] só é possível conhecer profundamente aspectos da vida de uma sociedade ou de uma cultura, quando há um envolvimento pessoal entre o pesquisador e o quê/quem ele investiga; pensar a pesquisa, escolher os métodos, delimitar sua área ou seu objeto é muito mais um resultado de uma escolha política, realizada mediante uma relação pessoal estabelecida ou que se vai estabelecer; não são apenas os pressupostos teóricos que vão orientar o processo, mas também a maneira como o pesquisador se integra à pesquisa, seus modos de interpretar e de se relacionar com o objeto irão interferir nos resultados.

Trivinos (1987) também indica algumas características básicas da pesquisa qualitativa: I) O pesquisador é o instrumento-chave na pesquisa qualitativa que, por sua vez, tem o ambiente natural como fonte direta dos dados; II) A pesquisa qualitativa tem a característica de ser descritiva; III) a preocupação dos pesquisadores não é apenas com os resultados e o produto, mas sim com todo o processo; e IV) O significado é a preocupação essencial da abordagem qualitativa. O autor também faz referência à importância da pesquisa quantitativa, porém menciona a rigidez em que os dados estatísticos se dão, entretanto, nesta pesquisa,

os dados vão sendo construídos com o desenvolver do estudo, ou seja, durante o processo e não exclusivamente resultado de uma análise última dos dados.

Com o intuito de nortear a ida a campo, utilizou-se de autores que fazem essa abordagem, pois os caminhos, na maioria das vezes, são difíceis de percorrer, apresentando inúmeras dificuldades descobertas, erros cometidos, escolhas mal feitas, e certamente a experiência de estudiosos da temática aliada ao desejo de compreender e viver o objeto de pesquisa superará a maioria dos obstáculos. Lacoste (2006, p. 77) esclarece que é necessário colocar em análise a “[...] responsabilidade do pesquisador face aos homens e mulheres que ele estuda cujo território analisa”. É imprescindível que fique claro para quê e para quem a pesquisa é desenvolvida.

Outro ponto a ser destacado é pensar o papel do pesquisador, o “homem humano”, com emoções, afetos, preconceitos e inseguranças (MARTINS, 2008). O que de fato é o campo? Roberto da Matta argumenta que, na antropologia, o ir a campo é um rito de passagem. E todo rito de passagem sugere mudanças e modificações, assim, o autor entende a pesquisa de campo como:

[...] uma vivência longa e profunda com os outros modos de vida, com outros valores e com outros sistemas de relações sociais, tudo isso em condições específicas. Freqüentemente o etnólogo [penso que qualquer sujeito que se envolva em pesquisa de campo passa por este processo] realiza sua experiência em solidão existencial e longe de sua cultura de origem, tendo portanto de se ajustar na sua observação participante, não somente a novos valores e ideologias, mas todos os aspectos políticos que tais mudanças demandam (DA MATTÀ, 1981, p. 143).

Se a pesquisa é a busca e a compreensão do outro, como entender a vivência das famílias que se está pesquisando? Como dar retorno aos anseios dos indivíduos que esperam nos resultados da pesquisa uma resposta para seus males? Como não se envolver diante das condições desumanas em que se encontram os sujeitos pesquisados? É neste sentido que concordamos com Da Matta (1981) quando afirma que o trabalho de campo é cheio de dúvidas e crises existenciais.

As pesquisas de campo neste estudo tiveram início no mês de fevereiro de 2011, quando se buscou levantar na Superintendência Regional de Saúde de Montes Claros e Gerências Regionais de Saúde (GRS) de Pirapora e Januária, o número de

casos novos de tuberculose em 2010, ocorridos em cada município da área de abrangência das referidas superintendência e gerências com o objetivo de identificar as áreas de maior ocorrência e incidência da doença no Norte de Minas Gerais. Os dados foram provenientes das informações que constam no banco de dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) que é alimentado, principalmente, pela notificação de casos de doenças e agravos que constam da lista nacional de doenças de notificação compulsória.

A solicitação feita a essas instituições ocorreu pelo fato de que o SINAN só é acessado nas secretarias municipais, regionais de Saúde e/ou Secretaria Estadual de Saúde, o que dificulta o trabalho de pesquisadores, já que ficam na dependência da liberação desses dados de acordo com o interesse dessas instituições. A Ficha Individual de Notificação (FIN) é preenchida pelas unidades de assistência à saúde para cada paciente com suspeita de problemas de saúde de notificação compulsória ou de interesse nacional, estadual ou municipal e enviada aos serviços responsáveis pela vigilância epidemiológica das Secretarias Municipais, que deve encaminhar semanalmente, por meio de arquivos magnéticos, essas informações às Secretarias Estaduais de Saúde.

Para a realização do mapeamento da tuberculose no Norte de Minas, utilizamos os dados disponibilizados pela Superintendência Regional de Saúde de Montes Claros e Gerências Regionais de Saúde de Januária e Pirapora, que foram espacializados com o auxílio do software *Arc GIS10* e ligados aos respectivos municípios a partir das bases cartográficas do Sistema de Coordenadas Geográficas Datum Sad - 69, Datum WGS – 84, IBGE, 2006, SEPLA, 2005. Deve-se destacar que os dados foram espacializados de acordo com sua origem, isto é, não foram feitas correções estatísticas de nenhuma natureza, sendo distribuídos na mesorregião Norte de Minas de acordo com a fonte citada. Neste contexto, as inferências subtraídas dos mapas presentes neste trabalho possuem como expoente, ou seja, como responsáveis maiores a Superintendência Regional de Saúde de Montes Claros, Gerência Regional de Saúde de Januária e Gerência Regional de Saúde de Pirapora.

Após conhecer os municípios com maior ocorrência e maior incidência de tuberculose no Norte de Minas, ou seja, Montes Claros e Miravânia, a etapa seguinte foi analisar especificamente esses municípios, onde foram aplicadas técnicas de observação; realizadas entrevistas com as referências técnicas de tuberculose desses municípios e; profissionais da Estratégia Saúde da Família – ESF; aplicação de questionário semiestruturado e; entrevistas com portadores de tuberculose (escolhidos aleatoriamente); além de registros iconográficos. Foram entrevistados ainda profissionais de saúde responsáveis pelo controle da doença nos respectivos municípios.

Utilizaram-se também os dados de tuberculose do período de 2002 a 2010 para a série histórica da doença nesses municípios, quando foram avaliadas as variáveis do estudo, como: ano do diagnóstico, sexo, idade, escolaridade, óbitos, relação com HIV, forma clínica diagnosticada, bairro de residência do paciente e abandono de tratamento. Ficaram excluídos os casos que entraram no sistema, nesse período, registrados como recidivas, reingressos, casos transferidos de municípios não integrantes dessa região ou outros Estados, ou, ainda, casos de tuberculose em indivíduos que não residiam nessa mesorregião.

Todos os dados foram acessados utilizando-se uma planilha eletrônica para posterior organização em forma de textos, gráficos, mapas e tabelas. Ressalta-se que somente participaram da pesquisa os sujeitos que concordaram formalmente por meio da sua assinatura no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme consta no Parecer Consustanciado Processo n. 2587 do Comitê de Ética da Universidade Estadual de Montes Claros.

No período de 2010, 2011 e 2012 foi realizado levantamento documental para coleta de dados necessários à elaboração de mapas para demonstrar os serviços de saúde prestados à população do Norte de Minas. Concomitantemente, realizou-se trabalho de campo para observação e registro iconográfico de vários municípios do Norte de Minas, quando foi avaliada a estrutura de saneamento básico, condições de moradia, unidades de saúde, ou seja, as condições de vida da população, como também os caminhos trilhados por essa população em busca de serviços de saúde.

Dentre os 53 municípios da área de atuação da Superintendência Regional de Saúde de Montes Claros foi feito trabalho de campo em Janaúba, Jaíba, Matias Cardoso, Espinosa, Monte Azul, Porteirinha, Fruta de Leite, Salinas, Padre Carvalho, Pai Pedro, Grão Mogol, Capitão Enéias, Francisco Sá, Coração de Jesus, Lagoa dos Patos, Claro dos Poções, Glauçilândia, Juramento, Jequitaí, Engenheiro Navarro, Bocaiúva e Itacambira. Conforme já explicitado, as condições socioeconômicas desses municípios são bastante variadas, alguns apresentam melhor infraestrutura de serviços básicos que possibilita boa qualidade de vida e consequentemente boa saúde. Nessa situação se encontram os municípios de Montes Claros, Bocaiúva, Salinas, Janaúba que são mais bem servidos de escolas, serviços de saúde, emprego, renda, e outros, ao contrário, exibem péssima infraestrutura e uma população propensa ao adoecimento, como é o caso do município de Pai Pedro e Fruta de Leite que apresentam os piores indicadores do Norte de Minas.

Os municípios que fazem parte da Regional de Saúde de Pirapora (07 municípios) foram visitados praticamente todos, Santa Fé de Minas, Várzea da Palma, Ponto Chique, Buritizeiro, Lassance e Pirapora. Nessa microrregião, Pirapora e Várzea da Palma são os municípios que oferecem melhor qualidade de vida à população, enquanto Lassance e Santa Fé proporcionam serviços bastante deficientes aos seus moradores.

Na área de abrangência da Regional de Saúde de Januária (26 municípios) foi realizado trabalho de campo nos municípios de São Francisco, Ubaí, Bonito de Minas (Figura 4) Luislândia, Cônego Marinho, Varzelândia, Lontra, São João da Ponte, Brasília de Minas, São Romão, Pedras de Maria da Cruz, ou seja, de todos esses municípios quase que diariamente saem ambulâncias em direção a Montes Claros para atendimentos de média complexidade que não são neles realizados, mas principalmente procedimentos da alta complexidade. Percebeu-se que as distâncias são bem extensas e as dificuldades maiores ainda, porém, como pesquisadora, foi de suma importância conhecer esse trajeto, pois ficou claro que só dessa forma seria possível entender o “ir e vir” dessa população e que somente essa aproximação seria capaz de esclarecer a verdadeira realidade, diferente dos discursos e planos de governo.

Foto 4–Moradia precária em Bonito de Minas



Autora: MAGALHÃES, S. C. M., 2011

De todos os locais observados, o que mais chamou atenção foi o município de Bonito de Minas, onde se encontram belas paisagens, cachoeiras caudalosas, nascentes esplêndidas, contudo, também muita fome, alcoolismo, total falta de saneamento básico, ou seja, condições miseráveis, indivíduos sem acesso a serviços básico indispensável à vida.

O trajeto percorrido pela população de Miravânia em busca dos serviços de saúde, também foi analisado. A distância, as altas temperaturas, as travessias de balsa e as más condições das estradas evidenciaram que não são poucas as dificuldades enfrentadas por esses sujeitos. Saindo de Montes Claros em direção à Miravânia, utilizando a BR 401, são 340 km de estradas, percorridos em 05h40 de viagem. Nesse percurso, após Montes Claros, as principais cidades são Janaúba, Jaíba, Matias Cardoso (Figura 5), Manga e Miravânia.

Foto 5-a) 1^a Igreja construída em Minas Gerais b) Unidade Básica de Saúde de Matias Cardoso



Autora: MAGALHÃES, S. C. M., 2012

A Foto 5 mostra a primeira igreja construída no Estado de Minas Gerais, no povoado de Morrinhos em meados de 1670, atual cidade de Matias Cardoso e uma das Unidades Básicas de Saúde do município. A população que habita entre Montes Claros e a cidade de Matias Cardoso é bem servida de estradas pavimentadas e, dependendo da época, em boas condições de uso. Porém, após essa cidade, tem-se como barreira natural o Rio São Francisco que, por não ter ponte nas redondezas, dificulta muito a travessia dos usuários dos serviços de saúde. Assim, a melhor forma é cruzar o rio pelas balsas, no porto da cidade de Manga (Foto 6).

Foto 6– Balsas no rio São Francisco entre Manga e Matias Cardoso



Autora: MAGALHÃES, S. C. M., 2011

A população da cidade de Manga também passa por muitas dificuldades no setor de saúde, ainda assim o município presta alguns serviços de média complexidade, contudo os serviços prestados são bastante precários. No caso da tuberculose é um dos municípios que possui maior número de casos da doença.

Da cidade de Manga até Miravânia, o percurso é feito por estradas sem asfalto, situação que será atenuada devido à extensão da BR 135 até a divisa do Estado de Minas Gerais com o Estado da Bahia, ou seja, até o município de Montalvânia. Esse trecho encontra-se em fase final de acabamento e diminuirá a distância a ser percorrida em estradas sem asfalto. As dificuldades se acentuam à medida que se interioriza em direção às cidades de Montalvânia, Juvenília e Miravânia, muita poeira, estradas em péssimas condições, muito calor, casebres, pobreza, contraditoriamente, muito calor humano, alegria e poucas reclamações.

O acesso a Miravânia pela BR 135 é realizado em 4h40, perfazendo 337 Km. Esse percurso é realizado praticamente todo em estrada asfaltada, com exceção de 45 Km entre Itacarambi e Manga. Por esse trajeto, passa-se por diversas cidades: Mirabela, Japonvar, Pedras de Maria da Cruz, Januária, Itacarambi, São João das Missões (Foto 7), entre outras. A travessia no rio São Francisco é feita pela ponte no município de Januária.

Foto 7 –a) Praça



b) Unidade Básica de Saúde de São João das Missões



Autora: MAGALHÃES, S. C. M., 2012

A Foto retrata a praça central da cidade de São João das Missões e a Unidade de Atenção Primária à Saúde. O município de São João das Missões apresenta diversos problemas que comprometem a saúde da população, a exemplo da escassez de água em determinadas épocas do ano e em áreas específicas. Situa-se nesse município a reserva indígena Xakriabás com 9000 indígenas distribuídos em 33 aldeias. As condições de saneamento básico, principalmente no que se refere à água de boa qualidade, o esgotamento sanitário, o alto índice de alcoolismo, aliados a questões culturais, são desafios enfrentados pelo poder público local. É válido ressaltar que esse é um dos municípios da GRS de Januária que apresenta maior número de casos de tuberculose, situação que pode tornar-se incontrolável pelas precárias condições de vida da população.

Prosseguindo a abordagem do caminho metodológico para responder aos objetivos da pesquisa, passa-se a discutir especificamente o município de Miravânia. Realizou-se um trabalho de campo em outubro de 2011 apenas para reconhecimento da área de estudo. Percebeu-se que o local não oferece boa qualidade de vida à população, isso fica claro apenas observando as praças, a falta de áreas de lazer, as ruas com infraestruturas deficientes, ou seja, esburacadas, muito lixo, esgoto a céu aberto e também pelas moradias que demonstram o baixo poder aquisitivo da maioria dos moradores (Foto 8).

Foto 8– Moradias em Miravânia



Autora: MAGALHÃES, S. C. M., 2012

Em julho de 2012, realizaram-se visitas aos Centros de Saúde, às Unidades Básicas de Saúde e moradias de portadores de tuberculose na área urbana e rural (Foto 9) para aplicação de questionário e entrevistas aos pacientes em tratamento nesse período. O total de doentes em tratamento naquele momento era quatro, foram entrevistados três; um não foi localizado para responder ao questionário e ser entrevistado. Essas técnicas foram utilizadas com o intuito de conhecer as dificuldades enfrentadas durante o tratamento da doença.

Foto 9 – Centro de Saúde e Instalações Rurais em Miravânia



Autora: MAGALHÃES, S. C. M., 2012

Foram entrevistados ainda profissionais da saúde nos centros e Unidades básicas de Saúde e usuários desses serviços no município. As entrevistas tiveram como objetivo conhecer as condições de atendimento à população desse município, principalmente dos doentes de tuberculose. Na zona rural, foram entrevistados também dois agentes de saúde, um sendo responsável pelo atendimento a comunidade de Cocos e Periperi e outro responsável pelos pacientes de tuberculose em todo o município de Miravânia. O questionário semiestruturado consta de 18 questões, sendo 15 fechadas e três abertas. Os dados foram tabulados e apresentados em forma de gráficos e textos. As entrevistas foram todas gravadas em gravador GPX – DVR701 com duração de uma hora e trinta minutos e aparecem, ao final, na íntegra, em parte ou apenas comentadas.

No município de Montes Claros foram aplicadas as mesmas técnicas que em Miravânia, sendo realizadas observações em dois bairros específicos, Morrinhos (maior número de casos novos de tuberculose na soma total dos casos ocorridos

entre 2001 e 2010) (Foto 10) e Santos Reis (maior número de casos novos em 2010).

Foto 10 – a) Igreja Morrinhos



b) Beco de entrada da comunidade Morrinhos



Autora: MAGALHÃES, S. C. M., 2012

A Igreja de Morrinhos é a mais antiga da cidade e um ponto turístico bastante visitado, local que deveria ter infraestrutura adequada a visitação, entretanto ao seu lado iniciam-se os becos onde mora uma população de baixo poder aquisitivo e péssimas condições de vida.

O bairro Santos Reis também apresenta as mesmas características de Morrinhos, uma população com baixo poder aquisitivo, infraestrutura deficiente e, como consequência, qualidade de vida ruim, o que certamente contribui para maior ocorrência de doenças, especialmente a tuberculose.

Os dados levantados foram sistematizados em forma de texto, gráficos, mapas e tabelas.

3 TRAJETÓRIA DA GEOGRAFIA NOS ESTUDOS DO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

Neste capítulo discutir-se-á o papel da Geografia como articuladora em estudos das implicações espaciais no processo saúde-doença. Sabe-se que, em decorrência da falta de compreensão da dimensão espacial por outras ciências, a análise de fatos ou fenômenos fica incompleta, não sendo avaliadas com profundidade. Dessa forma, é de suma importância o papel da geografia em estudos que abordam sobretudo as alterações espaciais que comprometem o meio e os seres humanos.

Aqui também é apresentada uma abordagem de como o espaço é apreendido em contextos distintos, variando de acordo com o olhar de cada pesquisador. A referência à categoria espaço, neste estudo, é fundamental para a compreensão de sua dinamicidade que, dependendo da ação dos indivíduos nele, poderá se transformar em um ambiente propício a doenças ou favorável à saúde. Sabe-se que, ao longo da história, o espaço terrestre foi utilizado de tal forma que, na atualidade, convive-se com diversos problemas de ordem econômica, social e ambiental como escassez e/ou deterioração da qualidade das águas, desertificação acelerada em diversas regiões do mundo, aquecimento global, fome, miséria, dentre outros fatores que se traduzem em uma infinidade de doenças que assolam o espaço geográfico, principalmente nas regiões subdesenvolvidas ou em desenvolvimento. Assim, doenças que já se pensava erradicadas voltam a incomodar e deixam em alerta os setores de saúde pública do mundo, e a sociedade em geral. Cabe aos geógrafos empenharem-se para entender a variação desses processos nos diferentes espaços, com o intuito de subsidiar políticas públicas de saúde.

3.1 Da Geografia a serviço da guerra à sua valorização como estratégia de promoção da saúde

A Ciência Geográfica, ao longo de sua formação, passou por várias transformações, dificultando a definição do seu objeto de estudo, o que explica a demora em sua oficialização como ciência. Segundo Santos (2004, p.144), “[...] de todas as disciplinas sociais, a geografia foi a que mais se atrasou na definição do seu objeto e

passou, mesmo, a negligenciar completamente esse problema". O referido autor afirma, ainda, que outro fator que propiciou a sua lenta e decepcionante evolução foi o apego dos geógrafos a determinado problema ou tema durante longos anos, e pontua que a falta de imaginação impediu o desenvolvimento da ciência em geral, pois nesse período, quando deveriam buscar um saber novo, continuavam a repetir as velhas ideias de seus antepassados. Esse conservadorismo levou à distorção de conceitos, como as ideias de Christaller e Ratzel, que foram transpostas de forma distorcida por seus seguidores.

Claval (1979) também faz críticas contundentes a esse tradicionalismo que impede novas formas de ensinar e pesquisar, e pontua que

[...] todo aquele que propôs novas idéias viu suas hipóteses criticadas, seu trabalho olhado com suspeita por alguns, embora sempre chegasse um estágio em que suas idéias foram objeto de plágio por parte daqueles mesmos que pareciam condená-los [...] (CLAVAL, 1979, p. 262).

A tendência da Geografia de servir a um projeto imperial foi outro fator que dificultou a sua difusão nas Universidades e, consequentemente, sua popularização. Antes mesmo da era cristã, a Geografia já possuía essa predisposição. Lacoste (1988, p. 25-26) pontua que ela existe desde que existem os aparelhos de estado:

[...] a Geografia existe desde que existem os aparelhos de Estado, desde Heródoto (por exemplo, para o mundo 'ocidental'), que em 446 antes da era cristã, não conta uma História (ou histórias), mas procede a uma verdadeira 'enquête' [...] em função das finalidades do 'imperialismo' ateniense. (grifo do autor)

Séculos depois, essa tendência ainda persiste com a transferência das ideias geográficas da Europa para os Estados Unidos, acirrando ainda mais essa vocação. A Geografia que antes serve às necessidades de expansão dos países centrais e periféricos, agora passa a facilitar intentos comerciais e políticos (SANTOS, 2004).

Com a oficialização da Geografia como ciência, a partir do século XIX, novos caminhos passam a ser trilhados por estudiosos que já desenvolviam pesquisas na área. Lacoste (1988) aponta que a partir desse momento pode ser considerada a existência de duas geografias:

- uma, de origem antiga, a geografia dos Estados-maiores, é um conjunto de representações cartográficas e de conhecimentos variados referentes ao espaço; esse saber sincrético é claramente percebido como eminentemente estratégico pelas minorias dirigentes que o utilizam como instrumento de poder.

- a outra geografia, a dos professores, que apareceu há menos de um século, se tornou um discurso ideológico no qual uma das funções inconscientes, é a de mascarar a importância estratégica dos raciocínios centrados no espaço [...] ela dissimula, aos olhos da maioria, a eficácia dos instrumentos de poder que são as análises espaciais. Por causa disso a minoria no poder tem consciência de sua importância, é a única a utilizá-las em função dos seus próprios interesses e este monopólio do saber é bem mais eficaz porque a maioria não dá nenhuma atenção a uma disciplina que lhe parece tão perfeitamente "inútil" (LACOSTE, 1988, p.31).

Lacoste (1988, p. 27), em sua famosa obra, *A Geografia - Isso serve, em primeiro lugar para fazer a Guerra*, reafirma ainda a sua propensão em servir como estratégia de guerra, quando destaca que “[...] a escolha de locais que era preciso bombardear resulta de um raciocínio geográfico, comportando vários níveis de análise espacial”. No entanto, as transformações ocorridas ao longo da história, e mais recentemente no período considerado técnico-científico em todo o mundo, alteram as relações até então existentes, como a relação homem/meio, homem/homem, homem/coisas, classes sociais/classes sociais e relações entre nações, e impõem novas formas de pensar o papel da geografia. Essas transformações são tão intensas nos últimos anos que impossibilitam pensar o passado como fator de domínio na atualidade, pois o momento apresenta uma nova etapa da história da humanidade (SANTOS, 2006).

Nesse sentido, a Geografia, por ser uma ciência de grande abrangência, tem a possibilidade de, juntamente com outras ciências, buscar soluções que minimizem os impactos negativos oriundos das transformações na relação do homem com o seu meio. Carvalho (2005, p.141) mostra-a como: “Ciência do espaço, dos lugares, das relações homem-meio, das territorialidades, das paisagens, dos estados, da guerra”. Dessa forma, percebe-se que a amplitude da Geografia possibilita várias análises dos fenômenos terrestres; entretanto, como ciência social, o seu objeto de estudo é a sociedade. Para o desvendamento dos anseios e adversidades dessa sociedade utiliza-se basicamente de cinco conceitos-chave: espaço, território, região, paisagem e lugar, que são discutidos a partir da visão de diferentes autores, que apresentam opiniões distintas ao longo da história, mudando,

consequentemente, seus valores, dependendo da corrente de pensamento geográfica e da visão teórico-metodológica do pesquisador.

Conforme Moreira (2007, p.41), “[...] cada tempo se distingue de outro pela forma do seu espaço. Na verdade, cada tempo é a sua forma de espaço”. Percebe-se que, apesar das divergências de autores quanto à concepção dessas categorias, entende-se que são fundamentais para o entendimento dos fenômenos sociais e naturais ocorridos no tempo e no espaço. Levando em consideração as transformações espaciais ocorridas nas últimas décadas, verifica-se que os resultados não são em nada favoráveis, pois se observa espaços sobremaneira desiguais e com graves consequências socioeconômicas e ambientais.

Cabe à Geografia, como ciência, estudar e entender de que modo essas aceleradas e constantes alterações refletirão em espaços propiciadores de doenças em nível local e até mesmo mundial, dependendo do grau e intensidade dos danos. Reside aí a grande importância da Geografia Médica³. Tal disciplina vem contribuindo há bastante tempo, ainda que de forma não sistemática, para o desvendamento de enfermidades. Como exemplo, os trabalhos de Hipócrates e seus seguidores (480 a.C.), que naquela época já descreviam e explicavam a ocorrência de doenças em determinados locais.

Nas últimas décadas, houve progressos nessa direção, quando diversos estudos foram realizados por pesquisadores preocupados em expandir os estudos sobre a geografia das doenças e a promoção da saúde (LIMA; GUIMARÃES, 2007; BARCELLOS; MONKEN, 2007; ROJAS, 2008; PICKENHAYN, 2008) entre outros, e percebe-se, ainda que de maneira tímida, a formação de redes para a divulgação de trabalhos em várias regiões do mundo. Entende-se que esses estudos poderão subsidiar políticas públicas de saúde ao fornecer dados seguros para o planejamento de ações em territórios específicos e, consequentemente, a possibilidade de melhoria das suas condições ambientais.

³“[...] disciplina que estuda a geografia das doenças, isto é, a patologia à luz dos conhecimentos geográficos”. (LACAZ; BARUZZI; SIQUEIRA JR, 1972, p. 1).

Na contemporaneidade, é frequente o uso de categorias geográficas no estudo do processo saúde/doença. Sendo assim, no próximo tópico serão tecidas algumas considerações sobre a relação da categoria espaço e território com esse processo, principalmente no que se refere à espacialização de doenças, equipamentos de saúde, investimentos e demarcação dos territórios da saúde.

3.2 Espaço: categoria geográfica de múltiplas abordagens

A pluralidade da Geografia dá à categoria Espaço distintas conotações, variando conforme o tempo e o contexto histórico geográfico. Corrêa (2006) salienta que, no período que se estende de 1870 a 1950, época denominada de Geografia Clássica ou Tradicional, as discussões eram direcionadas em torno dos conceitos de Região e Paisagem, sendo secundárias as abordagens em relação ao espaço, ainda que se apresentassem nas obras de Ratzel e Hartshorne.

Na visão ratzeliana, o espaço é a base fundamental para a existência humana, sendo desenvolvidos nessa época dois conceitos-chave na Geografia: território e espaço vital. Conforme Corrêa (2006, p.18):

O primeiro vincula-se à apropriação de uma porção do espaço por um determinado grupo, enquanto o segundo expressa as necessidades territoriais de uma sociedade em função de seu desenvolvimento tecnológico, do total de população e dos recursos naturais.

O referido autor declara ainda que: “O espaço na visão hartshoriana é o espaço absoluto, isto é, um conjunto de pontos que tem existência entre si, sendo independente de qualquer coisa” (CORRÊA, 2006, p. 18). Na concepção de Hartshorne, o espaço é estático, apenas um receptáculo. Na proposta geográfica de Humboldt está presente a questão espacial, porém na obra de Ritter a preocupação com o espaço aparece de forma mais evidente, já que “[...] para Ritter, a ótica geográfica é aquela que privilegia a importância espacial dos fenômenos”. (MORAES, 1989, p. 182).

Para Corrêa (2006, p. 31), o espaço vivo vincula-se “[...] à geografia francesa e tem raízes, sobretudo na tradição vidaliana [...]”.

A partir da década de 1950, com a revolução teorético-quantitativa, ocorrem profundas transformações na Geografia, momento em que, pela primeira vez, o espaço aparece como conceito-chave na Geografia. De acordo com Corrêa (2006, p. 20), “[...] no âmbito da corrente geográfica em questão o espaço é considerado sob duas formas que não são mutuamente excludentes. De um lado através da noção de planície isotrópica e, de outro, de sua representação matricial”. Nessa visão foi introduzida uma noção limitada do espaço, uma vez que, conforme o referido autor, “[...] privilegia-se em excesso à distância, vista como variável independente. Nesta concepção, de outro lado, as contradições, os agentes sociais, o tempo e as transformações são inexistentes ou relegadas a um plano secundário” (CORRÊA, 2006, p. 22).

Com o surgimento da Geografia Crítica, na década de 1970, novas revoluções teóricas ocorrem, na tentativa de romper com a Geografia Tradicional, como também com a Geografia Teorético-Quantitativa. Para essa corrente, baseada no método do materialismo histórico, a ênfase é dada às interações socioespaciais, sendo o fator social o elemento privilegiado. Nessa linha de raciocínio, a organização espacial reflete a organização da sociedade, isto é, a sua espacialização, determinada pelo modo de produção que a engendrou. Para Corrêa (2006), no centro dos debates, o espaço reaparece como conceito-chave na Geografia.

Em meados da década de 1970, a corrente Humanística da Geografia ganha vários adeptos, cujos estudos encontram suporte teórico-metodológico na Fenomenologia. Para essa corrente, o espaço é entendido como espaço de vivência, do vivido e experimentado, o espaço do cotidiano. A cultura é, nesse paradigma, o eixo básico da organização espacial.

Percebe-se, assim, as diversas acepções do espaço, como o espaço da sala de aula, do verde, de um território, de uma bacia hidrográfica, de um município, ou seja, esse termo comporta uma multiplicidade de significados. Portanto, apontar uma definição para o espaço é uma atividade, no mínimo, complexa.

O espaço, para a Geografia, expressa o meio onde vive a sociedade, mudando conforme o dinamismo dos seres que atuam sobre ele. Para Santos (2006, p. 69), o

espaço é “[...] formado, de um lado, pelo resultado material acumulado das ações humanas através do tempo, e, de outro lado, animado pelas ações atuais que hoje lhe atribuem um dinamismo e uma funcionalidade”. Nessa perspectiva, Santos (2004) assevera que as categorias modificam seus significados ao longo da história, porém a base é permanente, constituindo-se em suporte para a teorização. Sobre isso, o referido autor propõe alguns questionamentos:

Podemos encontrar uma definição única dessa categoria espaço? Ou temos à nossa frente duas coisas diferentes a definir, isto é, o espaço como categoria permanente, ou seja, o espaço – o espaço de todos os tempos – e o espaço tal como hoje se apresenta diante de nós: nosso espaço, o espaço de nosso tempo (SANTOS, 2004, p.147).

O autor supracitado diferencia os dois tipos de espaço, afirmando que o espaço como categoria permanente seria universal, em que os elementos lógicos se dariam a partir de relações permanentes, produzidos de pesquisas do que é imanente, o transitório. Ainda que em nenhum dos casos a definição seja imutável, fixa, eterna, o outro, o nosso espaço, seria:

[...] um conjunto de objetos e de relações que se realizam sobre estes objetos; não entre estes especificamente, mas para os quais eles servem de intermediários. Os objetos ajudam a concretizar uma série de relações. O espaço é resultado da ação dos homens sobre o próprio espaço, intermediados pelos objetos, naturais e artificiais (SANTOS, 1997, p.71).

O referido autor enfatiza que o espaço deve ser analisado nas categorias estrutura (natureza social e econômica), processo (ação que se realiza), função (habitar, vivenciar...) e forma (aspecto visível). Sua abordagem permite analisar a amplitude e complexidade da categoria espaço, que é produzida e reproduzida pela sociedade. De acordo com Moreira (2007, p.65):

O caráter social do espaço geográfico decorre do fato simples de que os homens têm fome, sede e frio, necessidades de ordem física decorrentes de pertencer ao reino animal [...]. No entanto, à diferença do animal, o homem consegue os bens de que necessita intervindo na “primeira natureza”⁴, transformando-a.

Para a compreensão dos antecedentes que colaboraram para a formação das bases estruturais do espaço social da atualidade, buscou-se, nos esclarecimentos de

⁴ “Água, solos e jazidas minerais [...]” (MOREIRA, 2007, p. 67).

Moreira (2007), o entendimento dos fatos. O autor elucida com bastante propriedade os episódios espaço-temporais responsáveis pelas construções geográficas na história, sua evolução estrutural e conflitos espaciais no tempo. Explicita as transformações que ocorreram ao longo da história, mencionando nove formas de espaço no tempo, determinantes nessas mudanças. As formas de espaço apontadas por Moreira (2007) dizem respeito:

- I) À descoberta do fogo e da agricultura que foram determinantes para que ocorresse uma relação estável do homem com o seu espaço, pois com as diversas utilidades do fogo, como para preparar alimentos, fabricar armas e utensílios, o homem passa a controlar o meio e a dominar os territórios, e com a agricultura ocupa de forma permanente uma área e estabelece seu território. Afirma ainda que, da combinação desses dois elementos, são instalados os primeiros núcleos de povoamento, e que “[...] tudo nesses espaços é função da sociabilidade e da inventividade técnica dos grupos humanos. Daí é que advém a movimentação e a sedimentação dos homens sobre os espaços” (MOREIRA, 2007, p. 44). Sendo assim, o homem, a partir do estabelecimento de relações entre o próprio homem e os demais elementos que coexistem na terra não se apresenta apenas como mais um componente desse conjunto, e sim como copartícipe dessa diversidade, formando, assim, o espaço do homem.
- II) Faz uma abordagem sobre o excedente da produção e todas as transformações decorrentes desse fato, como o início da divisão social do trabalho, o nascimento das cidades, o desenvolvimento dos transportes e das técnicas agrícolas. Fica claro que, nesse momento, ocorre uma reestruturação e complexificação do espaço. Com a evolução das técnicas, percebem-se mudanças consideráveis tanto em relação a modificações estruturais como no modo de vida da sociedade, que passa a buscar sempre melhores formas de explorar o espaço.
- III) Aponta as mudanças que dizem respeito ao surgimento da propriedade e das formas de apropriação e as consequências disso, como a estratificação social da população, as lutas de classes, o surgimento do Estado, os modos de produção, culminando em novas formas da paisagem.

IV) O destaque é para a formação dos espaços modernos, decorrentes da evolução das trocas, quando é imperativo o aumento da produção de excedentes, tendo como finalidade a acumulação de capital respaldado pelo Estado.

V) As trocas a longa distância proporcionam o intercâmbio de plantas e animais, modificando a antiga divisão territorial das paisagens do mundo. Afirma, ainda, que os “Cruzamentos misturam paisagens, alargam o ecúmeno, mesclam configurações, tornam os espaços socialmente mais densos, e dão início a uma alteração do equilíbrio ambiental em escala planetária” (MOREIRA, 2007, p. 49. Alteração que tem início nesse momento e que repercute em grandes custos ambientais na atualidade. O intercâmbio asseverado pelo autor certamente foi acompanhado pelas doenças que assolam o mundo, pois, juntamente com animais, plantas e pessoas, foram transportadas também vírus e bactérias.

VI) A forma de transformação mais contundente de todos os tempos, ou seja, a revolução industrial. A partir daí acirra-se não só a divisão territorial do trabalho como também ocorre a integração dos países industrializados, a divisão internacional do trabalho.

VII) O início da segunda revolução industrial, quando ocorre a difusão da atividade industrial por todos os continentes, já que as técnicas possibilitam o desenvolvimento dos meios de transporte, comunicações e transmissão de energia. Grandes alterações da paisagem acontecem nesse período, tanto em relação ao espaço urbano, que se expande para a área rural, como da área rural, que se modifica em função do avanço da indústria e das grandes monoculturas. A degradação ambiental e cultural que se acelera com rapidez sem precedentes e que se arrasta até os dias atuais traz custos ambientais bastantes maléficos para a população, principalmente aquelas com baixo poder aquisitivo.

VIII) Refere-se à cosmopolitização do espaço, momento em que a mídia apresenta papel decisivo ou incisivo no modo de vida das pessoas. É ela quem diz o que comer ou vestir, ou seja, modifica os hábitos e costumes, trazendo a destruição da cultura raiz, tanto no campo como na cidade. Isso certamente repercutirá também no aumento dos resíduos sólidos decorrentes do consumismo acentuado dos

produtos industrializados veiculados na mídia. Mais prejuízo ambiental e consequências nocivas para a população.

IX) Os efeitos da Terceira Revolução Industrial sobre o espaço. Fim do século XX e início do XXI, e as implicações decorrentes da globalização, complexificação e biorrevolução, momento no qual grandes transformações vão ocorrer “[...] na vida e organização espacial da sociedade moderna” (MOREIRA, 2007, p. 56). Nesse contexto, ainda que outros fatores contribuam para as rápidas e amplas mudanças, o que impulsiona com maior intensidade essas alterações são, sem dúvida, as corporações transnacionais. Elas mobilizam recursos produtivos dos mais variados tipos, repercutindo na política e economia de cada país. Essas alterações são mais sentidas nos países subdesenvolvidos ou em desenvolvimento que oferecem mão de obra barata, incentivos fiscais, sindicatos fracos e leis ambientais incipientes, propiciando, assim, solo fértil para a reprodução do capital desses segmentos produtivos.

Todas as transformações pontuadas modificaram de forma significativa o espaço de vivência do homem, induzindo a um desarranjo do espaço e trazendo grande prejuízo à humanidade, quando na atualidade se convive com uma diversidade de problemas decorrentes do mau uso dos recursos oriundos da primeira natureza. O uso intensivo de recursos naturais, com a retirada de madeiras, a mineração, o uso massivo dos cursos d’água como fonte de energia, irrigação, canalização e desvios degradam o ambiente natural, deixando como herança às futuras gerações um planeta extremamente devastado, ou seja, “doente”.

Diante do exposto, na Ciência Geográfica, a multiplicidade de uso do termo espaço possibilita, concomitantemente, uma aplicabilidade variada em diferentes contextos como no caso das análises sociais, ambientais, culturais, físicas, entre outras. Verifica-se que, por sua amplitude, o conceito de espaço pode ser utilizado de modos distintos, sendo parte da realidade, portanto, multidimensional. Autores contemporâneos têm se dedicado a conceituar essa categoria, como é o caso de Lefebvre (1991, p.102), que o considera como “[...] a materialização da existência humana”. Já para Harvey (1996), distintas culturas e grupos sociais possuem diferentes concepções acerca do espaço.

Uma dessas abordagens do espaço que tem ganhado importância nos últimos anos é a relação entre o espaço e a saúde. Assim, nas últimas décadas, vem ocorrendo uma estreita relação entre as análises espaciais e epidemiológicas para melhor compreensão do processo saúde/doença.

O progresso nos estudos da Geografia Médica nos últimos anos e a apreensão do espaço pela epidemiologia deixa claro que a categoria espaço, nessa análise, permite uma maior compreensão e previsibilidades mais seguras sobre o comportamento das doenças. Tal apreensão, inicialmente, era vista como resultado da interação entre organismo e natureza bruta, independente da interferência humana. Porém, a necessidade de pensar novas formas de compreender o processo saúde-doença modifica a forma como essa ciência vê o espaço.

Sobre a apropriação do espaço, em epidemiologia, Czeresnia e Ribeiro (2000, p. 597) afirmam que “[...] o uso do conceito de espaço acompanhou o desenvolvimento teórico da geografia, especialmente da vertente chamada geografia médica [...]”, e que, ao buscar a redefinição do conceito de espaço em epidemiologia, seguindo a linha teórico-conceitual da Geografia, procuraram introduzir no entendimento do processo da doença diferentes dimensões como culturais, sociais e simbólicas, não sendo possível pela dificuldade de dialogicidade entre conceitos de estruturas distintas e fragmentadas entre si. Pontuam ainda que, apesar disso, “[...] o conceito de transmissão, mesmo assim, alcança expressar melhor a articulação entre corpo e meio do que o conceito de risco, desenvolvido posteriormente”. (CZERESNIA; RIBEIRO, 2000, p. 597).

Conforme apontado anteriormente, diversos estudiosos contribuíram significativamente para a compreensão do processo saúde/doença, desde os precursores como Pavlovsky e Max Sorre a Milton Santos, Christovam Barcelos, entre outros na atualidade. Silva (1997, p. 1) pontua que “Pavlovsky desenvolveu uma teoria de marcado cunho ecologista, mas cujo grande mérito foi o de estabelecer o conceito de que o espaço era o cenário no qual circulava o agente infeccioso, a patobiocenose”. Nessa visão, classificava o espaço em natural, ou seja, intocado pelo homem, e antropúrgico, modificado pela ação humana. O referido autor destaca que as alterações ecológicas na patobiocenose eram

determinadas pela transformação do espaço, ou paisagem, resultando na alteração da circulação do agente infeccioso. Aponta que, ainda que a teoria dos focos naturais de Pavlovsky seja bastante limitada para dar resposta às necessidades atuais da epidemiologia, ocorreu significativo avanço na explicação do processo de alteração da epidemiologia de uma doença em decorrência da transformação do espaço pela ação humana, fato “fundamental para a análise do espaço enquanto categoria da epidemiologia”. (SILVA, 1997, p.1).

Barcellos (2000), que mais recentemente se propõe a contribuir com esse debate, declara que as explicações sobre a ecologia da doença tomaram novos rumos com a urbanização das doenças não explicadas pela ecologia da paisagem natural. O autor afirma que Pavlovsky e Max Sorre,

[...] trabalharam com a ecologia, no sentido de ciência das relações entre ambiente e seres vivos, e talvez, por isso, se prenderam aos princípios de equilíbrio meio interno/meio externo, homem/meio, parasitas/hospedeiro (BARCELLOS, 2000, p.1).

O referido autor explicita que esses modelos não são apropriados para o estudo das doenças não transmissíveis e situações epidêmicas, mas podem se adequar aos estudos de algumas endemias.

Sobre os complexos patogênicos de Max Sorre, Ferreira (1991, p. 2) pontua que “[...] o conceito de complexo patogênico amplia o poder analítico e explicativo de uma geografia antes restrita quase exclusivamente à descrição do meio físico”. E que a organização do espaço a partir da ação humana não é estranha à noção de complexo patogênico. Assevera que é necessário aprofundar a análise e recolocá-la a serviço de uma epidemiologia que busque a compreensão do conjunto de fenômenos que analisa. Nesse contexto, Czeresnia e Ribeiro (2000) compartilham a mesma visão de Barcellos (2000), ao afirmarem que:

[...] o espaço, ao ser abstraído como multiplicidade de causas, perde tanto materialidade quanto subjetividade, que a apropriação dessa categoria em epidemiologia desenvolveu-se preferencialmente no contexto do estudo das doenças transmissíveis. Mais especificamente, foi através do estudo das doenças transmitidas por vetores que a abordagem espacial pôde ser mais objetiva, explicitando elos capazes de integrar maior número de elementos e alcançando, assim, maior materialidade na compreensão da relação entre espaço e ocorrência de doenças. A idéia de circulação de agentes específicos no espaço é fundamental a esse desenvolvimento conceitual (CZERESNIA; RIBEIRO, 2000, p.597).

As autoras supracitadas sustentam que as vertentes explicativas do conceito de espaço, em epidemiologia, fortaleceram-se a partir da busca da caracterização mais organizada do espaço de circulação de agentes, empregando os contínuos desenvolvimentos teóricos da geografia.

Chama-se a atenção para a relevante contribuição de Milton Santos na produção teórica da ciência geográfica e no entendimento do processo saúde-doença. O autor contribuiu de forma significativa com a ciência epidemiológica na compreensão do contexto das grandes transformações mundiais, como o aumento populacional, ampliação da urbanização, avanço da fronteira agrícola, alteração do perfil epidemiológico, emergência e/ou reemergência de doenças, entre outros. Outro importante subsídio dado à epidemiologia por esse autor é a sua visão de espaço que leva em consideração a ação do indivíduo, visto como resultado dessas ações (FARIA; BORTOLOZZI, 2009). O espaço, em Milton Santos, é resultado da ação do homem sobre o próprio espaço, intermediado pelos objetos naturais e artificiais. Pode-se afirmar, portanto, que o processo saúde-doença está diretamente associado à relação que o homem tem com o seu espaço de vivência, podendo com suas ações produzir ambientes saudáveis ou gerar espaços propícios a doenças. No próximo tópico abordam-se os principais teóricos dessa discussão.

3.3 Território: as relações de poder na organização do sistema de saúde

A categoria geográfica território tem ampla discussão com Raztel e por longo tempo esteve atrelada quase exclusivamente à ideia de território nacional ou vinculada à Natureza, elemento fundamental do conceito de espaço vital.

A visão ratzeliana considera o território como espaço concreto apropriado por um grupo social ou por um Estado-Nação que o rege por meio de leis, e onde todos serão unidos por laços comuns, tais como a linguagem, os hábitos culturais, a sua formação social. Santos (1996, p. 189 -190) afirma ser:

O Estado-Nação [...] essencialmente formado de três elementos: 1) o território; 2) um povo; 3) a soberania. A utilização do território pelo povo cria o espaço. As relações entre o povo e seu espaço e as relações entre os diversos territórios nacionais são reguladas pela função da soberania. A ação das sociedades territoriais é condicionada no interior de um dado território: 1) pelo modo de produção à escala internacional; 2) pelo sistema político; 3) pelos impactos dos modos de produção e dos momentos precedentes ao modo de produção atual.

Haesbaert (2004, p. 1) propõe-se a discutir a categoria território na acepção vinculada ao poder, “[...] mas não apenas ao tradicional ‘poder político’. Ele diz respeito tanto ao poder no sentido mais concreto, de dominação, quanto ao poder no sentido mais simbólico, de apropriação”, tanto em um caso como em outro, o território se desdobrará “[...] ao longo de um *continuum* que vai da dominação político-econômica mais ‘concreta’ e ‘funcional’ à apropriação mais subjetiva e/ou ‘cultural-simbólica’”.

O referido autor pontua que mais recentemente, ou seja, nas sociedades “pós-modernas” há um predomínio do “[...] controle da mobilidade, dos fluxos (redes) e, consequentemente, das conexões - o território passa então, gradativamente, de um território mais ‘zonal’ ou de controle de áreas para um ‘território-rede’ ou de controle de redes”. Assim, a circulação ou a mobilidade passa a ser um componente essencial na constituição do território (HAESBAERT, 2004, p.5).

Diante da grande variedade de tipos e níveis de controle territorial, a sua intensidade vai depender do tipo (funcional ou simbólico) e dos sujeitos que o promovem (a grande empresa, o Estado, os grupos locais, entre outros). Assim, há uma multiplicidade de territórios apontados por Haesbaert (2004, p. 8):

1. Territorializações mais fechadas, quase “uniterritoriais” no sentido de imporem a correspondência entre poder político e identidade cultural, ligadas ao fenômeno do territorialismo, como nos territórios defendidos por grupos étnicos que se pretendem culturalmente homogêneos, não admitindo a pluralidade territorial de poderes e identidades.
2. Territorializações político-funcionais mais tradicionais, como a do Estado-nação que, mesmo admitindo certa pluralidade cultural (sob a bandeira de uma mesma “nação” enquanto “comunidade imaginada”, nos termos de Anderson, 1989), não admite a pluralidade de poderes.
3. Territorializações mais flexíveis, que admitem a sobreposição territorial, seja sucessiva (como nos territórios periódicos ou espaços multifuncionais na área central das grandes cidades) ou concomitantemente (como na sobreposição “encaixada” de territorialidades político-administrativas).

4. Territorializações efetivamente múltiplas – uma “multiterritorialidade” em sentido estrito, construídas por grupos ou indivíduos que constróem seus territórios na conexão flexível de territórios multifuncionais e multi-identitários.

Haesbaert (2004, p. 348) distingue ainda duas grandes perspectivas de tratamento da multiterritorialidade, que se refere a uma “[...] multiterritorialidade ‘moderna’, zonal ou de territórios de redes, embrionária, e a que se refere à multiterritorialidade ‘pós-moderna’, reticular ou de territórios-rede propriamente ditos, ou seja, a multiterritorialidade em sentido estrito”.

Assim, a multiterritorialidade na visão de Haesbaert (2004, p. 14) traria não apenas mudanças quantitativas, ou seja, aumento da quantidade de territórios, mas também modificações qualitativas, “[...] na medida em que temos hoje a possibilidade de combinar de uma forma inédita a intervenção e, de certa forma, a vivência, concomitante, de uma enorme gama de diferentes territórios”.

Dessa forma, a flexibilidade territorial da atualidade abre possibilidades para que um maior número de indivíduos usufrua de maior variedade de territórios, “[...] seja no sentido da sua sobreposição num mesmo local, seja da sua conexão em rede por vários pontos do mundo” (HAESBAERT, 2004, p. 14).

Para alguns autores, a exemplo de Santos (2004, p. 232-233), o território é anterior ao espaço, pois a “[...] utilização do território pelo povo cria o espaço” e as relações entre estes e as relações entre os vários territórios nacionais são geridas pela função da soberania.

Souza (2006) diferentemente de Milton Santos entende que o espaço é anterior ao território, pois

[...] sempre que houver homens em interação com um espaço, primeiramente transformando a natureza (espaço natural) através do trabalho, e depois criando continuamente valor ao modificar e retrabalhar o espaço social, estar-se á também diante de um território, e não só de um espaço econômico: é inconcebível que um espaço que tenha sido alvo de valorização pelo trabalho possa deixar de estar territorializado por alguém. Assim como o poder é onipresente nas relações sociais, o território está, outrrossim, presente em toda a espacialidade social – *ao menos enquanto o homem estiver presente* (SOUZA, 2006, p. 96, grifos do autor).

Santos (2004, p. 233) pontua também que “[...] o território é imutável em seus limites, uma linha traçada de comum acordo ou pela força [...]” e que, apesar de não apresentar a mesma extensão ao longo da história, em um momento específico ele apresenta um dado fixo. A sua transformação em espaço se dá de acordo com a sua efetiva ocupação por um povo ao longo da história, ou seja, é resultado da forma de uso desse território por um povo e que é transformado pelo poder soberano em coercitiva. Assim, o uso deste poder irá determinar os tipos de relações entre as classes sociais e as formas de uso e ocupação que irão prevalecer neste território.

Souza (2006, p. 81, grifos do autor) corrobora com essa visão ao pontuar que “[...] o território é essencialmente um instrumento de exercício de poder: *quem domina ou influencia quem nesse espaço, e como?*” O referido autor afirma ainda que “A palavra território normalmente evoca o ‘território nacional’ e faz pensar o estado – gestor por excelência do território nacional [...]”, entretanto o território não deve ser pensado apenas em sua relação com o Estado, mas nas diversas escalas, seja internacional, nacional, regional ou local, podendo ser de caráter permanente ou periódica.

Dessa forma, diversos territórios podem ser formados além do território nacional, ou seja: “Todo espaço definido e delimitado por e a partir de relações de poder é um território” (SOUZA, 2006, p. 111), sejam os territórios indígenas, dos quilombolas, das prostitutas, dos moradores de rua, do tráfico, entre outros. Conforme antes explicitado, mais recentemente o uso dessa categoria vem sendo feito pelos gestores da saúde que se propõem a organizar e planejar a saúde a partir da fragmentação de regiões e formação de diversos territórios com características semelhantes em relação à interação física, socioeconômica e ambiental.

Souza (2006) chama a atenção ainda para o fato de que o território não deve ser visto apenas como uma variável estratégica de uso e controle do território, e que a divisão real de poder deve ter maior relevância quando da formulação de estratégias de desenvolvimento socioespacial de forma ampla, ou seja, que promovam estratégias que possibilitem maior justiça social não se limitando apenas ao crescimento econômico e modernização tecnológica.

Neste contexto, pode-se assegurar que a categoria geográfica Território é essencial nos estudos que envolvem as questões relacionadas ao processo saúde/doença, principalmente quando se refere à demarcação/construção dos territórios da saúde. Entende-se que, para o uso de delimitações, essa categoria seja mais apropriada. Monken et al. (2008, p. 4) ratificam essa afirmativa ao pontuarem que:

[...] entre as muitas diferenças dos conceitos de espaço e território, a mais marcante talvez seja que a ideia de espaço não faz referência a limites e ao acesso, enquanto a de território imediatamente nos recorda dos limites e das restrições ao acesso dos que a ele não "pertencem" [...].

De acordo com Monken et al. (2008, p. 15) é recente “[...] o aumento do interesse pelo território na saúde [...] e partiu principalmente dos gestores de saúde e estudiosos em administração dos serviços e dos próprios trabalhadores destes serviços (principalmente os que atuam na ponta do atendimento)”. Conforme esses autores, diferente do conceito de espaço, o de território não tinha despertado nos sanitaristas o mesmo interesse, entretanto a mudança dessa ordem abre possibilidades para uma nova aproximação entre a saúde coletiva e a Geografia.

Destarte, o termo utilizado por diversas ciências e especificamente como categoria de análises da Geografia, passa a ser empregado por epidemiologistas dentro de uma nova lógica de organização e ordenamento dos territórios da saúde.

A estruturação dos sistemas de saúde, tendo como base a dimensão territorial é largamente utilizada em diversos países do mundo como Finlândia, Inglaterra, Suécia, Costa Rica, Cuba, entre outros. Essa estruturação tem dado bons resultados quanto à eficiência e resolutividade dos serviços prestados à população desses países. De acordo com Silva e Mendes (2004, p. 59):

Há, pelo menos, duas concepções de território aplicadas aos sistemas de serviços de saúde. A primeira toma-o de forma naturalizada como um espaço físico que está dado e está completo; nesta concepção, são os critérios geográficos que definirão um território denominado de território-solo. A segunda, coerente com a proposta da regionalização cooperativa, vê o território como processo, como um espaço em permanente construção, produto da dinâmica social onde se tensionam sujeitos sociais postos na arena político-sanitária. Uma vez que essas tensões são permanentes, o território nunca está acabado, mas, ao contrário, em permanente construção e reconstrução.

Entende-se que a concepção de território como processo seja mais adequada na aplicação dos sistemas de serviços de saúde, já que, os distritos sanitários são estruturados em uma base conflituosa e complexa devido a heterogeneidade peculiar aos diversos territórios que podem ser percebidos em um determinado espaço. Cada território pode apresentar características física, política, econômica, social, ambiental e cultural bastante diferenciada, o que exige olhares distintos para cada um. Em função disso, está em constante transformação, é dinâmico e a todo o momento pode e deve sofrer modificações para acompanhar a dinamicidade que lhe é característica.

Araújo e Augusto (2004, p. 59) afirmam que:

O território de um distrito sanitário é, pois, político, epidemiológico, cultural e econômico. Nele se exercita a hegemonia de modelos de políticas públicas, a exemplo da saúde pública e a tentativa de fazer cumprir seus princípios orientadores - da universalidade, da integralidade e da equidade - na atenção à saúde.

Nesse sentido, a análise territorial passa a ser fundamental para o cumprimento das diretrizes do Sistema Único de Saúde – SUS, quanto à universalidade, integralidade, equidade e descentralização da saúde. De acordo com Souza (2003, p. 69), é imprescindível ter conhecimento da localização dos equipamentos de saúde, onde e como vivem os pacientes. “Em que condições? Se ele vive mal, o que adianta cuidá-lo em um centro de saúde modelo e exemplar? É preciso cuidar do lugar onde o cidadão vive, não apenas lá onde ele procura o serviço médico-hospitalar”.

Sendo assim, observa-se que não basta ter um setor de saúde que funcione bem para que o município seja saudável, é imprescindível a informação para a análise territorial, tais como “Os centros de saúde, por exemplo, que informação detém? Onde são armazenadas? Apenas na Secretaria da Saúde? E os demais aspectos da vida que implicam na qualidade da saúde e da vida das pessoas, como integrá-los”? Dessa forma, sem o conhecimento do território não poderá existir vínculo, acolhimento, hierarquização ou responsabilização (SOUZA, 2003, p. 70).

Observa-se que em diversos estados brasileiros existem hospitais com setores bem equipados, infraestrutura nova e moderna, possuindo todos os mecanismos

necessários ao atendimento da população, com exceção dos recursos humanos capacitados e qualificados, imprescindível nesse processo. Além disso, aspectos fundamentais da promoção da saúde, tais como o alcance da equidade, a participação social e a intersetorialidade, essenciais à melhoria da qualidade de vida são fatores que estão aquém da realidade brasileira.

Dessa forma, o conhecimento do território é essencial para uma boa gestão dos serviços de saúde, pois, somente através de informações precisas, os gestores poderão direcionar as ações adequadas para a resolução de problemas em áreas específicas. Para o conhecimento da real situação de saúde de determinada população faz-se necessária a delimitação de uma base territorial, ideia ratificada por Monken (2003, p.16) ao ressaltar que:

[...] o estabelecimento dessa base territorial é um passo básico para a caracterização da população e seus problemas de saúde, bem como o dimensionamento do impacto do sistema sobre os meios de saúde dessa população e, também, para a criação de uma relação de responsabilidade entre os serviços de saúde e sua população adscrita.

Os diversos territórios, seja na escala nacional, estadual, regional ou municipal, possuem especificidades inerentes a cada um e, apesar de serem considerados territórios sanitários, necessitam ser fragmentados em outros territórios para a construção de redes de atenção à saúde mais eficazes e de qualidade. No caso da mesorregião, estas são constituídas por microrregiões sanitárias, compostas por municípios contíguos, os quais prestam a sua população os serviços de atenção primária e secundária (média complexidade). O arranjo das redes de atenção à saúde disposta dessa forma se deve ao fato de que 97% do total de ações de um sistema de serviços de saúde são demandados pela atenção primária e secundária, devendo cada município oferecer no mínimo a atenção primária à população, funcionando de acordo com o critério de divisão territorial definida em cada município. Nesse arranjo de atenção à saúde, dever-se-á ainda possuir o território macrorregional sanitário que ofertará os serviços de atenção terciária, ou seja, os serviços de alta complexidade (MINAS GERAIS, 2004).

Nessa nova organização é possível prever danos e riscos à saúde a partir do diagnóstico sobre a situação e as condições de vida da população em áreas

delimitadas, assim o território passou a ter múltiplas divisões e funcionalidades, porém com um mesmo objetivo, o de oferecer assistência, proporcionando melhorias na qualidade de vida e saúde da população.

3.4 Antecedentes da Geografia Médica: contribuições para o entendimento do processo/doença

A relação do homem com o espaço e a ocorrência de doenças é uma preocupação que pode ser encontrada desde a Antiguidade. Sendo assim, pode-se deduzir que, antes mesmo da sistematização da Geografia já havia a relação entre o conhecimento considerado geográfico e a busca em compreender a doença no homem, especialmente em como ela surgia em espaços diferentes simultaneamente.

Diversos estudiosos da temática se propuseram a compreender essa relação, entretanto Hipócrates (480 a.C.) foi o responsável pelos primeiros apontamentos nessa direção, quando descreve e relaciona as doenças aos locais de ocorrência. Em sua obra *Dos ares, das águas e dos lugares*, o autor aborda a relação das doenças com o modo de vida dos indivíduos, assim como a influência das estações do ano, da direção dos ventos e da localização das cidades na ocorrência das doenças (PESSÔA, 1978).

Prosseguindo as considerações sobre a relevância dos estudos de Hipócrates nesse processo, ele traçou a diferença entre doença endêmica e epidêmica, sendo a primeira classificada como aquela sempre presente na população de um determinado local e, a segunda, como a que aparecia com maior ou menor frequência, dependendo da época ou condições (PESSÔA, 1978). Segundo Andrade (2000), nas análises de Hipócrates, era perceptível a relação homem/meio, cuja literatura influenciou todas as discussões importantes ligadas à Geografia Médica até o século XVII.

Com o advento das grandes navegações nos séculos XVI e XVII, ocorre um estímulo nos estudos da Geografia Médica, surgindo, nessa época, trabalhos que

discutem a geografia das doenças. Apesar de seguirem a linha hipocrática, os estudos, além dos aspectos relacionados às doenças, abordam também as condições de vida.

Foucault (1988) deixa claro que as transformações ocorridas na primeira metade do século XVIII, principalmente nos centros urbanos europeus influenciam sobremaneira a grande medicina urbana da segunda metade desse século, consistindo em três grandes objetivos:

1º) Analisar os lugares de acúmulo e amontoamento de tudo que, no espaço urbano, pode provocar doença, lugares de formação e difusão de fenômenos epidêmicos ou endêmicos. São essencialmente os cemitérios. E assim que aparecem, em torno dos anos 1740 – 1750, protestos contra o amontoamento dos cemitérios e, mais ou menos em 1780, as primeiras grandes emigrações de cemitérios para a periferia da cidade. É nesta época que aparece o cemitério individualizado, isto é, o caixão individual, as sepulturas reservadas para as famílias, onde se escreve o nome de cada um. 2º) A medicina urbana tem um novo objeto: o controle da circulação. Não da circulação dos indivíduos, mas das coisas ou dos elementos, essencialmente a água e o ar. 3º) Outro grande objeto da medicina urbana é a organização do que chamarei distribuições e seqüências. Onde colocar os diferentes elementos necessários à vida comum da cidade? E o problema da posição recíproca das fontes e dos esgotos ou dos barcos-bombeadores e dos barcos-lavanderia. Como evitar que se aspire água de esgoto nas fontes onde se vai buscar água de beber; como evitar que o barco-bombeador, que traz água de beber para a população, não aspire água suja pelas lavanderias vizinhas? Essa desordem foi considerada, na segunda metade do século XVIII, responsável pelas principais doenças epidêmicas das cidades. Daí a elaboração do 1º plano hidrográfico de Paris, em 1742, intitulado *Exposé d'un plan hidrographique de la ville de Paris*, primeira pesquisa sobre os lugares em que se pode dragar água que não tenha sido suja pelos esgotos e sobre polícia da vida fluvial. De tal modo que em 1789, quando começa a Revolução Francesa, a cidade de Paris já tinha sido esquadinhada por uma polícia médica urbana que tinha estabelecido o fio diretor do que uma verdadeira organização de saúde da cidade deveria realizar (FOUCAULT, 1988, p. 53-54).

Assim, por intermédio dessa medicina social urbana do Século XVIII, passa-se a analisar não apenas corpos e organismos, mas também o ar, a água, decomposições, fermentos, as condições de vida e do meio. Foucault (1988, p. 54-55) pontua que: “Esta medicina das coisas já delineia, sem empregar ainda a palavra, a noção de meio que os naturalistas do final do século XVIII, como Cuvier, desenvolverão”. Afirma ainda que não houve uma passagem da análise do organismo para a análise do meio ambiente, mas sim da análise do meio para a dos efeitos do meio sobre o organismo, para posteriormente analisar o próprio organismo.

Outras contribuições para o aprofundamento das discussões na Geografia Médica são apresentadas no final do século XVIII na obra de Ludwig Finke, mais especificamente em 1792. Os estudos implicam em análises mais sistematizadas na área da saúde. Conforme Bousquat (2000, p. 29-30), “[...] é a primeira vez, na era moderna, que é elaborada uma obra de vulto sobre o tema”, sendo esta considerada por alguns autores como o marco da disciplina da Geografia Médica. De acordo com Bousquat e Cohn (2004, p. 2), as obras de Finke orientavam-se pela “[...] corrente médica europeia, inicialmente conhecida como a dos sistematizadores”, cujos formadores buscavam uma única causa para a origem das doenças. Contudo, em fins do século XVIII, Finke e grande parte dos médicos adeptos dessa corrente percebem que seu pensamento em relação à origem das doenças não dava resposta à complexidade do mundo, retomando em outra perspectiva a contribuição dos gregos, que passa a ser denominada de “empirismo neo-hipocrático”. Nessa nova visão, acredita-se que somente por meio de uma observação mais criteriosa do mundo seria possível detectar as causas das doenças.

Assim, os estudos de Hipócrates são retomados levando em consideração o processo saúde-doença a partir da influência dos fatores ambientais e sociais. Nos trabalhos realizados por Sigaud, traduzidos por Renato Aguiar (2009), o autor pontua que o neo-hipocratismo seguia duas vertentes: I) A convicção de que as doenças contagiosas eram transmitidas predominantemente pelo ar; II) Divergência entre a noção de contágio e infecção. Assim, há uma clara divisão dos higienistas para a explicação das causas e formas de transmissão das doenças, ou seja, a vertente contagionista e a anticontagionista.

Segundo a concepção contagionista, uma doença podia ser transmitida do indivíduo doente ao indivíduo saudável pelo contato físico ou, indiretamente, por objetos contaminados pelo doente ou pela respiração do ar circundante. De acordo com tal concepção, uma doença causada por determinadas condições ambientais continuaria a se propagar, independentemente dos miasmas que lhe deram origem. As práticas de isolamento de doentes, a desinfecção de objetos e a instituição de quarentenas consistem em resultados importantes dessa forma de explicar a transmissão das doenças (FINKELMAN, 2002, p. 31).

Na explicação anticontagionista, as doenças seriam transmitidas a partir da emanação de miasmas, ou seja, locais que apresentassem insalubridade (águas

paradas, acúmulo de lixo e esgotos, moradias sem ventilação) seriam propícios para a infecção e, consequentemente, o adoecimento.

Apesar da contribuição da teoria miasmática para os estudos epidemiológicos da época, essas foram consideradas equivocadas quando, a partir das últimas décadas do século XIX, a descoberta de Moris Pasteur (1842-1895) e Robert Koch (1843-1910) acerca dos micróbios (vírus e bactérias) e do agente etiológico (causador da doença), é instituída, ou seja, a “Teoria Bacteriana” ou “Teoria dos Germes” que substituiu a Geografia Médica Hipocrática. Essa teoria atribuía às doenças exclusivamente a penetração e multiplicação de uma bactéria, abandonando a importância do meio ambiente na atuação destas. Nesta época, a teoria da unicausalidade alcança seu ápice. Desse modo, a medicina perde o interesse pelo meio ambiente e valoriza a pesquisa do corpo humano.

Segundo Fonseca (1997, p. 6), a partir desse modelo biologicista, “[...] o homem é considerado um ser cujas ações estão limitadas ao funcionamento mecânico dos órgãos e sobre o qual atuam processos biológicos ou físico-químicos que desequilibram o sistema”. Nesse período, devido à hegemonia da Teoria Bacteriana, a Geografia Médica não avança em seus estudos, passando a ser excluída dos currículos de medicina.

A consciência da relação entre as condições do espaço e as doenças resulta em maior preocupação, de 1830 a 1875, quando o saneamento é apontado como única maneira de controlar a transmissão das doenças infectocontagiosas. Nessa mesma época foram formulados e executados projetos de saneamento nos espaços urbanos degradados de Londres, Berlim e Nova Iorque. De acordo com Guimarães (2001, p.160):

Os médicos passaram a controlar o espaço social por meio das estatísticas da saúde e dos inventários de distribuição das habitações, pessoas e doenças pelo território. As chamadas topografias médicas transformaram-se em um poderoso instrumento de poder político dos médicos na realização desta tarefa.

Ainda no século XIX surgem os primeiros trabalhos sistematizados que apresentam a distribuição regional das doenças descritas e cartografadas, para orientar obras de

saneamento ambiental. Esses trabalhos tiveram como resultado os famosos atlas ambientais da segunda metade do século XIX, a exemplo dos estudos de John Snow que, em 1855, espacializa o cólera na cidade de Londres, fazendo a relação da doença com as fontes de distribuição de água nas áreas afetadas pela enfermidade (ANDRADE, 2000).

A teoria Bacteriana perde influência a partir do momento em que suas explicações passam a não ser satisfatórias no campo da saúde. O desenvolvimento da doença não se resume na presença exclusiva de um único agente e sim por uma série de outros fatores incluindo o fator social e a constituição psicobiológica do homem, sendo, portanto, substituída pela teoria da multicausalidade, aproximando a Geografia Médica da epidemiologia (PEITER, 2005).

Na década de 1930 do século XX, o parasitologista Evgeny Nikanorovich Pavlovsky contribui significativamente para o entendimento da relação espaço geográfico e doenças transmissíveis, através da teoria dos focos naturais das doenças transmissíveis. Andrade (2000, p.153) ressalta que: “Segundo esta concepção teórica, a doença tende a ter um habitat natural, da mesma maneira que as espécies. Ao penetrar nos habitats (focos naturais), o homem levaria para o seu lugar a ocorrência de casos das doenças”. Sendo assim, essa teoria explicaria a disseminação de determinadas doenças infectocontagiosas no espaço. De acordo com Vieites e Freitas (2007, p. 194):

A definição de foco natural circunscreve-se a doenças transmitidas através de vetores, não se referindo ao estudo de doenças que, mesmo apresentando um agente etiológico definido, propagam-se através do contato direto ou mesmo pela inalação de ar contaminado, como difteria, sarampo, escarlatina e doenças respiratórias.

De acordo com esses autores, essa teoria influenciou de forma significativa trabalhos de outros estudiosos dessa temática no Brasil. Samuel Pessoa (1898-1976), por exemplo, seguindo essa linha de raciocínio abriu uma escola de estudos em Geografia Médica no Brasil. Suas pesquisas se resumiam basicamente a doenças transmitidas por vetores, como malária, filariose, esquistossomose, doença de chagas, entre outras.

Silva (1986) também reelaborou as ideias de Pavlovsky analisando a doença de chagas no estado de São Paulo. De acordo com Vieites e Freitas (2007, p. 195), esse autor radicaliza a noção de foco antropúrgico, originado pela ação antrópica, “[...] destacando a utilidade deste conceito para expressar a determinação social das formas de ocupação do espaço e da distribuição das doenças neste espaço transformado pela ação humana”.

Sendo assim, pode-se afirmar que a relação do espaço geográfico com a ação humana e a ocorrência de doenças vêm sendo percebida há alguns séculos, entretanto mais visível nos últimos tempos em função da complexidade que apresenta, principalmente os espaços deteriorados das áreas em função da densidade populacional que cada vez mais transforma esses espaços em caos urbanos, tendo reflexos irradiados por todo o mundo.

Outra contribuição importante para os avanços nessa direção foi o “complexo patogênico” do geógrafo francês Maximilian Joseph Sorre (1880-1962), ou como é mais conhecido, Max Sorre, em 1943. Para Sorre (1984, p. 42), os “complexos patogênicos” são infinitos tanto em números como em variedades, e “[...] seu conhecimento constitui a base de toda a Geografia Médica”. Nessa visão, a saúde humana está ligada à relação do homem com o meio ambiente, principalmente as doenças infecciosas e parasitárias.

Ainda sobre o Complexo Patogênico de Sorre, Lima e Guimarães (2007, p. 60) asseveram que:

Para cada doença pode-se identificar uma área que equivale a dadas condições ecológicas-ambientais, localizáveis no tempo e no espaço. Os complexos recebem o nome da doença a que se referem como, por exemplo, complexo da malária, da febre amarela, da doença de chagas, etc.

Sorre (1984, p. 54) afirma que a ação exercida pelos “complexos patogênicos” sobre o meio limita a multiplicação dos grupos humanos, aumentando a mortalidade e diminuindo as possibilidades daqueles que sobrevivem aos seus ataques. Exemplifica com o complexo da malária, apontando que a elevada morbidade e, consequentemente, a letalidade, diminuem de forma considerável a atividade dos seres humanos. Na verdade, assim como a malária, todas as doenças trazem

implicações negativas não só às pessoas doentes, pois, segundo Sorre (1967, p. 35): “La transmisión del agente patógeno se realiza de hombre a hombre o por mediación del agua (afecciones hídricas) o del aire”.

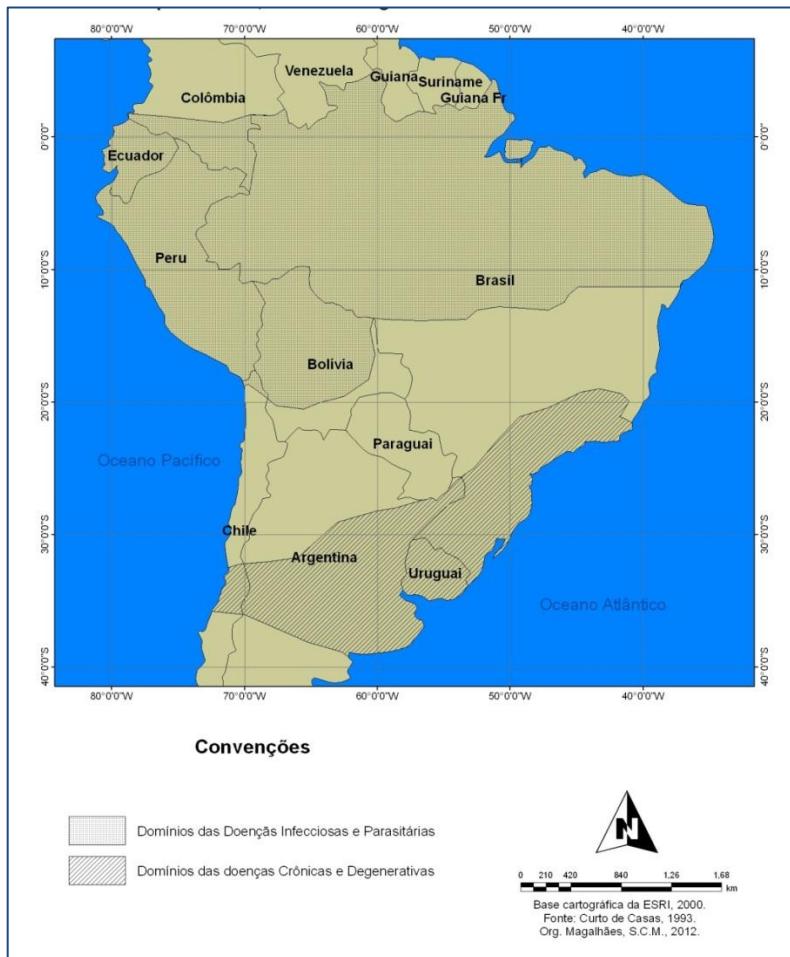
Na concepção de Andrade (2000, p. 157), na década de sessenta do século XX, os estudos da Geografia Médica se desenvolveram influenciados pela “revolução quantitativa”, sendo que “[...] os geógrafos médicos americanos foram os primeiros a incorporar o desenvolvimento das tecnologias quantitativas em seus estudos”. A produção de grande quantidade de estudos, nessa época, foi possível através do uso da computação na geração de mapas e uso de tecnologias ligadas a estatísticas e modelos referentes à ocorrência e distribuição de doenças.

Na segunda metade do século XX com os progressos decorrentes da evolução das técnicas sanitárias e avanços da medicina, ocorre a chamada transição epidemiológica, ou seja, o decréscimo das doenças infectocontagiosas e o aumento das crônico-degenerativas. Sobre esse assunto, Lima e Guimarães (2007, p. 62) apontam que:

A Transição Epidemiológica só atingiu a população que pode usufruir dos benefícios sociais e tecnológicos do DESENVOLVIMENTO. Não se pode esperar que o DESENVOLVIMENTO chegue a todos. Vê-se então que há uma determinação mais forte que o meio ambiente, o meio social. Deste modo, pode-se falar em Determinação Social das Doenças.

Dessa forma, Lima e Guimarães (2007) afirmam que nem todos participaram dessa transição epidemiológica, pois o acesso ao saneamento básico, educação, saúde de qualidade, como também a maioria dos serviços básicos para uma boa qualidade de vida é desigualmente distribuída nas diversas regiões do mundo. O Brasil segue essa tendência, quando em algumas regiões, como a Sul e a Sudeste, a distribuição desses serviços é superior à de outras regiões como é o caso do Norte e Nordeste do Brasil (Mapa 2).

Mapa 2 - Domínio das doenças infecciosas-parasitárias e crônicas degenerativas na América do Sul



Fonte: Curto de Casa (1993) apud Guimarães (2007)

A partir da leitura do Mapa 2 é possível observar que uma extensa área brasileira ainda se encontra na faixa onde predominam as doenças infecciosas e parasitárias, enquanto uma pequena faixa, que abrange especificamente a Região Sul e uma pequena parte da Sudeste, apresenta a predominância das doenças crônico-degenerativas. No caso da região Norte de Minas Gerais, por ter características físicas e socioeconômicas semelhantes às da região Nordeste, enquadra-se nesse conjunto de fatores que fazem com que essa região possua um dos piores indicadores de pobreza, mortalidade e morbidade do Estado de Minas Gerais.

Entende-se que têm ocorrido grandes avanços nos estudos dessa temática, quando diversos autores, como Lacaz (1972), Ferreira (1991), Andrade (2000), Ribeiro (2000), Paraguassu-Chaves (2001), Lima e Guimarães (2007), vêm contribuindo de

forma significativa para o progresso das pesquisas em Geografia Médica. Entretanto, percebe-se que esses estudos precisam ser ampliados, pois pouco se tem avançado em algumas regiões, como é o caso do Norte de Minas Gerais, ainda que possua um campo amplo para pesquisas nessa temática. Dessa forma, a ampliação dessa discussão nas áreas carentes de estudos sistematizados é de suma importância por diversos fatores, mas, principalmente, por poder subsidiar políticas públicas de saúde local que poderão atuar prioritariamente nos espaços necessitados de maior atenção no que se refere à promoção de saúde.

3.5 A Promoção da Saúde e os reflexos no sistema público de saúde brasileiro

A preocupação com a promoção da saúde da população ocorreu com os estudos de Winslow em 1920, quando apresenta os primeiros conceitos sobre a temática, seguido por Sigerist, em 1946. Estes definem quatro tarefas essenciais à medicina: I) a promoção da saúde; II) a prevenção das doenças; III) a recuperação; e IV) a reabilitação. Sendo assim, verifica-se que desde essa época há uma preocupação com a promoção da saúde (BRASIL, 2007b).

Em seguida, outros estudiosos da temática, como Leavell e Clark em 1965, descrevendo o padrão da história natural das doenças, apresentaram os níveis de prevenção primária, secundária e terciária. A promoção da saúde incluída no nível de prevenção primária mostra que a preocupação não é apenas com a doença, mas também com as formas de aumentar a saúde e o bem-estar geral. Becker (2001, p. 117) afirma que esses autores propõem algumas atividades que possibilitariam a promoção da saúde, o que incluiria “[...] a boa nutrição, o atendimento às necessidades afetivas, educação sexual, orientação pré-nupcial e parental, boas condições de moradia, trabalho e lazer, além de exames periódicos e educação para a saúde”.

O conceito de promoção da saúde que aparece no modelo da história natural da doença, proposto por Leavell e Clark é centralizado no indivíduo, dentro do paradigma biomédico, por isso não consegue alcançar a resolutividade sobre doenças que necessitam focalizar a atenção nos ambientes, nas condições sociais e

nos estilos de vida. Assim, é necessário ampliar as discussões e definir de forma mais abrangente o conceito de promoção da saúde (BRASIL, 2007b).

Nessa linha de raciocínio, esse conceito é mais bem delineado na proposta de Marc Lalonde, Ministro da Saúde e bem-estar do Canadá, quando, em 1974, lança um documento, cujo nome é “*A new perspective on the health of Canadians*” (Uma nova perspectiva da saúde de canadenses). Tal relatório deixa claro que a boa saúde é o alicerce sobre o qual o progresso social é construído, e que uma nação com pessoas saudáveis pode ser a resposta para o desenvolvimento (LALONDE, 1974).

Nessa perspectiva, através da avaliação das causas das doenças e das mortes no Canadá e dos fatores que afetavam o nível de saúde no país, o relatório Lalonde dividiu os fatores que afetam a saúde dos indivíduos e das populações em quatro grupos: biologia humana, meio ambiente, estilo de vida e organização dos serviços e saúde.

As propostas decorrentes desse documento contribuíram universalmente com o conceito de promoção da saúde ao sugerirem ações necessárias à resolução de problemas, propondo a unificação dos diversos segmentos da sociedade: I) Profissionais de saúde; II) Instituições de saúde; III) Comunidade científica; IV) Sistema Educacional; V) Governos municipais, estaduais e federais; VI) Setor empresarial e sindicatos; VII) Associações voluntárias; e VIII) Sociedade em geral.

O moderno sistema de saúde em vigência na atualidade, no Brasil, teve como alicerce as discussões realizadas em diversas regiões do mundo e, principalmente, seguindo a proposta do documento Lalonde (1974), que deu origem, também, às conferências de Alma-Ata e Ottawa, as quais foram determinantes na elaboração de importantes documentos, como a Declaração de Alma-Ata e a Carta de Ottawa, que são a base da saúde pública em quase todos os países do mundo.

A partir das conclusões do relatório Lalonde e das cartas das conferências internacionais de saúde que se seguiram, o conceito de promoção da saúde foi sendo consolidado e colocado como referência fundamental para a maioria dos sistemas de saúde no mundo. Becker (2001, p. 42) afirma que “[...] a partir destas

conferências, a promoção da saúde passou a ser cada vez mais considerada nas políticas de saúde de diversos países" (Quadro 1).

Quadro 1 - Principais conferências internacionais da OMS desde 1970

Ano	Documento	Tema	Local
1977	30ª Assembleia Mundial da Saúde	Saúde Para Todos no Ano 2000	...
1978	Declaração de Alma-Ata (Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde Primários)	Saúde Para Todos no Ano 2000	ex-URSS
1986	Carta de Ottawa (1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde)	Promoção da Saúde nos Países Industrializados	Canadá
1988	Declaração de Adelaide (2ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde)	Promoção da Saúde e Políticas Públicas Saudáveis	Austrália
1991	Declaração de Sundsvall (3ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde)	Promoção da Saúde e Ambientes Favoráveis à Saúde	Suécia
1997	Declaração de Jacarta (4ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde)	Promoção da Saúde no Século XXI	Indonésia
2000	Declaração do México (5ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde)	Promoção da Saúde: Rumo a Maior Equidade	México
2005	Carta de Banguecoque (6ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde)	Promoção da Saúde num Mundo Globalizado	Tailândia

Fonte: Meireles, 2008. Org.: Magalhães, 2012

Na Conferência de Alma-Ata é preconizado que a saúde é:

[...] o estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade - é um direito humano fundamental, e que a consecução do mais alto nível possível de saúde é a mais importante meta social mundial, cuja realização requer a ação de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor saúde. (DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA, 1978)

Chama a atenção, ainda, para diversas lacunas existentes no setor de saúde, e que impedem o desenvolvimento econômico e social das nações. Um ponto destacado foi a desigualdade no estado de saúde entre os povos, ou seja, entre países desenvolvidos e em desenvolvimento e mesmo dentro dos próprios países. Também se destacou que os povos têm o direito e o dever de participar do planejamento e execução do cuidado com a sua saúde.

Na Declaração de Alma-Ata é enfatizado que os cuidados primários com a saúde são essenciais, com base em metodologias e tecnologias práticas, cientificamente

bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, para que todos os sujeitos tenham acesso a ela. Dessa forma, a participação de todos os cidadãos, de maneira ininterrupta, constituirá em alicerce para o desenvolvimento econômico, social, político e cultural. Enfim, os cuidados primários com a saúde refletem positivamente em todos os setores da sociedade, repercutindo no desenvolvimento de todas as nações. Na Declaração é destacada ainda elementos essenciais para uma boa qualidade de vida, como I) Educação; II) Métodos de prevenção e controle; III) Promoção da distribuição de alimentos e da nutrição; IV) Serviços de saneamento básico; V) Cuidados de saúde materno-infantil, incluindo o planejamento familiar; VI) Imunização contra as principais doenças infecciosas; VII) Prevenção e controle de doenças localmente endêmicas; VIII) Tratamento apropriado de doenças e lesões comuns e; IX) Fornecimento de medicamentos essenciais.

Na Declaração de Alma-Ata, todos, sejam governos, OMS, Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), outras organizações internacionais, entidades multilaterais e bilaterais, organizações governamentais, agências financeiras, todos que direta ou indiretamente se envolvam no campo da saúde, bem como toda a comunidade mundial, são convocados a apoiar o compromisso com os cuidados primários de saúde para que se atinja a meta de “saúde para todos os povos do mundo até o ano 2000”, e pontua que o direcionamento dos recursos mundiais gastos em armamento e conflitos militares poderá ser canalizado e mais bem utilizado nos “Cuidados primários de saúde”.

Após mais de trinta anos da Conferência e doze anos após a data prevista para o alcance dessa meta, verifica-se que, apesar dos avanços ocorridos, ainda há muito a ser feito em termos de cuidados primários com a saúde e no que se refere à justiça social, principalmente nos países em desenvolvimento. Ainda assim, percebe-se a relevância dessa conferência que, juntamente com a 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (Ottawa, 1986), apresentaram os fundamentos para o moderno conceito de promoção da saúde.

A Carta de Ottawa incorporou as ideias de que os sistemas de atenção à saúde deveriam dar protagonismo aos cuidados primários em saúde, indicados no relatório Lalonde e na carta de Alma-Ata. De acordo com a Carta de Ottawa (1986):

Promoção da saúde é o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. A saúde deve ser vista como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver. Nesse sentido, a saúde é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Assim, a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global.

Consta na referida Carta que a saúde engloba alguns pré-requisitos, como: I) Paz; II) Habitação; III) Educação; IV) Alimentação; V) Renda; VI) Ecossistema estável; VII) Recursos Sustentáveis; VIII) Justiça social e equidade.

Um dos focos da promoção da saúde é o alcance da equidade, ou seja, da diminuição das diferenças no estado de saúde das populações, assegurando oportunidades e recursos igualitários para que se tenha acesso à saúde através de bases sólidas, como: I) ambientes favoráveis; II) acesso à informação, a experiências e habilidades na vida; e III) oportunidades que permitam fazer escolhas por uma vida mais sadia.

Na Carta de Ottawa fica claro que, para que ocorra a promoção da saúde, é necessária uma atuação intersetorial, envolvendo todos os setores da sociedade para além do setor saúde: I) governo; II) setor saúde e outros setores sociais e econômicos; III) organizações voluntárias e não-governamentais; IV) autoridades locais; V) indústria e mídia, enfim todos têm o dever de se envolver em busca de um bem comum, levando em consideração as especificidades de cada local. Os programas para a promoção da saúde devem levar em consideração as diferenças regionais tanto socioeconômicas, quanto culturais.

As sugestões apontadas nessa Carta, na direção da construção de ambientes favoráveis à saúde são: I) conservação dos recursos naturais deveria ser de responsabilidade de todas as nações; II) mudanças nos modos de vida, de lazer e de trabalho; III) reforçar a ação comunitária; IV) desenvolver habilidades pessoais e reorientar os serviços de saúde. Por fim, a Carta de Ottawa (1986) aponta que “Cuidado, holismo e ecologia são temas essenciais no desenvolvimento de estratégias para a promoção da saúde”.

Enfim, a definição de promoção da saúde foi sendo modificada ao longo do tempo, incorporando novas variáveis e ganhando maior abrangência, pois a complexidade do mundo exige mesmo a reformulação de conceitos para responder às necessidades de cada momento da sociedade, em um espaço em constante transformação.

Na atualidade, entende-se promoção da saúde notadamente atrelada a: I) vida; II) saúde; III) solidariedade; IV) equidade; V) democracia; VI) cidadania; VII) desenvolvimento; VIII) participação; e IX) parceria. Nesse contexto, levam-se em consideração as ações não só do Estado, como também de cada indivíduo que deve ser responsável pelo desenvolvimento de habilidades pessoais, além da reorientação do sistema de saúde e de parcerias intersetoriais (BUSS, 2003).

A realização da 8^a Conferência Nacional de Saúde, em 1986, no Brasil, cujo slogan era “*Saúde como direito de todos e dever do Estado*”, representou avanços na discussão da saúde no país. Pela primeira vez na história brasileira, a sociedade civil organizada participou das discussões que envolvem a saúde, que passa a ser idealizada e construída no bojo dessas discussões. O resultado da mobilização social implicou em saldos bastante positivos, como a elaboração de um documento apresentando as principais deficiências da saúde brasileira naquele período. Os apontamentos contidos nele serviram de base para a implementação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) e a elaboração da Constituição da República Federativa do Brasil, de 1988 (BRASIL, 2007a).

Durante essa conferência, em consonância com a Organização Mundial de Saúde, preconizou-se que a saúde é resultado das “[...] condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e poder da terra e acesso a serviços de saúde” (RELATÓRIO FINAL DA 8^a CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1986, p. 12). Nesse contexto, a Constituição Federal Brasileira (BRASIL, 1988) ratifica esse ideário, um marco na história da saúde no que se refere aos direitos dos cidadãos brasileiros, sendo, no Artigo 196, destacado que, por ser um direito de todos, é dever do Estado garantir “[...] mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de

doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação" (BRASIL, 1988).

A criação do Sistema Único de Saúde pelas Leis n. 8080/90 (Lei orgânica de saúde) e n. 8.142/90 assegurou a todo cidadão brasileiro o direito à saúde. A finalidade desse novo modelo de atendimento era modificar o quadro da saúde brasileira vigente até aquele momento, quando passa a garantir o atendimento público obrigatório e gratuito. Nesse sistema são previstos princípios e diretrizes que definem e norteiam a formulação da Política Nacional de Saúde, como: universalidade, integralidade, equidade e descentralização.

Seus princípios e diretrizes revelam-se como uma proposta bem estabelecida, pois garantem o acesso de todos os brasileiros à promoção, proteção e recuperação da saúde, de forma integral, sem distinção de classes sociais, sexo, etnia, religião, idade ou poder aquisitivo.

Entretanto, apesar de o SUS ser considerado um dos melhores sistemas de saúde do mundo, sendo referência para diversos países, temos problemas, por exemplo, na universalização dos cuidados de saúde que implica em um orçamento tão grande que esbarra no despreparo do país. É preciso ampliar o financiamento da saúde para dar mais resolutividade e melhorar o atendimento.

Como consequência do financiamento insuficiente há um caos no sistema de saúde em diversas regiões brasileiras, onde são presenciadas imensas filas no atendimento de consultas, na urgência/emergência, nos exames diagnósticos e nas cirurgias. Pessoas sendo atendidas nos corredores dos hospitais e até morrendo sem conseguir vaga para atendimento.

Outro problema grave é que nas diretrizes de prioridade para a atenção primária, que constam dos princípios do SUS, com protagonismo para ações de vigilância e promoção da saúde no território, como recomendam as conferências internacionais de saúde, no nível municipal, onde as ações são realizadas e o SUS é operacionalizado, o modelo biomédico se impõe, com toda a força econômica, dando prioridade para a atenção médica hospitalar e a medicalização, em

detrimento das ações de promoção da saúde. Assim, é urgente: I) a reestruturação dos serviços de saúde com enfoque na atenção primária; II) Investimento em pesquisa para o conhecimento das causas sociais das iniquidades em saúde em nível local, regional e nacional; III) promoção de programas que levem em consideração os determinantes sociais da saúde; e IV) avaliação e monitoramento dos programas, projetos e políticas para a promoção da saúde vigentes.

4 AS DOENÇAS NEGLIGENCIADAS E O PAPEL DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NA SUA EMERGÊNCIA E REEMERGÊNCIA

Neste capítulo são apresentadas algumas considerações sobre doenças negligenciadas e a emergência e reemergência de doenças. Faz-se também um histórico das políticas públicas de controle da tuberculose no Brasil, quando será discutida a relação dessas políticas de saúde com o aumento ou redução da doença no país.

No Brasil, a secular desigualdade na distribuição de renda e no acesso aos serviços de saúde afeta profundamente as condições de vida e a saúde das populações. Sendo assim, dependendo da forma como as políticas públicas são efetivadas, nas diversas regiões do país, poderão ocorrer situações propícias à emergência ou reemergência de doenças, como é o caso da tuberculose, que tem causado grande preocupação ao setor de saúde, principalmente de alguns estados como Rio de Janeiro e Amazonas.

No caso da região Norte e Nordeste do Brasil, incluindo aí o Norte de Minas Gerais, percebe-se que, ao longo da história, a falta de implementação de políticas públicas que reduzam as desigualdades e as iniquidades em saúde, que melhorem as condições de vida da população, explica perfeitamente a persistência da tuberculose.

4.1 Doenças negligenciadas: desafios para as políticas públicas de saúde

Na atualidade fala-se muito em doenças negligenciadas, popularmente conhecidas e expostas na mídia como “doenças da pobreza” e “doenças do silêncio”. Por afetarem, principalmente, as populações mais pobres de países pobres ou “em desenvolvimento”, a lógica capitalista impede o desenvolvimento de pesquisas de novas drogas para tais enfermidades. Assim, medicamentos que já estão no mercado há 30, 40 ou 50 anos não dão a resposta necessária ao tratamento dos portadores dessas moléstias que a cada dia se tornam mais resistentes, levando a óbito milhares de pessoas em todo o mundo.

Mas afinal, quais são as “doenças negligenciadas”? Como surgiu esse termo? Como vêm sendo tratadas pelo poder público e pela sociedade? São questões prementes que devem ser analisadas com mais atenção.

Em entrevista à Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo -FAPESP (2007), o pesquisador Carlos M. Morel diz que:

[...] cerca de 90% dos recursos são aplicados em doenças que atingem 10% da população mundial, como hipertensão e diabetes. São doenças que atingem quem pode pagar. A indústria investe praticamente todos os esforços nelas, porque o retorno é rápido. É preciso criar mecanismos e sistemas capazes de desenvolver medicamentos voltados aos que não podem pagar. Para isso, é necessário que haja ações do setor público e do setor filantrópico (MOREL, 2007).

É preciso ressaltar que, das doenças consideradas negligenciadas no Brasil, ou seja, Tuberculose, Doença de Chagas, Hanseníase, Dengue, Leishmaniose, Esquistossomose e Malária, quase todas têm alta incidência na região do Norte Mineiro (local da pesquisa). Algumas se apresentam com mais intensidade e outras com menos, porém todas estão presentes em diversos municípios do Norte de Minas. Desta, apenas a malária não é dessa região.

Sobre o surgimento da terminologia “doenças negligenciadas”, Carlos M. Morel (2010) esclarece que, em outubro de 1999, ocorreu em Paris um encontro promovido pelos Médicos Sem Fronteira - MSF, Ministério da Saúde e Fundação Rockefeller, no qual entre outros assuntos em pauta, foi debatido sobre um grupo de doenças que, por serem prevalentes geralmente em populações pobres ou marginalizadas, eram carentes de drogas para o seu combate.

Em 2001, os MSF e o MS caracterizaram as doenças em três tipos: I) Globais ou tipo I; II) Negligenciadas ou tipo II; e III) Mais negligenciadas ou tipo III. Nessa nova ordem as doenças globais seriam as que ocorrem em todo o mundo; as negligenciadas, as mais prevalentes nos países em desenvolvimento; e as mais negligenciadas, exclusivas dos países em desenvolvimento. O Quadro 2 apresenta exemplos dessa classificação.

Quadro 2 - Classificação de doenças

Doenças Globais	Doenças Negligenciadas	Doenças mais Negligenciadas
Sarampo	Tuberculose	Doença de Chagas
Hepatite B		Doença do Sono
Diabete		Leishmanioses
Doenças relacionadas com o tabagismo		Esquistossomose

Fonte: Morel e Chamas, 2010

As doenças globais têm incidência tanto em países ricos como em países pobres, apresentando grande número da população com tendência a essas doenças. Entretanto à diferença dos países desenvolvidos que possuem inovação e investimentos em pesquisa e desenvolvimento, os em desenvolvimento encontram-se longe de alcançar esse patamar.

As doenças negligenciadas, apesar de estarem presentes tanto nos países desenvolvidos como nos em desenvolvimento, têm sua incidência maior nos em desenvolvimento. Embora existam certos incentivos para pesquisa, desenvolvimento e inovação nos países desenvolvidos, o grau de investimento é insuficiente para o seu controle.

No que se refere às doenças mais negligenciadas, estas fazem parte do panorama de doenças apenas dos países em desenvolvimento e praticamente não existem investimentos para pesquisa e desenvolvimento para essas enfermidades.

Na visão de Morel (2006), com essa classificação ocorrem avanços em relação à visão anterior de “doenças tropicais”, que passa a ser analisada não apenas pelo seu determinismo geográfico, mas leva em consideração também os contextos de desenvolvimento econômico, político e social. O autor chama a atenção ainda para a necessidade de estratégias capazes de conter o avanço dessas doenças, já que o seu combate é fundamental para que se cumpram os objetivos de desenvolvimento da Organização das Nações Unidas - ONU, para o milênio (MOREL, 2006, 2010).

As doenças negligenciadas, além de prevalecerem em condições de pobreza, contribuem de forma significativa para a conservação de um quadro de desigualdade. Dessa forma, acabam por ser obstáculos, dificultando o

desenvolvimento do local em que se apresentam de forma contundente. Questionado ainda acerca da falta de vontade política, pela impossibilidade de cobrança, ou seja, pelo pouco poder de pressão da população atingida por tais enfermidades, Carlos Morel (2007, p. 1) confirma que:

Sem dúvida. Uma prova disso é o caso da Aids. Antes de a doença aparecer, o Brasil nunca teve controle para doenças transmissíveis por sangue. Mas a Aids atacou todas as classes e logo o controle foi feito nos bancos de sangue. Rapidamente se conseguiu também uma lei que garantisse a distribuição gratuita do medicamento para a Aids. A doença de Chagas, há 20 anos, também era um exemplo disso: o mapa da distribuição da doença coincidia exatamente com o mapa das pessoas que não votavam e eram analfabetas.

De acordo com o Ministério da Saúde (2010), existem financiamentos para pesquisas sobre doenças negligenciadas, porém não vem ocorrendo o progresso terapêutico necessário para controlá-las e ou erradicá-las, ou seja, vacinas, novos fármacos e métodos diagnósticos.

Sabe-se que, no Brasil, vem ocorrendo alteração no perfil epidemiológico, entretanto no que diz respeito às condições socioambientais e sanitárias, as doenças transmissíveis ainda são um grande desafio para a saúde pública, como é ratificado por Magalhães (2010, p. 3):

Apesar da mudança no perfil epidemiológico brasileiro ser um fato, ressalta-se que, em relação às diferenças associadas às condições sociais, sanitárias e ambientais, as doenças transmissíveis ainda se constituem em um dos principais problemas de saúde pública no mundo. Doenças já eliminadas ressurgem com outras características e doenças novas se disseminam com uma velocidade impensável há algumas décadas.

Concordando com Magalhães (2010), destaca-se que a emergência e reemergência de doenças no Brasil é um fato, mas doenças que já se encontravam com incidência bastante reduzida emergem nas últimas décadas apresentando outras características que demandam drogas mais potentes para a sua cura, como é o caso da tuberculose.

De acordo com Morel (2006), a persistência das doenças negligenciadas se deve exclusivamente a três falhas: falhas de ciência, que causam hiatos de conhecimento;

falhas de mercado, pela exiguidade de recursos; e falhas do sistema de saúde, por não observância de boas práticas de prevenção e promoção da saúde. Se essas deficiências são responsáveis pela situação de carência de intervenções no combate às doenças negligenciadas, certamente sanando essas carências, poderão ser controladas.

Dessa forma seria necessária a união de diversos segmentos nacionais e internacionais, para juntos encontrar a solução viável para o combate a essas enfermidades, ou seja, a formação de “[...] um verdadeiro Sistema Global de Inovação em Saúde (SGIS; GHIS em inglês)”. A solução seria encontrada através de “[...] novo quadro conceitual estruturado ao longo de três eixos: diagnóstico (falhas); terapêutica (inovações); identificação de responsabilidades (atores/agentes - países, organizações)” (MOREL, 2010, p. 1).

Os estudiosos dessa nova proposta entendem que, para o funcionamento desse sistema, é necessária a inserção de redes colaborativas formadas por empresas; governo e setor público; redes e financiamento.

Conforme apontado anteriormente, quase todas as doenças pertencentes ao grupo de negligenciadas estão presentes no Norte de Minas, a doença de chagas tem alta incidência em diversos municípios dessa região como Riacho dos Machados e Fruta de Leite. A dengue vem acelerando o aumento do número de casos principalmente nas cidades maiores como Montes Claros, Pirapora, Januária e Janaúba. A esquistossomose também é outra moléstia bastante comum no Norte de Minas, apresentando alta incidência na parte leste da mesorregião como Santo Antônio do Retiro. A hanseníase, a tuberculose e a leishmaniose também estão presentes em diversos municípios, e por serem doenças altamente contagiosas e às vezes letais, se não tratadas em tempo hábil, deixam a população bastante vulnerável. De todas as doenças negligenciadas apenas a malária não apresenta casos nessa região.

Dessa forma é necessária a efetiva atuação do poder público para minimizar os impactos negativos das doenças negligenciadas, que emergem e reemergem cotidianamente em todos os cantos do mundo.

4.2 Caracterização das doenças emergentes e reemergentes

Diversas doenças emergentes e reemergentes têm apresentado grande incidência na população, deixando o setor de saúde em alerta para a busca de suas causas e consequências, bem como sua cura. Navarro (2002, p. 37) destaca que a emergência e reemergência de doenças na atualidade estão “[...] fortemente potencializadas pela interação dos fenômenos de degradação socioecológica, dos interesses socioeconômicos, da deterioração dos programas de saúde pública, da globalização [...]” e junta-se a isso a questão dos padrões de comportamento sociais, que certamente contribuem para o aparecimento e disseminação de determinadas doenças.

A degradação socioecológica, abordada por Navarro (2002), é uma das grandes responsáveis pela disseminação de novos agentes etiológicos que mudaram o padrão epidemiológico de doenças, tornando-as mais intensas e de difícil erradicação, como é o caso das doenças já citadas. Entretanto, a degradação ambiental e os fatores socioeconômicos não são os únicos responsáveis pela reemergência de algumas doenças. Incluem-se nesse quadro os fatores relacionados ao sistema de saúde, as mudanças e adaptação dos microrganismos, fatores demográficos, comportamento da sociedade, além da intensa globalização, com a quebra de fronteiras, tanto para as pessoas quanto para a economia, permitindo às doenças transitarem livremente por todo o mundo. Por isso, a contaminação de alguns microrganismos pode ocorrer em qualquer lugar e nenhum país está completamente isolado e protegido. Um exemplo disso é a emergência da AIDS e reemergência da tuberculose no final do século XX, juntamente com o aumento da resistência de agentes infecciosos aos antimicrobianos em todo o mundo.

De acordo com o *Centers for Disease Control and Prevention - CDC* (1994, p. 2), “The term ‘emerging infectious diseases’ refers to diseases of infectious origin whose incidence in humans has either increased within the past two decades or threatens to increase in the near future”.

Sendo assim, as doenças emergentes surgiram em decorrência de diversos fatores ou combinações de fatores que contribuiriam para essa manifestação (Quadro 3).

Quadro 3 - Fatores que contribuem para a emergência de doenças infecciosas

Fatores que Contribuem para a Emergência de Doenças Infecciosas	
Eventos sociais	Empobrecimento econômico; guerra ou conflito civil; crescimento populacional; migração; decadência urbana.
Assistência Médica	Novos dispositivos médicos; transplante de órgãos ou tecidos; drogas determinantes de imunossupressão; uso inadequado de antibióticos.
Produção de alimentos	A globalização do suprimento de alimentos; mudanças no processamento, embalagem e preparação dos alimentos.
O comportamento humano	Comportamento sexual; uso de drogas; viagem; alimentação; recreação ao ar livre; utilização de creches.
As mudanças ambientais	Desmatamento / reflorestamento; mudanças nos ecossistemas aquáticos; inundação / seca; fome; aquecimento global.
Infraestrutura de saúde pública	Corte ou redução de programas de prevenção; inadequada vigilância das doenças transmissíveis; falta de formação de pessoal (epidemiologistas, cientistas de laboratório, e especialistas em controle de vetores e roedores).
Adaptação microbiana e mudança	Alterações na virulência e produção de toxina; desenvolvimento deresistência às drogas; micróbios como cofatores em doenças crônicas.

Fonte: adaptado de CDC, 1994

Ao analisar o Quadro 3, percebe-se que a emergência e reemergência de doenças estariam atreladas a diversos fatores resultantes de alterações evolutivas nos micro-organismos, possibilitando que doenças conhecidas ou novas doenças possam se espalhar para novas áreas geográficas ou infectar novas populações humanas, por exemplo, em áreas com alterações ecológicas (desmatamento ou reflorestamento). Doenças infecciosas poderiam emergir ainda devido ao desenvolvimento da resistência de agentes terapêuticos já conhecidos (malária, doença pneumocócica) ou pela ausência de medidas de saúde pública para as infecções já controladas anteriormente (cólera, tuberculose, tétano e coqueluche).

Apesar de chamar a atenção mais para os países em desenvolvimento, sabe-se que as doenças emergentes e reemergentes não são características apenas destes

países e que estão por toda a parte, como apontado pelo CDC (1994). Nos Estados Unidos: *Coccidioidomycosis*, *Cryptosporidiosis*, Doença pneumocócica resistente a múltiplas drogas, *Escherichia coli*, Infecções enterocócicas resistentes à vancomicina, Influenza A/Beijing/32/92, Infecção pulmonar por Hantavírus; na América Latina: cólera, dengue; na Rússia: difteria; na África do Sul e Suazilândia: *Escherichia Coli*; Burundi: *Shigella dysenteriae* resistente a múltiplas drogas; no Egito: febre do vale do Rift; na Ásia: *Vibrio cholerae*; no Quênia: febre amarela.

Pignatti (2004, p. 138) ratifica essa opinião ao afirmar que:

Doenças tais como a malária, a tuberculose e a hepatite ainda são as maiores causadoras de morte em muitas partes do mundo. Novas doenças continuam a surgir com taxas sem precedentes, enquanto outras reaparecem em regiões onde elas estavam em declínio ou não mais ocorriam.

A emergência e reemergência de doenças em várias regiões do mundo, com maior impacto, geralmente, nos países em desenvolvimento, colocam em cheque a teoria da transição epidemiológica. Nessa teoria imagina-se um mundo livre de doenças, que seria possível, após ultrapassar alguns estágios essenciais no processo saúde-doença, quais sejam: idade das pestilências e da fome: caracterizada por vastas epidemias, altas taxas de mortalidade e baixa expectativa de vida; idade do declínio das pandemias: redução das grandes epidemias, diminuição das taxas de mortalidade e ganhos na expectativa de vida; idade das doenças degenerativas e criadas pelo homem: as infecções deixam de ter importância; predominam as doenças degenerativas e outras, resultantes das atitudes humanas, com taxas de mortalidade baixas e expectativa de vida elevada; idade do declínio das doenças degenerativas (PEDROSO; ROCHA, 2009, p. 141).

Estudos da temática entendem que essas doenças estão associadas ao atraso dos países em desenvolvimento em alcançar tal estágio, mas que estes certamente alcançarão o mesmo patamar que os países desenvolvidos. Entretanto, ao avaliar as condições de saúde em que se encontra a maioria da população dos países em desenvolvimento na atualidade, questiona-se: há probabilidade de que ocorra a transição epidemiológica em todo o mundo? Acredita-se que há um longo caminho a

ser percorrido nessa direção, mas nada garante que a tão esperada transição epidemiológica seja para todos.

O ressurgimento de determinadas doenças depende da forma de organização do espaço, ou seja, algumas áreas são mais propensas à ocorrência de moléstias, contudo deve-se considerar que tal espaço está em constante mudança, fato que poderá acarretar, com o passar do tempo, na diminuição ou intensificação da incidência das moléstias. O momento histórico, os espaços geográficos e as relações sociais determinam o perfil epidemiológico predominante (NAVARRO, 2002).

Pignatti (2004, p. 142) afirma que somente a veiculação de um patógeno não garante que ele irá proliferar em determinado lugar, pois “A vulnerabilidade de um grupo de pessoas para um patógeno depende não só de sua virulência e velocidade de transmissão, mas, também, da imunidade da população”. Dessa forma, pode-se afirmar que são diversos os fatores que interferem diretamente na sua sobrevivência, como a vulnerabilidade humana a ele, geralmente causada por fatores biológicos, ambientais, sociais, nutricionais, de idade, gênero e hábitos pessoais. Nesse sentido, além de as doenças serem transmitidas com grande facilidade, a propensão de algumas pessoas à contaminação favorece a ocorrência de epidemias que deixam em alerta todos os setores da sociedade.

Sabe-se que quanto maior a concentração de pessoas, aliada à falta de saneamento básico, moradias insalubres, subnutrição e higiene inadequada, maior será a propagação de doenças. A tuberculose e a hanseníase são exemplos de doenças que ao longo da história vêm sendo explicadas a partir de processos ligados às condições de vida dos seus portadores. São doenças que já se pensava erradicadas no Brasil, porém percebe-se que na atualidade vem se propagando com grande velocidade e de diversas formas, possuem alto grau de periculosidade e são altamente contagiosas. Dessa forma, entende-se que seja necessário analisar essas doenças sob uma nova ótica, ou seja, avaliar o máximo de variáveis possíveis: a doença no indivíduo, o ambiente que o rodeia, as condições e modo de vida desse sujeito e as políticas de saúde específicas para o controle da doença.

A ação da saúde pública no combate às doenças emergentes e reemergentes deve considerar a realidade local. É o que Barcellos (2008) denomina de “contexto das doenças”, pois a predisposição para a contaminação pode existir em diversas partes, mas o diferencial está na forma como cada lugar previne e produz a exposição, trata os doentes e promove a saúde. A devida compreensão do contexto dessas doenças permitirá planejar mais eficazmente ações de controle e alocação de recursos.

Freitas e Porto (2006) alertam para o fato de que o sucesso das políticas de saúde na redução da incidência dessas doenças está nas ações integradas e intersetoriais, que efetivamente podem dar solução, não só para as questões biomédicas da saúde, mas também para as questões éticas, sociais e culturais. Não está somente em reconhecer e reduzir, sendo de sua alçada também a intersetorialidade para tentar solucionar questões biomédicas, éticas, sociais e culturais. O combate às doenças emergentes e reemergentes está em não somente encontrar seu agente causador, mas na promoção da saúde, com a educação dos indivíduos e comunidades para se protegerem. Isso se refere, no caso brasileiro e mais especificamente do Norte de Minas Gerais, à resolução das questões sanitárias, ambientais, culturais e socioeconômicas que afetam a população.

Nessa perspectiva é fundamental historicizar as políticas públicas de controle da tuberculose para compreender os porquês dos avanços e retrocessos do controle e combate da doença ao longo da história.

4.3 Panorama da tuberculose: herança do passado

A Tuberculose é uma doença infectocontagiosa causada por um micro-organismo denominado *Mycobacterium tuberculosis*, popularmente conhecido como Bacilo de Koch (BK). As espécies que constituem o complexo da *Mycobacterium tuberculosis* são diversas: a) *M. tuberculosis*; b) *M. bovis*; c) *M. africanum*; e d) *M. microti*. O principal reservatório é o homem, podendo ser também, em regiões específicas, o gado bovino e raramente primatas, aves e outros mamíferos. Uma pessoa com baciloscopia positiva tem a capacidade de infectar em média de 10 a 15 pessoas no decorrer de um ano (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

A transmissão da doença é por via aérea, na maioria dos casos. Ocorre através da inalação de gotículas contendo os bacilos expelidos pelo doente com tuberculose ativa de vias respiratórias (pulmonar ou laringea) ao tossir, espirrar ou falar. Os doentes bacilíferos são a principal fonte de transmissão da doença. Já os doentes de tuberculose pulmonar com bacilosscopia negativa, mesmo apresentando positividade na cultura, podem também ser transmissores da enfermidade, entretanto não é tão arriscada a transmissão quanto no primeiro caso. Já as formas de tuberculose exclusivamente extrapulmonar não transmitem a doença. Como a tuberculose é transmitida enquanto o doente estiver eliminando bacilos, a partir do momento que der início ao tratamento, gradativamente vai perdendo a capacidade de transmissão, o que pode ocorrer em poucos dias. Na verdade, nem todos os infectados desenvolvem a moléstia, que está condicionada à baixa imunidade da pessoa. Sendo assim, indivíduos infectados com o vírus da imunodeficiência humana - HIV, ou acometidos por outras doenças imunodepressoras, desnutrição, diabetes, silicose, usuários de drogas, entre outros, são mais suscetíveis à doença. Os principais sintomas de tuberculose pulmonar são: tosse persistente, febre vespertina, suores noturnos, falta de apetite, perda de peso, fraqueza, dor no tórax e escarro com sangue (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

O diagnóstico é realizado após a suspeita de tuberculose através dos seguintes exames: Bacilosscopia do escarro, também conhecido como BAAR (Bacilos Álcool-Ácido Resistentes), cultura de escarro, raio X de tórax, teste tuberculínico com Derivado Purificado da Proteína - PPD e outros exames como biópsia de gânglio, punção-biópsia pleural, exame do líquido, dependendo do caso e da localização da doença.

A detecção dos casos de tuberculose pulmonar é considerada a etapa mais importante das medidas de controle da doença, pois, quanto mais precoce for diagnosticada e tratada adequadamente, mais fácil será a quebra da cadeia de transmissão da enfermidade. É válido lembrar que é fundamental a busca efetiva dos Sintomáticos Respiratórios - SR para evitar a disseminação da doença, sendo papel da saúde pública a investigação e identificação de indivíduos com tosse igual ou superior a três semanas. Ressalta-se que estudos apontam que a definição de

três semanas pode ser considerada ideal dependendo do país e até mesmo da população a ser investigada. Por exemplo, quanto à chamada população de risco, ou seja, prisioneiros, moradores de rua, imunodeprimidos, entre outros, deve ser reduzido o tempo de três para duas semanas de tosse para serem considerados SR. De acordo com o Ministério da Saúde, “A busca ativa do SR deve ser realizada permanentemente por todos os serviços de saúde (nível primário, secundário e terciário) e tem sido uma estratégia recomendada internacionalmente”. Essa busca é extremamente importante e deve ser priorizada, pois são altas as porcentagens dos casos de tuberculose da forma pulmonar que chegam a 90% dos casos detectados e, destes, 60% são bacilíferos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010, p. 17).

As estratégias de busca dos SR se baseiam em: inquirir a qualquer indivíduo que utilize os serviços de saúde sobre a presença e duração da tosse, independentemente da razão que o levou a procurar o serviço de saúde, prestar orientação aos SR quanto a forma de coleta do exame de escarro, fazer a coleta de duas amostras de escarro, uma no momento em que foi identificado e a outra no dia seguinte; fazer o pedido da bacilosкопia e registrar as atividades no livro do SR, estabelecimento do fluxo para os procedimentos em caso de baciloscopy positiva e negativa, avaliação das atividades de busca através de: a) proporção de sintomáticos respiratórios examinados; b) proporção de baciloscopies positivas; e c) proporção da meta alcançada (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

Como estratégias especiais o Ministério da Saúde (2010) apresenta ainda: nas Estratégias de Saúde da Família - identificação do SR na visita mensal dos Agentes Comunitários de Saúde; nos hospitais gerais e emergências - na admissão do paciente; nos serviços de atendimento de populações com HIV/AIDS - estabelecer estratégias especiais pelo alto risco de adoecer desse grupo de pessoas; nos presídios - na inclusão e em rotina periódica; nos asilos de idosos; hospitais psiquiátricos, albergues de moradores em situação de rua - admissão e rotina periódica; na população indígena e moradores de rua - estabelecimento de rotina periódica.

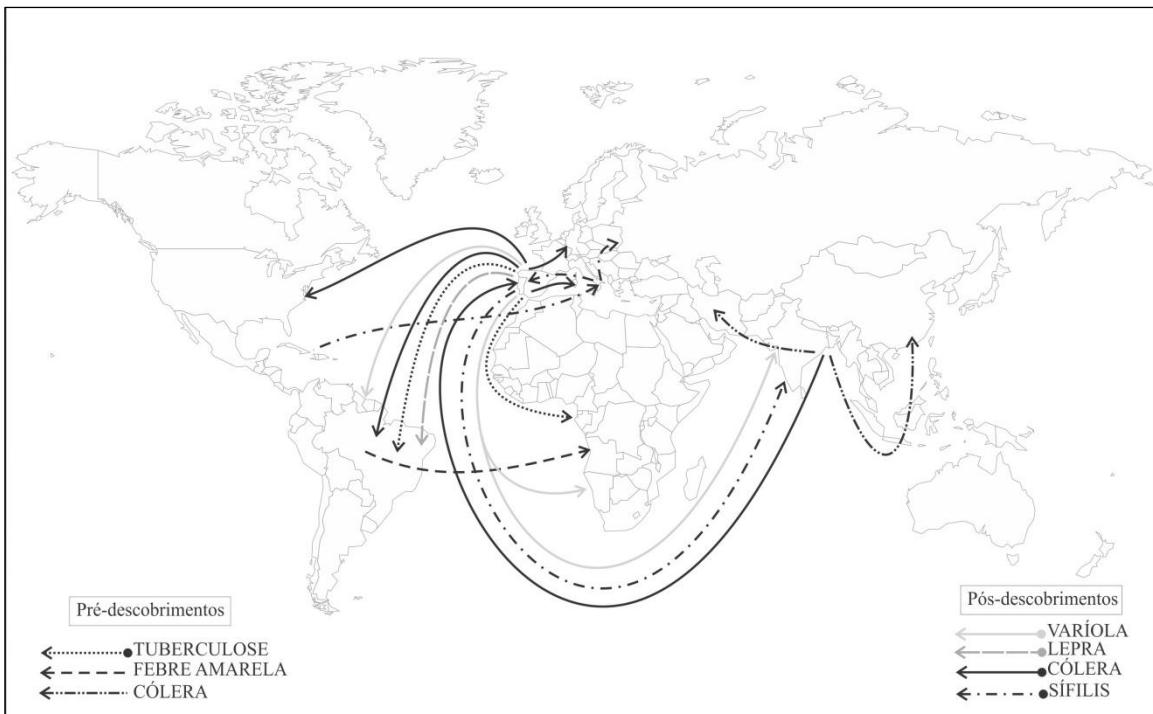
A tuberculose não é uma doença recente, pois há séculos se faz presente na história da humanidade. Acompanha o homem através das transações comerciais, guerras,

conquistas e exploração de territórios. Ujvari (2008) destaca que desde a saída do homem do continente africano, a tuberculose o persegue, disseminando a bactéria em todos os espaços terrestres: África, América, Ásia e Europa. Afirma ainda que, na Antiguidade greco-romana, profissionais da saúde observaram e descreveram a doença no litoral mediterrâneo, e que a tuberculose era disseminada nas cidades antigas, quando parte da população era contaminada pela doença; e nos períodos críticos, como em época de guerra ou outras catástrofes, aumentava-se o número de mortes em sua decorrência. Certamente, naquela época, sua detecção e controle eram bem mais difíceis; inclusive, apenas os casos pulmonares são relatados nos estudos sobre o assunto. Vê-se, então, que, se hoje com todos os avanços ocorridos na medicina, ainda é um grande desafio para a saúde pública em função desse fato, imagine naquela época, na qual se faziam testes de forma arcaica, cujos diagnósticos eram duvidosos.

Na Idade Média, com a população habitando as cidades fortificadas, a tuberculose encontrava as condições ambientais propícias à sua proliferação, com o adensamento de pessoas, aliado à falta de ventilação, fatores estes que facilitavam sua dispersão.

Ujvari (2008, p. 156) diz que, na Europa, o clima era responsável pelo tipo de alimento consumido pela população; e em épocas cujo rigor do inverno ou a escassez de chuvas arruinavam as colheitas, “[...] a fome e desnutrição acometiam a população e desencadeavam ineficiência das defesas do organismo, e a tuberculose avançava”. Sendo assim, percebe-se que além da aglomeração de pessoas, outro fator que propicia o acometimento da Tuberculose (TB) é a falta de defesa do hospedeiro que, não possuindo resistência para o combate da bactéria, é contaminado por ela, justificando o seu aumento em tempos de fome. Na Idade Média houve um aumento da doença, mas nada comparado ao seu avanço nos séculos posteriores, como consequência da industrialização. Por onde passava deixava um rastro de aflição, e como declara Ujvari (2008, p. 164): “[...] o homem globalizou a tuberculose. [...] Os períodos de colonização e imperialismo levavam bactérias para terras distantes”. Conforme mostra a Figura 11, diversas doenças como a tuberculose, cólera, febre amarela, varíola, lepra e sífilis foram introduzidas nas Américas principalmente pelos europeus.

Figura1 - Modificação do padrão sanitário no período pós-modernismo

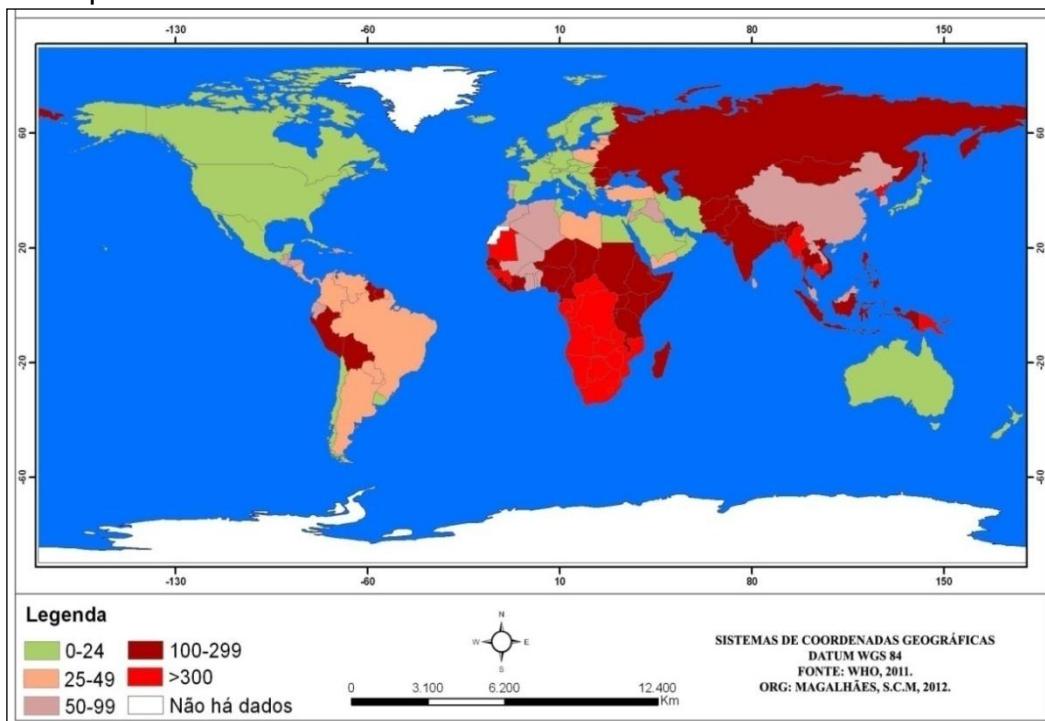


Fonte: Nossa, 2001

A Revolução Industrial ocorrida inicialmente na Europa e, posteriormente, na América, acentuou o processo da doença. O acúmulo de pessoas nos cortiços, associado à debilitação dos trabalhadores sujeitos às condições de trabalho daquele momento, bem como a falta de alimentos apropriados, propiciou a proliferação da tuberculose. Na verdade, não só essa doença era responsável pela grande quantidade de mortes ocorridas naquele período, mas juntamente com ela, a lepra, a peste negra, escarlatina, difteria, coqueluche, entre outras, eram responsáveis pelo caos da saúde, época em que foram contabilizados números exorbitantes de mortes, principalmente a infantil. Assim, a tuberculose tornou-se, no início do século XX, a principal causa de morte por doença infecciosa (UJVARI, 2008).

Atravessou todo o século com períodos ora de redução, ora de aumento e, atualmente, continua a ser um grande desafio da saúde pública, já que ela se faz presente, e de forma latente, em diversas regiões do mundo (Mapa3).

Mapa 3 - Incidência de tuberculose no mundo - 2010



Fonte: WHO, 2011

No Mapa 3, pode-se verificar que a tuberculose está disseminada em todo o planeta. Percebe-se, ainda, que a África e a Ásia possuem um elevado número de países com alta incidência da doença, passando de trezentos casos para cada grupo de 100 mil habitantes, incluindo, nesse índice, diversas ilhas do Pacífico. Em seguida, com 100 a 299 casos aparecem países da Ásia, África e alguns da América Latina, como Bolívia, Peru e Guiana. O Brasil, juntamente com alguns países da Europa, Ásia e África aparece com taxas de 25 a 49 casos para cada grupo de 100 mil habitantes.

De acordo com dados da OMS (WHO, 2011), entre 1995 e 2010 foram tratados 55 milhões de pacientes com tuberculose em programas que adotaram o Tratamento Diretamente Observado - DOTS/Estratégia Stop TB. Desses, alcançaram sucesso no tratamento 46 milhões. Os indicadores apontam que a Índia e China foram responsáveis por 40% dos 5,7 milhões de casos novos e de recidiva da doença, notificados em 2010 (24% e 16%, respectivamente). Os países africanos representaram mais de 24%, sendo que, desse total, um quarto é proveniente da África do Sul. O Leste europeu, Regiões do Mediterrâneo e as Américas representaram 16% dos casos novos e de reincidência em 2010. A tuberculose

apresenta-se de forma mais preocupante em 22 países, dentre eles o Brasil, pois a cada dia surgem novos casos da doença. Tais países são responsáveis por 82% dos casos registrados no mundo.

Alguns apresentaram porcentagem relativamente baixa de tuberculose pulmonar com bacilosscopia positiva, como Zimbábue (32%), a Federação Russa (32%), Mianmar (43%), África do Sul (45%), Quênia (46%) e Etiópia (46%). Ao contrário, apresentaram porcentagem elevada: Bangladesh (83%), República Democrática do Congo (84%) e Vietnã (74%). Dos 22 países, quinze atingiram 85% de cura; o restante obteve taxas inferiores aos 85%, e o Brasil (72%) encontra-se entre esses países, acompanhado da Etiópia (84%), Nigéria (83%), Federação Russa (55%), África do Sul (77%), Uganda (67%) e Zimbabwe (78%). No caso do Brasil e Uganda, isso se deve ao fato de uma parcela significativa de portadores da tuberculose em tratamento não terem os resultados avaliados (11% e 16%) respectivamente, juntando-se a isso o fato de possuírem elevadas taxas de abandono (11% e 10%) (WHO, 2011).

Quanto à tuberculose multiresistente (MDR), a África apresenta diversos países considerados epidêmicos, a exemplo dos que possuem uma população com alta prevalência de HIV, como Botswana, Burundi, Camarões, República Central Africana, República do Congo, Côte d'Ivoire, República Democrática do Malawi, Congo, Etiópia, Gabão, Quénia, Lesoto, Moçambique, Namíbia, Nigéria, Ruanda, África do Sul, Suazilândia, Uganda, República Unida da Tanzânia, Zâmbia, Zimbabwe. Segue, ainda, essa tendência, os que apresentam uma baixa taxa de prevalência de HIV que são Argélia, Angola, Benin, Burkina Faso, Cabo Verde, Chade, Comores, Eritreia, Gâmbia, Gana, Guiné, Guiné-Bissau, Libéria, Madagáscar, Mali, Mauritânia, Maurícias, o Níger, São Tomé e Príncipe, Seicheles, Senegal, Serra Leoa, Togo.

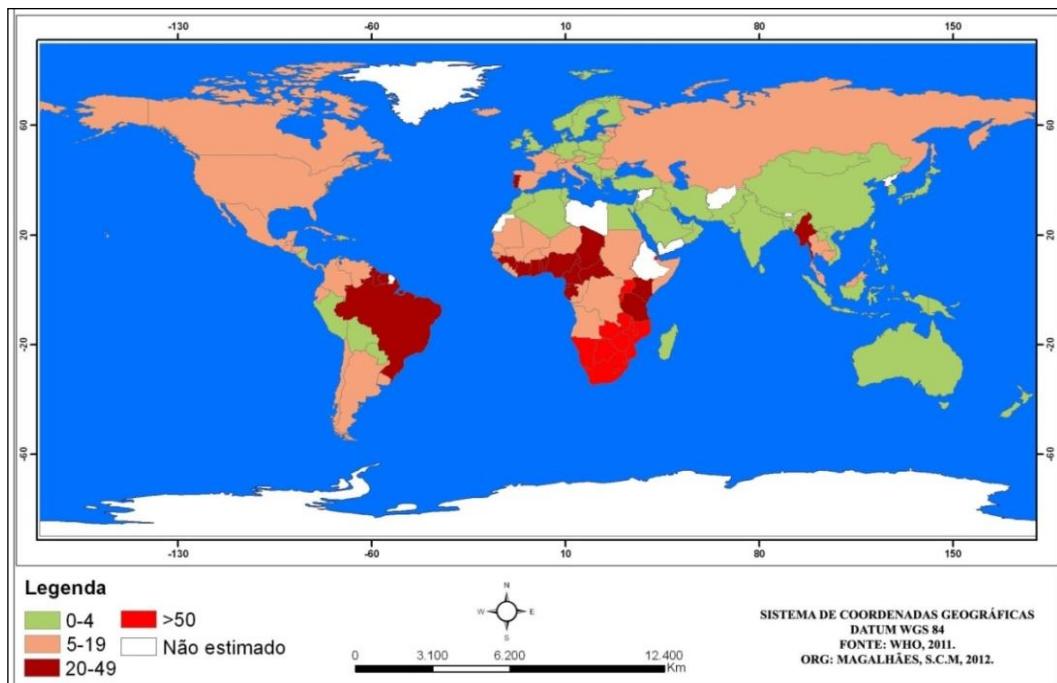
Na Europa Central, têm-se a Albânia, Bósnia e Herzegovina, Montenegro, Polônia, Sérvia, da antiga República Iugoslava da Macedônia, Turquia. Europa Oriental: Armênia, Azerbaijão, Bielorrússia, Bulgária, Geórgia, Cazaquistão, Quirquistão, Letônia, Lituânia, República da Moldávia, Romênia, Federação Russa, Tajiquistão, Turquemenistão, Ucrânia, Uzbequistão.

Países de alta renda também fazem parte dessa estimativa: Andorra, Austrália, Áustria, Bahamas, Bahrein, Barbados, Bélgica, Bermuda, Brunei Darussalam, Canadá, Ilhas Cayman, Croácia, Chipre, República Checa, Dinamarca, Equatorial Guiné, Estônia, Finlândia, França, Polinésia Francesa, Alemanha, Grécia, Guam, Hungria, Islândia, Irlanda, Israel, Itália, Japão, Kuwait, Luxemburgo, Malta, Mônaco; Europa Central: Holanda, Nova Caledônia, Nova Zelândia, Ilhas Marianas do Norte, Noruega, Omã, Portugal, Porto Rico, Qatar, República da Coreia, São Marino, Arábia Saudita, Singapura, Eslováquia, Eslovênia, Espanha, Suécia, Suíça, Trinidad e Tobago, Turks e Caicos Ilhas, os Emirados Árabes Unidos, o Reino Unido, Estados Unidos, Ilhas Virgens dos EUA.

Na América Latina, encontram-se a Anguilla, Antigua e Barbuda, Argentina, Aruba, Belize, Bolívia, Brasil, British Virgin Islands, Chile, Colômbia, Costa Rica, Cuba, Curaçao, Dominica, República Dominicana, Equador, El Salvador, Granada, Guatemala, Guiana, Haiti, Honduras, Jamaica, México, Montserrat, Nicarágua, Panamá, Paraguai, Peru, Saint Kitts e Nevis, Santa Lúcia, São Vicente e Granadinas, Sint Maarten (holandês parte), Suriname, Uruguai, Venezuela (República Bolivariana).

O Mapa 4 mostra a prevalência de HIV em casos novos de tuberculose, em que se pode verificar que estão presentes em praticamente todos os países do mundo. Como nas demais expectativas, a África aparece com a mais alta porcentagem de prevalência de HIV nos casos novos de tuberculose; entretanto, novamente o Brasil também apresenta uma alta porcentagem de prevalência de HIV, sendo de 20% a 49% dos casos.

Mapa 4 - Prevalência de HIV em novos casos de tuberculose no mundo - 2010



Fonte: WHO (2011)

Conforme a OMS (WHO, 2011), o teste de HIV em pacientes com tuberculose, atualmente, é uma prática comum em muitos países, especialmente na região africana. Confirmado o exposto no Mapa 4, destaca-se que as maiores taxas de co-infecção por HIV em pacientes com tuberculose são dessa região, onde 44% dos pacientes com esta doença apontaram resultados positivos no teste de HIV em 2010. Na sequência, com 17%, aparece a região das Américas. Embora tenha ocorrido aumento no teste do HIV entre os pacientes com tuberculose, a recomendação da OMS é que essa prática esteja ao alcance de todos os pacientes com TB e HIV. O fornecimento de Terapia Anti-Retroviral (ART) para esses indivíduos é outro aspecto que deve ser melhorado, pois a cobertura global desta continua a ser baixa (apenas 46%).

Deve-se também incluir o uso de serviços para controle e tratamento da doença e infraestrutura adequada para permitir a descentralização da prestação de cuidados de acordo com as diretrizes nacionais e o contexto local. É necessária, ainda, a implementação de diretrizes da OMS sobre o rastreio da tuberculose e terapia preventiva com isoniazida entre pessoas que vivem com HIV, o que resultará no rápido aumento da prevenção, diagnóstico e tratamento da tuberculose. Outras

ações no que se refere aos registros e comunicação dos resultados da doença devem ser melhoradas (WHO, 2011).

4.4 Considerações sobre as políticas públicas de Controle da Tuberculose no Brasil

O advento da industrialização e urbanização no século XVIII impôs novas formas de pensar a saúde, já que cidades europeias como Londres, Paris, Berlim e Nova Iorque, na América do Norte, ultrapassaram a cifra de um milhão de habitantes (FINKELMAN, 2002). Essa urbanização ocorreu de forma desordenada, trazendo diversas consequências para os indivíduos, pois as cidades não possuíam a infraestrutura suficiente para suportar as aglomerações. Dessa forma, a população passou a viver indignamente nas áreas urbanizadas, sem um mínimo de condições sanitárias e ambientais indicadas ao homem.

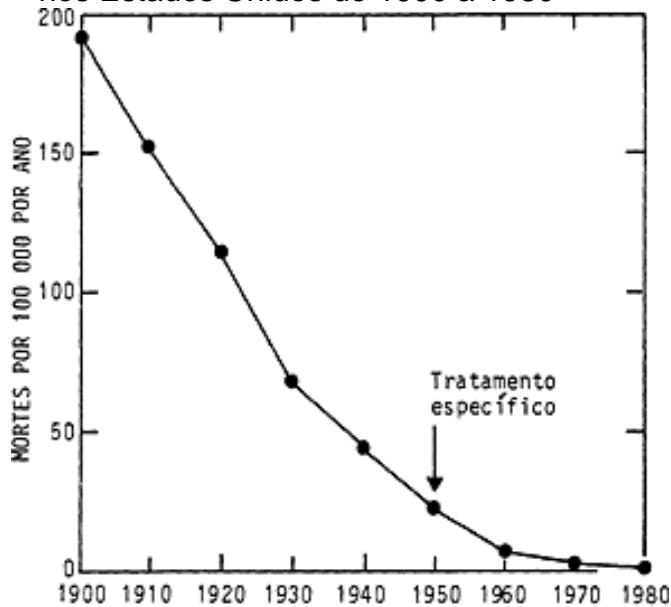
Daí é possível perceber a relação saúde e a esfera socioambiental, como as péssimas condições de vida e de pobreza, pois surgiram diversas moléstias oriundas dessas condições de habitação, doenças em geral contagiosas, atingindo parcela considerável da população, o que gerou grande índice de mortalidade devido também ao baixo desenvolvimento da medicina. Dentre as doenças mais comuns naquela época podem-se citar o cólera, a febre amarela, a peste e o tifo.

Conforme já apontado anteriormente, a Tuberculose nesse período alcançou números alarmantes já que a implantação das indústrias, a aglomeração de pessoas em decorrência disso, juntamente com diversos fatores de ordem política, econômica e social, ofereceu ambiente propício para a sua proliferação, inicialmente na Europa e posteriormente nas Américas e na África. Conforme Hijjar et al. (2001, p.10): “A grave situação mundial da tuberculose está intimamente ligada ao aumento da pobreza, à má distribuição de renda e à urbanização acelerada”.

De acordo com Ruffino Netto (1999), praticamente um terço das mortes no início do século XIX era devido à tuberculose, acometendo principalmente os negros, sendo a sua assistência atrelada às organizações filantrópicas. Como a Tuberculose estava diretamente associada às condições de pobreza e miséria da população, somente

seria possível a alteração desse quadro através da ampliação de serviços essenciais para a melhoria da qualidade de vida, como saneamento básico, saúde, moradias, transporte e educação, já que a infraestrutura existente certamente não respondia às necessidades do momento. Um bom exemplo de resultados positivos em função da melhoria das condições de vida da população ocorreu nos Estados Unidos, que obteve redução gradativa da tuberculose bem antes da introdução de exames radiográficos, da vacina BCG e outras drogas de combate à tuberculose na década de 1950. A melhoria das condições sanitárias e de higiene pessoal, melhoria nutricional, das condições de trabalho e do próprio ambiente domiciliar em razão da urbanização adequada das cidades foram responsáveis pela diminuição dos casos da doença. Assim confirma-se que a melhoria das condições de vida da população é essencial para a redução ou mesmo erradicação da tuberculose (Gráfico 1).

Gráfico 1- Declínio das taxas de mortalidade por tuberculose respiratória nos Estados Unidos de 1900 a 1980



Fonte:Fries e Crapo, 1981 apud Nossa, 2001

A desordem que se instalou nesses espaços revelou a urgência de políticas públicas efetivas na resolução desse caos. Assim, como estratégias de ação, são publicados vários relatórios médicos e propostas de reformas sanitárias e urbanas, ainda que as propostas de reformas variassem de acordo com cada país, conforme é asseverado por Lima (2002, p. 30):

A associação entre cidade massiva e patologia era uma constante, ao mesmo tempo que o receio diante da desordem e a necessidade de respostas em termos de políticas públicas podia ser verificado nos diferentes países europeus, ainda que com significativa variação nas propostas de reforma.

Apesar da notável disseminação da tuberculose - TB por todo o mundo, pouco se conhecia acerca da sua dinâmica. Entretanto, em 1839 tem início uma maior compreensão a seu respeito, quando Johann Schonheim menciona pela primeira vez a palavra “tuberculose”. Em seguida, Oliver Wendell em 1861, no intuito de exemplificar a ação avassaladora da TB sobre a sociedade da época, a denomina de “peste branca”. Outro progresso verificado é a comprovação da tuberculose por Jean Antonie Villemin (1865) quando, em seus experimentos, evidencia o “[...] desenvolvimento de tubérculos em animais inoculados com pus de cavidades pulmonares de doentes”. Entretanto, o maior avanço em pesquisas de TB do século XIX é a descoberta da *mycobacterium tuberculosis*, mais conhecida por bacilo de Koch. Em 1882, através de seus estudos Robert Koch, descobre o agente causal da doença (MARCH, 2002, p. 2).

Ainda que se tenha descoberto o poder destrutivo da TB e posteriormente (século XIX) o seu agente causal, nenhum tratamento específico para a doença foi encontrado até o início do século XX. Até esse período a doença era tratada através de medidas paliativas como: repouso, boa alimentação, clima ameno, helioterapia, sangria, purgativos, ventosas e exercícios físicos (MARCH, 2002, p. 2).

No que se refere ao Brasil, a tuberculose é disseminada pelos colonizadores portugueses. Inicialmente os jesuítas que vieram para catequizar a população nativa, ou seja, os indígenas, por vezes vinham também em busca do clima ameno propício ao tratamento da TB. Em seguida, a doença continua a ter entrada franca no país através do tráfico negreiro, responsável pela sua interiorização (MARCH, 2002).

Os diversos ciclos econômicos, ou seja, do pau-brasil (séc. XVI), do açúcar (séc. XVI e XVII), da mineração (séc. XVIII) e do café (séc. XIX) apresentaram diferentes momentos no que se refere à formação de classes sociais. Todavia, é no ciclo da mineração que se verifica a ampliação do comércio, a expansão urbana e o aumento

populacional, disseminação de doenças, sendo também verificada, nessa época, a diminuição da renda em poder dos grandes senhores de terra, e o início da instituição de classes sociais.

Em 1808 a chegada da família real ao Brasil trouxe transformações bastante significativas em relação à saúde, uma vez que foi fundada na Bahia, a Academia Real de Medicina Social, com o objetivo de proteger a saúde da população de acordo com os modelos europeus, constituindo, assim, a proeminência da prática médica no país. Nesse mesmo ano é criada, também, a Escola de Cirurgia do Rio de Janeiro, quando o tratamento ou a cura das doenças tomam novos rumos, pois até aquele momento eram tratadas de acordo com a cultura, costumes e tradições de cada povo. É nessa época que tem início o sanitarismo no Brasil.

Mas é no ciclo do café que ocorre a reestruturação da sociedade em classes, propiciando o aumento dos trabalhadores assalariados e o poder de compra, e configurando novo desenho da sociedade naquele período (BERTOLOZZI; GRECO, 1996). As alterações decorrentes da atração populacional em função da economia agroexportadora do café, assim como na época da industrialização na Europa, impõem novas formas de pensar o uso do espaço brasileiro, pois o contingente populacional exige também atenção para os serviços básicos necessários a uma boa qualidade de vida.

Nessa época, não existia uma estrutura formal de saúde, utilizando, na maioria das vezes, a medicina popular. Entretanto, percebe-se, a partir de então, o início da institucionalização da medicina e da defesa da ciência com a vinda de profissionais da saúde de Portugal, sendo que, no primeiro momento, apenas os grandes latifundiários tinham acesso aos seus serviços. Contudo, na visão dos empreendedores da época, é necessária a promoção da saúde dos trabalhadores, com vistas à garantia da mão de obra, imprescindível à reprodução do capital. Vê-se que, nesse momento, não havia uma preocupação com a saúde de toda a população, e sim apenas com a força de trabalho (BERTOLOZZI; GRECO, 1996).

Baptista (2007, p.31) diz que:

A regulamentação do ensino e da prática médica resultou em um maior controle das práticas populares e na substituição gradativa dos religiosos das direções dos hospitais gerais, especialmente **a partir da República**. Outro resultado da política de normalização médica foi a constituição de hospitais públicos para atender algumas doenças consideradas nocivas à população e de necessário controle pelo Estado, como as doenças mentais, a tuberculose e a hanseníase. (grifos nossos)

Em princípio, as medidas de promoção da saúde eram pontuais, especificamente nas áreas urbanas e portos, e a partir do momento em que eram sanados os surtos de determinadas doenças, suspendiam-se as ações mitigadoras, a exemplo das campanhas de controle das grandes epidemias da época, como a febre amarela e a malária, doenças tropicais até então desconhecidas da medicina europeia; e outras doenças, como a varíola, peste bubônica e cólera, que também faziam parte do cenário da época, tendo sido introduzidas no Brasil juntamente com a população vinda da Europa.

No Decreto n. 5156 de 8 de março de 1904 é ratificada essa circunstância, constando no Art. 41 que:

A prophylaxia marítima internacional estabelecida no presente regulamento consiste no emprego dos meios adequados a preservar os portos da república da contaminação por germens morbosos trazidos pelas embavações que a elles chegarem (sic).

Para evitar a entrada do cólera, febre amarela e peste, ao chegar aos portos, as embarcações só teriam autorização para o desembarque mediante: carta de saúde, inspeção sanitária, visita sanitária, isolamento, desinfecção e vigilância médica.

Consta no Art.42 que as moléstias infecciosas referidas seriam as únicas determinadas para aplicação de medidas sanitárias permanentes, entretanto consta ainda que “Outras molestias infecciosas podem, excepcionalmente, dar logar á imposição de medidas de precaução”, ou seja, poderiam ser também alvo de medidas de precaução.

Consta ainda no Art. 134 que “O serviço de prophylaxia geral das molestias infectuosas comprehende” (sic): notificação; isolamento; desinfecção; vigilância médica.

A tuberculose, nesse contexto, seria considerada moléstia de notificação compulsória desde que ocorresse óbito ou quando houvesse eliminação de bacilos de TB nas seguintes condições: se os doentes residissem em habitação coletiva, trabalhassem em fábricas, oficinas, ou outro tipo de serviço do gênero; se fossem empregados de fazendas de gado, hotéis, confeitarias, cafés, casas comerciais que manipulassem produtos alimentícios, farmácias e escolas; se mudassem de casa e se trabalhassem como babá, criados de servir, copeiros ou cozinheiros. Consta ainda que nenhum portador de TB poderia residir em moradias coletivas. Já nessa época é visível a preocupação com os efeitos contagiosos da doença, sendo exposto no Art. 225 do referido Decreto que:

Nos hospitaes os tuberculosos não poderão ficar em commun com os demais doentes na mesma enfermaria. A Directoria Geral de Saude Publica entender-se-ha com as administrações dos referidos hospitais afim de obter o isolamento, tão completo quanto possível, dos tuberculosos hospitalizados (sic).

As medidas legais implementadas nesse ano (1904) não surtiram muito efeito, pelo fato de a TB não ser prioridade do governo, não foram aplicadas conforme deveriam. Outro fator que contribuiu para a não efetivação desse decreto foram as péssimas condições de vida da população atingida pela doença.

Percebe-se que, nesse momento (1904), ocorrem alguns avanços no que se refere à saúde e ao sanitarismo, pois, ainda que de forma bastante incipiente, as ações foram fundamentais, servindo de base para a efetivação dos serviços de saúde no Brasil, sobretudo quanto à regulamentação do ensino e da prática médica que substituiu gradativamente o método até então recorrente no país, como a cura através de curandeirismos, rezas, entre outras. Quanto ao sanitarismo, ainda que se resumisse a apenas alguns espaços urbanos e portos, foi fundamental para garantir a saúde da força de trabalho da época, além do controle de algumas doenças, e mesmo como suporte para as práticas futuras.

Na República (1889 - 1930), época de grande centralização do poder pelos grandes proprietários de terra, a preocupação certamente não era com a saúde da população, quando ocorrem grandes epidemias, principalmente nas grandes cidades daquele período, conforme declara Polignano (2006, p.4):

No início desse século, a cidade do Rio de Janeiro apresentava um quadro sanitário caótico caracterizado pela presença de diversas doenças graves que acometiam à população, como a varíola, a malária, a febre amarela, e posteriormente a peste, o que acabou gerando sérias consequências tanto para saúde coletiva quanto para outros setores como o do comércio exterior, visto que os navios estrangeiros não mais queriam atracar no porto do Rio de Janeiro em função da situação sanitária existente na cidade.

É nesse contexto de grandes epidemias que tem início a valorosa contribuição de Oswaldo Cruz na saúde pública brasileira, quando é convidado pelo então presidente da República para assumir a direção do Departamento Federal de Saúde Pública, com vistas a erradicar a febre amarela no Rio de Janeiro, como também atuar no controle das demais epidemias.

Suas ações têm um início bastante conturbado e conflituoso, pois o modelo de intervenção conhecido como “campanhista”, que utilizava a força e autoridade militar para conter as epidemias, trouxe grandes revoltas, principalmente contra as medidas de desinfecção tomadas, como a queima de roupas e colchões dos doentes, culminando, assim, na “revolta da vacina”, em 1904, em decorrência da constituição da Lei Federal n. 126/04, ou seja, a lei de obrigatoriedade da vacinação.

Segundo Soares e Motta (2008, p. 1):

Na literatura oficial a revolta à iniciativa de controle sanitário ficou estigmatizada como simples manifestação de ignorância popular e deslocada para o terreno da violência e do crime, omitindo-se assim, a análise das condições sociais, dos interesses e mesmo dos marcos de referência econômico, científico e técnico que possibilitariam tal política de saúde.

Entretanto, como afirmam Soares e Motta (2008), essa oposição não era apenas de cunho popular, pois tinha o apoio da imprensa, de setores militares e correntes ideológicas, ou seja, setores ainda que influentes, mas que não faziam parte do poder, sustentavam a revolta popular no intuito de enfraquecer a ascensão da classe burguesa agrária paulista. Ainda que essa revolta não tenha surtido o efeito esperado, colocou à mostra a insensibilidade do governo quanto às reivindicações da população trabalhadora em relação à saúde. Contudo, o modelo sanitarista do início do século XX apresentou grandes progressos como o controle das epidemias e a erradicação da febre amarela, no Rio de Janeiro. Como resultado das

intervenções, foram criados, por Oswaldo Cruz, diversos setores de serviços de saúde, como a diretoria geral de saúde pública, uma seção demográfica, um laboratório bacteriológico, um serviço de engenharia sanitária e de profilaxia da febre amarela, a inspetoria de isolamento e desinfecção, e o instituto soroterápico federal, que, posteriormente, foi convertido em Instituto Oswaldo Cruz (POLIGNANO, 2006).

A primeira tentativa de envolvimento do poder público na luta contra a TB foi proposta por Oswaldo Cruz, então Diretor Geral de Saúde Pública, em 1907. Embora não concretizada, a proposta era a implantação de amplas medidas profiláticas no Regulamento Sanitário e a instituição de sanatórios e hospitais.

No início do século XX, Oswaldo Cruz entende a necessidade de intervenções das autoridades sanitárias para o controle da tuberculose, assim, implementa planos de ação para esse fim, mas sem muita resposta ao controle da doença. Contudo, ainda na primeira década desse século vislumbram-se alguns progressos em relação à TB com a criação da Inspetoria de Profilaxia da Tuberculose. Os avanços continuam com a introdução da primeira vacinação com BCG oral no Brasil no ano de 1927 (RUFFINO NETTO, 1999).

Soares e Mota (2008, p. 4) dizem que, até o ano de 1930, os benefícios previdenciários com que os trabalhadores podiam contar eram proporcionados pelas Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs) ou por algumas das grandes empresas, “Assim, a maior parte dos trabalhadores era excluída de tais benefícios, tendo que recorrer aos serviços públicos de saúde ou ao atendimento dos profissionais liberais”. Ao lidar com doenças com alto poder de contágio, como é o caso da tuberculose e sem o tratamento devido, a situação se torna bem mais complexa.

Porém, é válido lembrar alguns progressos ocorridos na década de 1940, como a construção de sanatórios; e criação do Serviço Nacional de Tuberculose - SNT com a função de: estudar os problemas referentes à TB, problemas relativos ao desenvolvimento de meios de ação profilática e assistência. Nessa década foi criada também a Campanha Nacional Contra a Tuberculose - CNCT com o objetivo de: coordenar atividades de controle da tuberculose, uniformizar a orientação nacional,

sugerir a descentralização dos serviços, realizar o cadastro torácico da população. Nesse contexto ocorreu queda da mortalidade pela doença no Brasil, comprovando a eficiência desse programa (RUFFINO NETTO,1999).

Prosseguem-se as transformações em relação à queda da mortalidade pela doença nas décadas seguintes em função da inserção dos tuberculostáticos: estreptomicina (SM) a partir de 1948, ácido paraamino-salicílico (PAS) a partir de 1949, hidrazida (INH) a partir de 1952. O emprego de esquemas terapêuticos padronizados tem início a partir da década de 1960: esquema padrão (SM+INH+PAS), com duração de 18 meses em 1964, e redução do tempo de duração para 12 meses do esquema anterior em 1965. Dando continuidade à discussão das transformações na dinâmica da TB, ocorre em 1970 a substituição do SNT pela Divisão Nacional de Tuberculose - DNT. A criação da Central de Medicamentos - CEME em 1971 passa a fornecer gratuitamente os tuberculostáticos para todos os portadores de TB no Brasil. Certamente, essa foi uma medida essencial para o controle da doença, pois, conforme discutido anteriormente, essa moléstia está diretamente ligada às péssimas condições socioeconômicas das pessoas. A implantação da vacina BCG intradérmica no ano de 1973 e sua obrigatoriedade para menores de um ano de idade em 1976 dá prosseguimento as estratégias de controle da doença (RUFFINO NETTO, 2002).

Ruffino Netto (2002) lembra ainda a inauguração do II Plano Nacional de Desenvolvimento em 1975, com a inclusão do Programa de Controle da Tuberculose financiado pelo MS/INAMPS/SES, com a função de integração dos distintos segmentos do governo para a redução da morbimortalidade e dos problemas socioeconômicos em decorrência da TB. A década de 1970 é finalizada com uma resposta bem expressiva para o tratamento da doença, quando, em 1979, o esquema de tratamento de curta duração passa para seis meses, introduzindo Rifampicina (RMP) no tratamento (RMP+INH+PZA).

O referido autor pontua ainda outras ações que propiciaram melhoria na estratégia ao combate da TB na década de 1980, como a formalização do convênio entre INAMPS/SES/MS, quando é transferido o controle da TB para as Secretarias Estaduais de Saúde - SES em 1981. Outras medidas como Ações Integradas de

Saúde - AIS, Sistema Único e Descentralizado de Saúde - SUDS, e finalmente o Sistema Único de Saúde - SUS. Ainda, o tratamento supervisionado, que em 1981 conseguiu cobrir todas as unidades da Fundação Nacional de Saúde.

Apesar das inúmeras deficiências que a saúde pública apresenta ao longo dos anos, alguns progressos foram alcançados a partir da implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) na década de 1990, pois, até então, a situação da saúde da população brasileira era mais complexa, já que o acesso a esses serviços era disponibilizado apenas àqueles que podiam pagar por ele, e muito precariamente aos demais.

No contexto da criação desse sistema de saúde e analisando o Quadro 4, elaborado a partir da análise de trabalhos de estudiosos sobre a tuberculose, pode-se observar que, na década de 1990, ocorrem várias alterações nas ações de controle da doença, quando é criada a Coordenação Nacional de Pneumologia Sanitária - CNPS, vinculada à Fundação Nacional de Saúde - FUNASA e é extinta a Campanha Nacional Contra a Tuberculose - CNCT. As consequências dessas mudanças são: desestruturação em nível Federal do Plano de Controle da Tuberculose - PCT; não priorização do programa de controle da TB; enfraquecimento das coordenações estaduais; diminuição dos recursos financeiros; diminuição das supervisões do programa; disseminação da AIDS; queda da cobertura; diminuição da busca de casos novos, agravando os resultados de tratamento e o aumento do abandono.

Entretanto nos anos posteriores há uma retomada das estratégias de controle, como a tentativa de reerguer o Plano de Controle da Tuberculose - PCT em 1992, com a transferência da responsabilidade desse controle para os Estados. Em 1993, ocorre a elaboração do Plano Emergencial de Controle da TB pelo Ministério da Saúde que é implementado em 1996. Nesse plano emergencial, é implantado o Tratamento Diretamente Supervisionado e é reconhecida a necessidade de horizontalizar o controle da TB, estendendo-o para todos os serviços do Sistema Único de Saúde.

Contudo, essas estratégias não apresentam resultados positivos, quando em 1998 a situação de calamidade da TB no mundo chama a atenção da imprensa internacional. Nesse mesmo ano é estabelecida a Resolução 284, considerando a situação da tuberculose no Brasil. Nessa data (06/08/1998), a TB é reconhecida

como problema prioritário de saúde pública no país. Em decorrência disso é lançado o Plano Nacional de Controle da Tuberculose 3, introduzindo algumas inovações: o tratamento supervisionado, a instituição de um bônus de R\$ 150,00 e de R\$ 100,00 para cada caso de doente de tuberculose diagnosticado, tratado e curado, respectivamente, substituição da administração burocrática por uma administração gerencial.

Quadro 4 - Histórico das estratégias de controle da Tuberculose - 1990/2006

Ano	Evento	Consequências
1990	-Criação da Coordenação Nacional de Pneumologia Sanitária - CNPS ligada à Fundação Nacional de Saúde - FUNASA	<ul style="list-style-type: none"> -Extinção da Campanha Nacional Contra a Tuberculose - CNCT; -Desestruturação do Plano de Controle contra a Tuberculose - PCT em nível federal; -Não priorização do programa de controle; -Enfraquecimento das coordenações estaduais; -Diminuição dos recursos financeiros; -Diminuição das supervisões do programa; -Queda da cobertura; -Disseminação da AIDS; -Diminuição da busca de casos novos; -Piora dos resultados de tratamento; -Aumento do abandono.
1992	-Tentativa de reerguer o PCT	<ul style="list-style-type: none"> -Transferência da responsabilidade dos treinamentos, monitorização dos tratamentos e campanhas públicas para os Estados;
1993	-A OMS declarou o estado de urgência da tuberculose	<ul style="list-style-type: none"> -Elaboração do Plano Emergencial para Controle da Tuberculose pelo Ministério da Saúde (1994).
1996	-O MS implementa o Plano Emergencial para o controle da enfermidade	<ul style="list-style-type: none"> -Implantação do tratamento diretamente supervisionado – DOT; -Reconhecimento da importância de horizontalizar o controle da TB, estendendo-o para todos os serviços do SUS.
1998	<ul style="list-style-type: none"> -A imprensa internacional chama a atenção para a calamidade da situação epidemiológica da tuberculose no mundo; - O Conselho Nacional de Saúde, em 6 de agosto de 1998, estabelece a resolução número 284, que considera a situação da tuberculose no Brasil. 	<ul style="list-style-type: none"> -Reconhecimento da tuberculose como problema prioritário de saúde pública no Brasil; -Estabelecimento de estratégias para um novo plano.
1998	-Lançamento do Plano Nacional de Controle da Tuberculose 3	<ul style="list-style-type: none"> -O Plano introduz duas inovações: o tratamento supervisionado e a instituição de um bônus de R\$ 150,00 e de R\$ 100,00 para cada caso de doente de tuberculose diagnosticado, tratado e curado, respectivamente, se foi utilizado ou não o tratamento supervisionado. -Substituição da administração burocrática por uma administração gerencial.
1999	-Aumento das unidades sanitárias utilizando o tratamento supervisionado	<ul style="list-style-type: none"> -Feitura do diagnóstico pela baciloscopia, dado seu baixo custo.
2000	-Lançamento do Plano Nacional de Mobilização para eliminação da hanseníase	<ul style="list-style-type: none"> -Implementação de ações de controle da TB e hanseníase em 100% dos municípios prioritários;

Ano	Evento	Consequências
	Hanseníase e Controle da Tuberculose em Municípios Prioritários por meio da Atenção Básica	-Reafirmação das metas do plano emergencial, de diagnosticar, no mínimo, 90% dos casos esperados e tratar, com sucesso, pelo menos 85% deles.
2001	-Lançamento do "Plano Estratégico para Implementação do Plano de Controle da Tuberculose no Brasil, no Período de 2001-2005"	-Implementação do bônus p/ municípios com Unidade Básica de Saúde que desenvolva ações de controle da TB; -Identificação de áreas prioritárias em municípios c/ mais de um milhão de habitantes; -Capacitação de equipes de saúde da família e agentes comunitários de saúde; -Treinamento p/ gerenciamento e supervisão; -Priorização do desenvolvimento da rede de laboratórios; -Manutenção da educação das equipes de saúde da família; -Expansão das equipes saúde da família e agentes comunitários de saúde; -Estímulo à adesão municipal ao Programa de Controle da TB; -Utilização do DOTs.
2003	-Criação da Secretaria de Vigilância em Saúde – SVS	- A SVS estrutura o combate à TB.
2004	-Novo Plano p/ controle da TB	-Manutenção da detecção anual de pelo menos 70% dos casos estimados de TB; -Tratamento correto de 100% dos casos diagnosticados e cura de pelo menos 85% deles; -Manutenção dos casos de abandono em níveis considerados baixos (5%); -Expansão do tratamento supervisionado para 100% dos municípios prioritários; - Expansão do tratamento supervisionado para pelo menos 80% dos bacilíferos até 2007; -Atualizar registros dos casos diagnosticados e 100% do resultado de tratamento; -Aumento para 100% do número de sintomáticos respiratórios examinados; Ofertar teste anti HIV para 100% dos adultos com TB.
2005	-Recomendação do tratamento supervisionado a todos os casos de TB bacilíferos; -Intensificação da vigilância e controle da TB em 26 estados, Distrito Federal e municípios prioritários	
2006	-Divulgação do pacto pela saúde; -Publicação de novo plano mundial de controle da tuberculose pela OMS – “stop TB”	-O controle da tuberculose está entre as prioridades do pacto pela vida; -Objetivo de redução em 50% da prevalência e mortes por TB até 2015 e eliminação até 2050 como problema de saúde pública

Fonte: Ruffino Netto, 1999; Barrêto, 2010; Hijjar, 2007.

A partir de 1999, gradativamente outras estratégias vão substituindo as que efetivamente não contribuem para o controle da doença e vão dando lugar a outras com impacto positivo nesse sentido, ou mesmo incorporando ações para melhoria

dos programas, planos ou ações já implementadas. Assim, a expansão das unidades sanitárias com o uso do tratamento supervisionado, realização do diagnóstico pela bacilosscopia, aumento da área de abrangência de municípios prioritários para o controle da doença, capacitação de equipes de saúde da família e agentes comunitários, ampliação da rede de laboratórios, criação da Secretaria de Vigilância em Saúde, entre outras, são ações que o poder público vem implantando ao longo dos anos na tentativa de minimizar os efeitos negativos da doença no país.

Todavia, entende-se que as ações são realizadas de forma bastante lenta para o controle de uma doença altamente contagiosa e, às vezes, letal, devendo ser analisada de forma mais ativa, com o empenho não só do poder público como também de toda a sociedade, para juntos encontrar formas de eliminar a disseminação da TB e sua proliferação em todos os espaços terrestres. Porém, para isso é necessária a sensibilização da população, que, por vezes, não tem conhecimento dos mecanismos de diagnóstico, controle e cura da doença. Nesse sentido, Hijjar et al. (2001, p.14) concluem que:

Muito já foi feito e muito ainda há de se fazer. Políticas públicas que possam efetivamente melhorar a qualidade de vida da população têm repercussões positivas no controle da tuberculose. No entanto, para os órgãos responsáveis pela saúde pública do país é necessário e prioritário a imediata melhoria das ações de busca de casos, tratamento e prevenção, bem como das atividades de promoção da saúde.

A tuberculose exige grande atenção, monitoramento e agilidade, tanto do poder público quanto da população para o controle da doença, estabelecendo uma cooperação, onde o Estado cumpre sua função de promover a saúde e a sociedade atua como sua fiscalizadora, cobrando os direitos que lhe são inerentes, pois ainda que a saúde seja indicada como direito de todos e dever do Estado, sendo, ao cidadão, conveniente exigir o seu cumprimento, é necessário que as pessoas conheçam seus direitos para solicitar que sejam cumpridos, face à corriqueira inoperância que as políticas públicas apresentam no país, conforme argumenta Santos (2008, p. 10):

Nesta fundamental responsabilidade de Estado todos os governos também vêm mantendo o anacronismo da administração pública direta e autárquica na área social das necessidades e direitos da população: o patrimonialismo, o burocratismo, a desconsideração da diversidade e necessidades regionais, a lentidão, a total precarização da política de recursos humanos na saúde e a consequente inadequação ao atendimento das necessidades e direitos da população. Este inexplicável e injustificável anacronismo, articulado ao sub-financiamento federal e à predatória relação público-privado, remetem à questão: como é entendido e aplicado o Art. 197 da CF sobre a Relevância Pública?

Apesar de entender que o caos na saúde pública brasileira não é decorrente do sistema atual, e sim de processos que vêm se arrastando ao longo de décadas, também se observa que a reestruturação do SUS é lenta e, após mais de vinte anos de funcionamento, já deveria ter sido consolidada ao menos parte das diretrizes preconizadas para sua criação, o que não vem ocorrendo, pelo menos da forma correta. Sobre os anos de vigência do SUS, Santos (2008, p. 5) destaca que:

- a) a atenção básica expande-se às maiorias pobres da população, mas na média nacional estabiliza-se na baixa qualidade e resolutividade não consegue constituir-se na porta de entrada preferencial do sistema, nem reunir potência transformadora na estruturação do novo modelo de atenção preconizado pelos princípios Constitucionais;
- b) os serviços assistenciais de média e alta complexidade cada vez mais congestionados reprimem as ofertas e demandas (repressão em regra iatrogênica e frequentemente letal);
- c) os gestores municipais complementam valores defasados da tabela na tentativa de aliviar a repressão da demanda;
- d) a soma dos valores da dedução no Imposto de Renda dos serviços de saúde consumidos no mercado, da contrapartida pública nos planos privados dos servidores públicos, do não resarcimento ao SUS de serviços prestados às empresas de planos e seguros privados, os gastos das estatais com saúde e outras, significam financiamento público perto de 10 bilhões anuais, próximo a 20% do faturamento do sistema privado suplementar;
- e) com o enorme crescimento das empresas de planos privados, as camadas médias da sociedade, incluindo os servidores públicos justificam e reforçam sua opção pelos planos privados de saúde;
- f) as diretrizes da Integralidade e Equidade pouco ou nada avançam;
- g) a judicialização do acesso a procedimentos assistenciais de médio e alto custo às camadas média-média e média-alta aprofundam a iniquidade e a fragmentação do sistema;
- h) o modelo de atenção à saúde vai se estabilizando em pobre aos 80% pobres e em complementar e menos pobre aos 20% compradores de planos privados;
- i) o modo de produzir serviços e práticas de saúde permanece centrado nos procedimentos médicos de diagnose e terapia, e grande parte dos avanços citados constituem elevações de cobertura possíveis já no período “pré- SUS” nos anos 80.

Nesse contexto, o que se observa é que não são garantidos os direitos e todas as necessidades da população, quando são obrigados a passar longos períodos de

espera, isso quando necessitam de procedimentos menos sofisticados; os atendimentos de alta complexidade demoram demais para serem realizados. No caso de pacientes com enfermidades mais sérias, a luta contra o tempo é, às vezes, inútil. Ao esbarrar na burocracia do sistema, uma infinidade de indivíduos morre todos os dias à espera de atendimento.

No que tange ao controle da tuberculose dentro do SUS, há de se concordar com Hijjar et al. (2001, p.14) ao afirmarem que:

[...] se o controle da tuberculose não se efetivar de forma satisfatória e, diante da ausência de inovações terapêuticas e profiláticas, seremos obrigados a conviver com as estimativas do Banco Mundial - em 2020 a tuberculose contribuirá com 55% das mortes observadas em adultos nos países em desenvolvimento.

A falta de leitos, equipamentos de saúde, recursos humanos qualificados, além da baixa remuneração dos funcionários da saúde, aliados à emergência e reemergência de doenças transmissíveis demonstra a fragilidade do modelo em vigor e a necessidade de mudanças urgentes, especialmente quanto à humanização nos atendimentos.

A falta de continuidade e intersetorialidade dos programas de controle da tuberculose representam uma fragmentação que prejudica a maior erradicação da doença. Sem contar que as questões sociais devem ser profundamente relevadas na elaboração das políticas públicas de saúde, pois o doente tuberculoso precisa tanto da assistência médica quanto de condições de vida digna e de qualidade para que possa lidar mais facilmente com essa moléstia.

5 A REDE DE SERVICOS DE SAÚDE E A TUBERCUOLOSE NO NORTE DE MINAS GERAIS

No norte de Minas, Ivo das Chagas se impressionou não apenas com a situação sanitária, mas também com o quadro social da região. Uma das situações mais triste constatada por ele se referia à tuberculose, depois do diagnóstico laboratorial, a pessoa, ou às vezes toda a família comprovadamente contaminada, era devidamente tratada e curada. Entretanto, a doença voltava, matando todos os membros da família, pai, mãe e filhos. A causa da morte repousava não na doença propriamente dita, mas na desnutrição, ou seja, fome carencial e às vezes aguda.

(MAGALHÃES & LIMA, 2009)

A gestão administrativa do governo de Minas Gerais é norteada pelo Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado – PMDI que teve início em 2007 com projeção de ações prioritárias de curto, médio e longo prazo até 2023. Trata-se de um conjunto de estratégias utilizadas de forma contextualizada, cuja finalidade é “Tornar Minas Gerais o melhor estado para se viver”. Para que isso se torne realidade, foram definidas pelo governo onze áreas prioritárias nas quais se concentram os esforços e recursos numa perspectiva intersetorial com vistas às melhorias almejadas. A Gestão da Saúde está concentrada em uma dessas áreas, objetivando oportunizar a população condições para “viver mais e viver melhor” (MALACHIAS; LELES; PINTO, 2011, p. 13).

A reestruturação das ações de saúde, cuja base é o Plano Diretor de Regionalização da Saúde de Minas Gerais (MALACHIAS; LELES; PINTO, 2011, p. 14), foi elaborado levando em consideração “[...] a lógica da população e de seus fluxos em busca de atenção à saúde e nos princípios basilares das redes de atenção à saúde”.

Sendo assim, o Plano busca a incorporação desses alicerces dividindo os 853 municípios de Minas Gerais em 13 macro e 76 micro regiões de saúde, para melhor

atender as propostas de atenção à saúde no estado. São implementadas nas microrregiões 28 Gerências regionais, que tem a finalidade de garantir a Gestão da Saúde no Estado de Minas Gerais, sendo de sua competência:

- I. Implementar as políticas estaduais de saúde em âmbito regional;
- II. Assessorar a organização dos serviços de saúde nas regiões;
- III. Coordenar, monitorar e avaliar as atividades e ações de saúde em âmbito regional;
- IV. Promover articulações interinstitucionais;
- V. Executar outras atividades e ações de competência estadual no âmbito regional;
- VI. Implantar, monitorar e avaliar as ações de mobilização social na região;
- VII. Exercer outras atividades correlatas.

As Superintendências Regionais de Saúde - SRS e Gerências Regionais de Saúde – GRS, estão localizadas nos seguintes municípios: Alfenas, Barbacena, Belo Horizonte, Coronel Fabriciano, Diamantina, Divinópolis, Governador Valadares, Itabira, Ituiutaba, Januária (Norte de Minas), Juiz de Fora, Leopoldina, Manhumirim, Montes Claros (Norte de Minas), Passos, Patos de Minas, Pedra Azul, Pirapora (Norte de Minas), Ponte Nova, Pouso Alegre, São João Del Rei, Sete Lagoas, Teófilo Otoni, Ubá, Uberaba, Uberlândia, Unaí e Varginha.

Para o enfrentamento das doenças recorrentes no estado são implementadas quatro redes prioritárias para o fortalecimento da atenção primária à saúde:

- I. Rede Hiperdia de atenção às doenças cardiovasculares e ao diabetes;
- II. Rede Viva Vida de atenção integral às mulheres e às crianças;
- III. Rede de Urgência e Emergência; e
- IV. Rede Mais Vida de atenção às pessoas idosas.

Apesar de essas redes serem prioritárias na Atenção à Saúde, outros Programas fazem parte desse aparato em prol da melhoria das condições de saúde em Minas Gerais.

Os responsáveis pela elaboração do referido Plano tiveram por base experiências exitosas em outros países, por entenderem que os benefícios decorrentes dessas ações poderão possibilitar a redução do alto índice de morbimortalidade por doenças do aparelho circulatório e por diabetes; diminuição da mortalidade infantil por doenças que poderiam ser evitadas; resolução do alto índice de mortes por causas externas, além dos ganhos na melhoria das condições de vida da pessoa idosa.

No Norte de Minas, esses programas ainda não funcionam em rede, e apesar de funcionarem isoladamente, têm apresentado melhorias. Entretanto, como afirma a Assessora de Imprensa da Superintendência Regional de Saúde de Montes Claros, a ideia é que, em curto prazo de tempo, todos estes programas estejam interligados e seguindo a mesma lógica. Assegura ainda que vêm sendo efetivados alguns mecanismos nessa direção, como reuniões, debates, oficinas, para que os Profissionais de saúde, poder público estadual, municipal, sociedade civil organizada, entre outros segmentos pensem a metodologia mais adequada para a reestruturação da rede de saúde.

5.1 O pioneirismo da rede de Urgência e Emergência no Norte de Minas: avanços e desafios da saúde pública

A mesorregião Norte de Minas Gerais foi escolhida para dar início à implantação da Rede de Urgência e Emergência em Minas Gerais. Para o funcionamento dessa rede é utilizada a metodologia preconizada no ano de 1997 em Manchester, ou seja, o protocolo de Manchester. Esse método vem sendo largamente utilizado em diversos países como Portugal, Suécia, Espanha e Holanda e tem trazido bons resultados, sendo apontado como poderoso articulador nas suas redes de serviço de urgência e emergência (MINAS GERAIS, 2009).

O Conselho Federal de Medicina (CFM) através da Resolução n. 1.451, de 1995, institui no Artigo 1º que:

Os estabelecimentos de Prontos Socorros Públicos e Privados deverão ser estruturados para prestar atendimento a situações de urgência-emergência, devendo garantir todas as manobras de sustentação da vida e com condições de dar continuidade à assistência no local ou em outro nível de atendimento referenciado.

No parágrafo primeiro, define que **URGÊNCIA** é a ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata. E, no parágrafo segundo, define que **EMERGÊNCIA** é a constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, tratamento médico imediato.

No Artigo 2º consta que nos Hospitais de Pronto-Socorro deverá haver plantão local com equipe médica constituída, no mínimo, por profissionais das seguintes áreas: I) Anestesiologia; II) Clínica Médica; III) Pediatria; IV) Cirurgia Geral; e V) Ortopedia. Porém não é bem isso que se vê na maioria dos prontos-socorros do Norte mineiro, pois se sabe que um dos gargalos da saúde pública nessa região é a falta de recursos humanos com as devidas qualificações.

O Norte de Minas foi indicado como pioneiro na implantação da rede de urgência e emergência no estado pelo fato de apresentar diversos fatores de cunho epidemiológico, necessitando de intervenções urgentes. Alguns indicadores como:

- Prevalência da mortalidade em pessoas com mais de 1 ano de doenças cardíio e cerebrovasculares (a principal causa de mortalidade global é o AVC, como no resto do país), mas, quando se analisa o indicador Anos Potenciais de Vida Perdidos (APVP), as causas externas e o conjunto das doenças cardiovasculares têm um impacto superior a 50% na mortalidade.
- Grande incidência de situações maldefinidas como causa de mortalidade, o que revela certa desassistência, principalmente na parte noroeste da região.
- Baixa densidade demográfica como um dificultador no tempo-resposta adequado necessário para certas condições que exigem resposta em tempo hábil (MAFRA et al., 2009, p. 106-107).

Esse modelo de atenção à saúde tem como principal objetivo estabelecer um tempo de espera para o atendimento médico e não o estabelecimento de um diagnóstico. Inicialmente faz-se uma triagem do paciente, para depois determinar as medidas a serem adotadas, seguindo o cronograma de tempo de espera, dependendo da gravidade do caso (Quadro 5).

Quadro 5 - Simbologia de cores - urgência e emergência

	Vermelho	Emergência	0 minuto
	Laranja	Muito urgente	10 minutos
	Amarelo	Urgente	60 minutos
	Verde	Pouco Urgente	120 minutos
	Azul	Não Urgente	240 minutos

Fonte: Minas Gerais (2009)

A classificação de risco terá como determinante os sintomas apresentados pelo indivíduo que, após o diagnóstico, será conduzido ao ponto ideal na rede e no tempo ideal de atendimento. No modelo anterior, o indivíduo seria conduzido ao Hospital mais próximo. Mafra et al. (2009, p. 91) destacam que “[...] o fato de se estar seguindo um protocolo não garante a eficiência em uma instituição ou rede, pois seguir o protocolo é bem mais complexo e depende de uma infinidade de fatores”.

O Quadro 6 mostra os determinantes gerais do Protocolo de Manchester que leva em consideração o estado de saúde do paciente após a triagem.

Quadro 6 - Fluxograma de sinais e sintomas do Protocolo de Manchester



*O cidadão classificado com prioridade cinco, ou seja, cor azul é caracterizado como caso eletivo, não urgente. Nesse caso, o indivíduo poderá ser atendido de imediato ou agendar, dependendo da disponibilidade. Entretanto, é de competência da Atenção Primária o atendimento deste cidadão.

Fonte: Mafra et al., 2009, Org.: Magalhães, 2012

No Norte de Minas, a excelência nos resultados da Rede de Urgência e Emergência ainda não faz parte do cotidiano de toda a população, pois vários são os entraves que impossibilitam a qualidade dos serviços na região, a saber: longas distâncias entre os municípios que possuem os procedimentos demandados; insuficiência de leitos e recursos humanos, entre outros. Desta forma, alguns aspectos devem ser revistos e reestruturados, já que por ser pioneira encontrará ainda diversos desafios até a sua total estruturação.

Consta no documento O Choque de Gestão na Saúde em Minas Gerais (2009, p. 107-108) que: “O projeto da Rede de Urgência e Emergência, após um ano de execução, atingiu 90% dos marcos estabelecidos para o projeto”, o que envolve:

- I. A adoção da classificação de Risco do protocolo de Manchester nos pontos de atendimento à saúde com profissionais capacitados;
- II. Desenho e pactuação dos fluxos micro e macrorregionais;
- III. Adoção de uma nova tipologia hospitalar, com configuração mínima e investimento do Estado e Ministério em equipamentos, construção/adequação de áreas;
- IV. Construção de 40 novos leitos de terapia intensiva em municípios polos microrregionais da região;
- V. Regionalização do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU, que atuava somente no município de Montes Claros;
- VI. Construção do Complexo Regulador, onde atuarão a Central de Urgência do SAMU e a Central de regulação assistencial macrorregional, com protocolos pré-estabelecidos.
- VII. Disponibilidade, por parte da SES/MG, de recurso de cofinanciamento do custeio dos hospitais de referência ao atendimento de Urgência para manutenção de equipe mínima disponível de acordo com a tipologia hospitalar, e regulada 24 horas/dia.
- VIII. Constituição do Comitê Macrorregional de Gestão das Urgências.

Apesar de todos os progressos apontados pelo referido documento, entende-se que é necessário avançar muito em diversos quesitos, principalmente no que se refere a

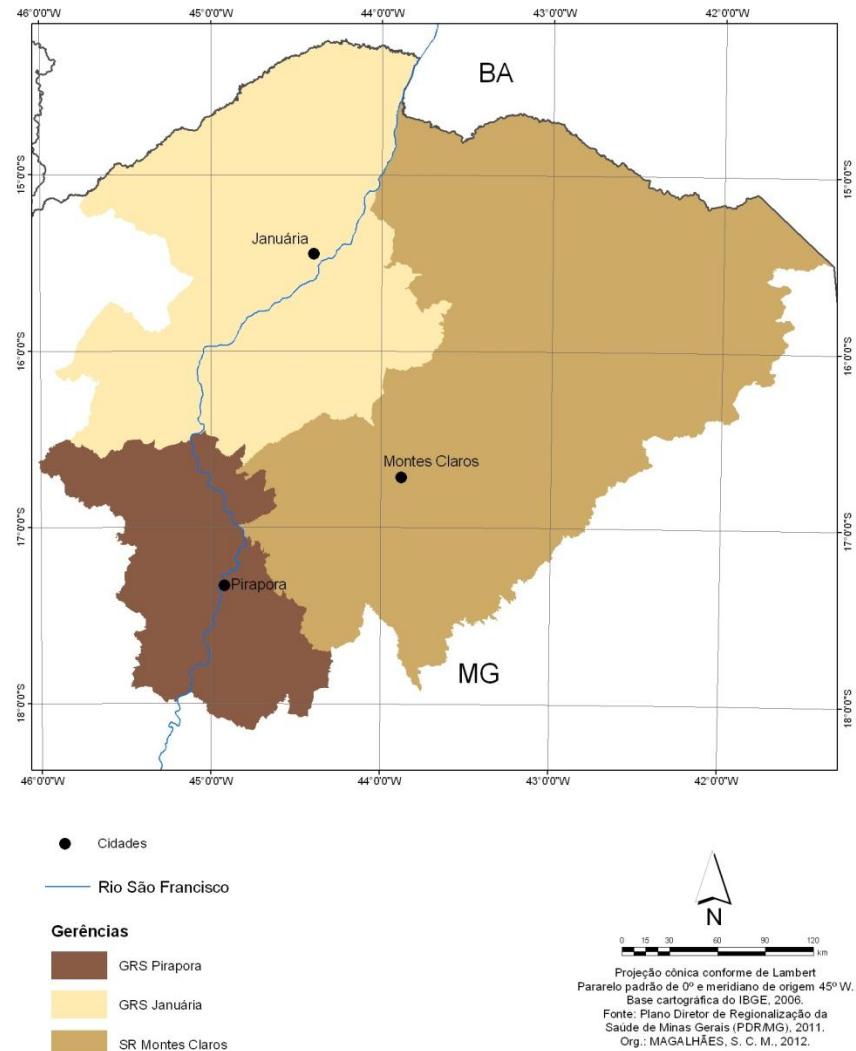
falta de recursos humanos, não só em quantidade, mas principalmente em qualidade. Não deveria ser de tal forma, pois na região se encontram faculdades e universidade formadoras de profissionais de saúde, que conhecem a realidade local. O que não justifica a população se deparar com profissionais mal preparados, desumanos, além da infraestrutura física deficiente, enfim, um quadro desolador nas salas de espera de hospitais e nos Postos de Pronto Atendimento.

No Norte de Minas existe um serviço estruturado, porém ainda está aquém da demanda. Observa-se que o sistema de saúde e as necessidades da população parecem andar na contramão, já que existe uma estrutura de atendimento em determinados municípios, é disponibilizada uma infinidade de novas estratégias de atenção à saúde, enquanto uma multidão de indivíduos não tem acesso a eles.

5.2 A territorialização da saúde no Norte de Minas

A territorialização da saúde no Norte de Minas (Mapa 5) compreende a Superintendência Regional de Saúde de Montes Claros e as Gerências Regionais de Saúde de Januária e de Pirapora, abrangendo 86 municípios distribuídos em nove microrregiões de Saúde (MALACHIAS; LELES; PINTO, 2011).

Mapa 5 - Área de abrangência da Superintendência Regional de Saúde de Montes Claros e das Regionais de Saúde de Januária e Pirapora



No Mapa 5 são apresentadas as áreas de abrangência das respectivas Superintendência e Regionais de Saúde, ou seja, Montes Claros, Januária e Pirapora. A Superintendência Regional de Saúde de Montes Claros abrange 53 municípios nas Microrregiões de Saúde: I) Janaúba/Monte Azul; II) Salinas/Taiobeiras; III) Coração de Jesus; IV) Montes Claros/Bocaiúva; e V) Francisco Sá. A Regional de Saúde de Januária compreende as Microrregiões de: I) Manga; II) Januária; e III) Brasília de Minas/São Francisco, totalizando 26 municípios; e a Regional de Saúde de Pirapora não se divide em microrregiões, envolve sete municípios.

A Tabela 1 mostra a quantidade de microrregiões, o total de municípios como também a população de cada unidade regional de saúde no Norte de Minas.

Tabela 1 - Unidade Regional de Saúde do Norte de Minas

Municípios	Unidade Regional de Saúde	Microrregião	População
Montes Claros	53	5	1.036.437
Pirapora	7	1	138.356
Januária	26	3	402.507
TOTAL	86	9	1.577.300

Fonte: Malachias, Leles e Pinto (2011). Org: Magalhães, 2012

Como pode ser observado na Tabela 1, a Unidade Regional de Saúde de Montes Claros é composta de cinco microrregiões, apresentando a maior população que é de 1.036.437 habitantes, seguida por Januária com 402.507 e Pirapora que apresenta uma população de 138.356 habitantes.

Analisando o Norte de Minas em escala macrorregional da saúde, observa-se que possui uma população de 1.548.933 habitantes. A densidade demográfica é de 11,9 hab./Km² e uma população rural relativamente alta se forem consideradas as demais regiões do Estado de Minas Gerais (MALACHIAS; LELES; PINTO, 2011). Outra característica que chama a atenção é a grande desigualdade social apresentada. Pereira (2007, p. 125) ratifica essa afirmação ao pontuar que: “Mesmo os municípios detentores de uma economia mais diversificada, como é o caso de Pirapora, Bocaiúva, Januária, Várzea da Palma e Salinas, a sociedade é marcada por intensa desigualdade”.

São visíveis essas disparidades no Norte de Minas ainda que no Plano de Desenvolvimento Regional - PDR conste que todos os municípios do estado devem oferecer a sua população a Atenção Primária à Saúde - APS, preferencialmente próxima às residências dos usuários. As APS têm importante papel na rede de atenção à saúde, pensa-se ser o caminho para a (re) estruturação da saúde brasileira. Através da APS nas Unidades Básicas de Saúde - UBS, é possível:

- I. Reduzir os atendimentos nos prontos-socorros;
- II. Evitar as causas de mortes súbitas;
- III. Dar atenção integral às pessoas;
- IV. Atuar com intervenções curativas, reabilitação, prevenção e promoção de saúde; e
- V. Diminuir os custos de atendimento à saúde (MARQUES et al., 2009).

A Atenção Primária à Saúde deve ser a porta de entrada do cidadão ao sistema de saúde. É através dela, nas UBS, que a população passa a ter acesso à rede integrada de saúde, ou seja, as UBS são os centros dispersores de pacientes aos serviços de saúde, entretanto nem sempre é assim que ocorre, quando, por uma infinidade de contratemplos, grande parte da população acessa os serviços de saúde onde tem mais facilidade ou onde consegue.

Cecílio (1997), há mais de uma década, já discutia sobre o verdadeiro papel das unidades básicas de saúde, o que na atualidade continua sem a devida clareza. Aponta duas formas polares de se pensar uma unidade básica de saúde:

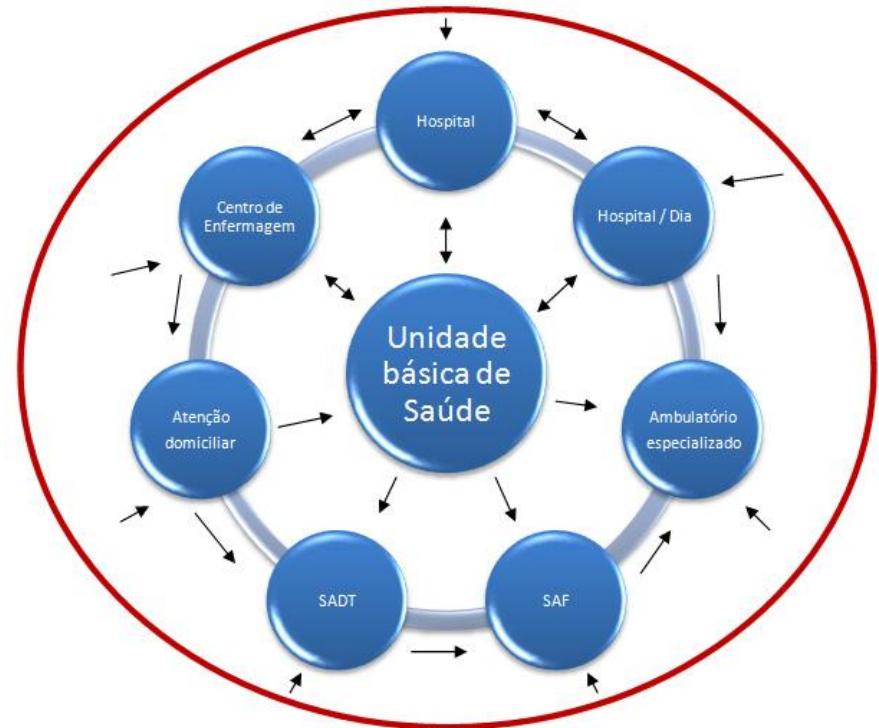
Na primeira, acabamos organizando centros de saúde bem-estruturados, que desenvolvem muitas vezes um trabalho de ótima qualidade, mas que padecem de ser muito fechados às necessidades mais agudas dos seus usuários. Como estes últimos costumam dizer: "Depois que a gente consegue entrar nestes serviços é uma maravilha. O duro é conseguir entrar". Por outro lado, a orientação de "escancarar" o centro de saúde, no sentido de torná-lo a verdadeira porta de entrada do sistema de saúde, por mais que se amplie e se invista nele, fica sempre aquém do que desejamos. Seja porque parece não ter fim a demanda por pronto-atendimento por parte da população, seja porque, por mais equipado que esteja o centro de saúde, ele é sempre menos resolutivo do que é necessário diante das situações que exijam um atendimento mais ágil, dito de "urgência". Pelo menos é o que parece estar gravado com muita força no imaginário popular, na medida em que as pessoas não hesitam em buscar, nos serviços de pronto-socorro, a resposta para seus "problemas" agudos de saúde. O centro de saúde fica reconhecido como um lugar em que ele deve buscar atendimento em situações bem específicas, com atendimento em geral agendado, em horários bastante rígidos e sempre com o risco de ser encaminhado para consulta no pronto-socorro (CECILIO, 1997, p. 2).

O referido autor assinala ainda que a orientação do aumento da resolutividade dos centros de saúde através de maior complexificação tecnológica e alterações na organização dos processos de trabalho tendem a reproduzir um hospital ou pronto-socorro em miniatura, nem sempre resolutivo e que os procedimentos muito centrados no atendimento médico acabam descaracterizando a verdadeira missão

dos centros de saúde que é o de prevenção das doenças e promoção da saúde. Assim, a população continua acessando o sistema de saúde pela porta mais fácil de entrar.

As Unidades Básicas de Saúde (Figura 12) seriam a “porta de entrada” para o atendimento da população, quando, a partir da análise do paciente e diagnóstico do procedimento a ser realizado, este é encaminhado para o atendimento no local adequado, ou seja, dependendo do caso, o indivíduo é direcionado seja aos hospitais, ao centro de enfermagem, à atenção domiciliar, entre outros. Se as UBS são a “porta de entrada” dos usuários aos serviços de saúde, não estaria aí o ponto de estrangulamento da rede de atenção à saúde no Norte de Minas? Assim, quais providências vêm sendo tomadas para resolução dessa falha que se considera ser um empecilho para o bom funcionamento desse sistema?

Figura 12 - Unidades de gestão da saúde na atenção primária



Fonte: Minas Gerais (2009), adaptação: Magalhães, 2012

A Atenção Primária à Saúde deve operar de forma abrangente, para que se torne realmente a melhor maneira de acesso da população a esse sistema. O Programa Saúde da Família em funcionamento desde 1994 é uma das formas de organização

da APS. Acredita-se que esse programa tem modificado o modo de vida de muitas comunidades e originado diversos benefícios não só para a população como também para o sistema de saúde que tem diminuído os gastos em atendimentos. Ainda assim, parte da população fica fora desse sistema, especialmente no Norte de Minas.

De acordo com Malachias, Leles e Pinto (2011), na regionalização da saúde, a Atenção Primária à Saúde funciona em todos os municípios, onde os cidadãos têm o primeiro contato com os serviços de saúde. Já a Atenção Secundária é ofertada nas cidades pólo das microrregiões, onde são realizados procedimentos de média complexidade como Rx contrastado, Ultrassonografia, Mamografia, Tomografia, assim como terapia renal substitutiva e Unidade de Terapia Intensiva – UTI, dependendo da capacidade técnica da microrregião. No Norte de Minas existem apenas 18 leitos neonatais, sendo todos em Montes Claros. Quanto à terapia renal, os pacientes de toda a região deslocam-se para Montes Claros, Janaúba, Brasília de Minas, Pirapora e Taiobeiras.

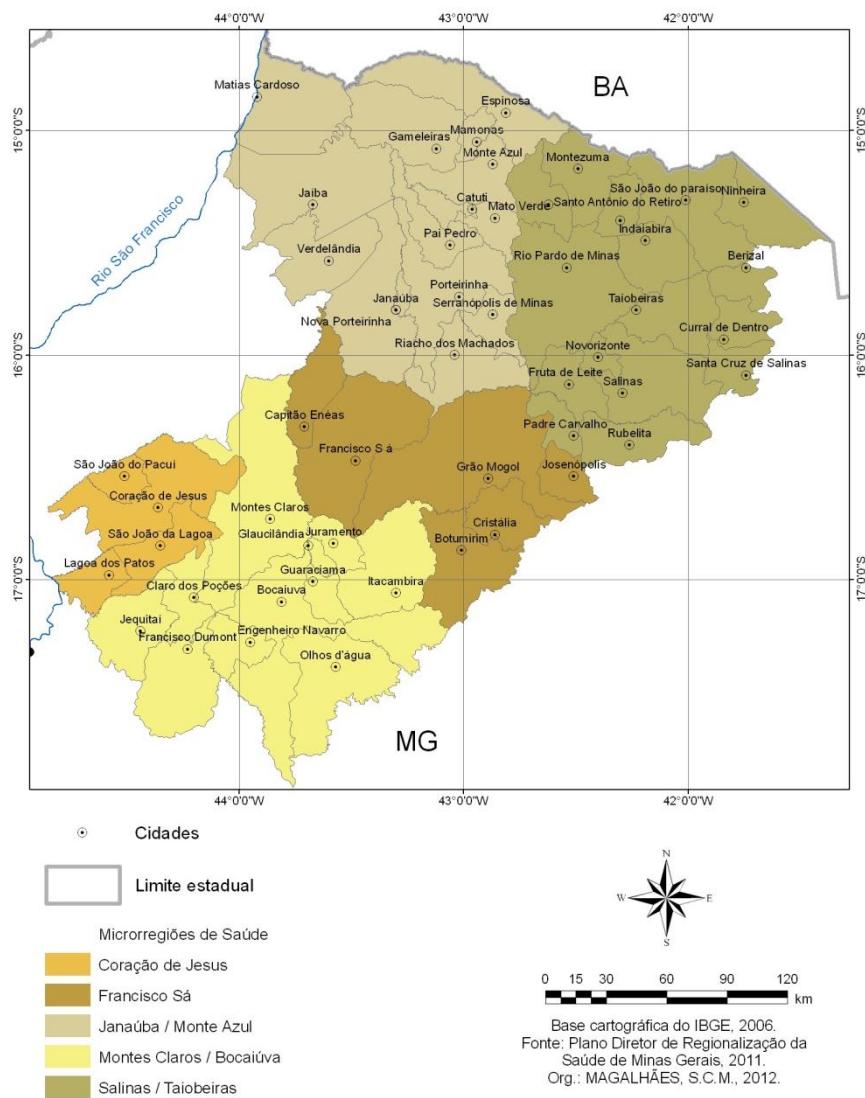
Na Atenção Terciária, ou seja, na alta complexidade, os procedimentos, além dos já citados, respondem também pelo atendimento de Ressonância Magnética, Quimio e Radioterapia, Litotripsia, Cirurgia Cardíaca, Transplante, Tratamento Cirúrgico da osteonielite do Crânio, Fratura da Mandíbula; funcionam no pólo das macrorregiões como sistemas de apoio.

Vale ressaltar que essa é a lógica de regionalização dos princípios organizativos do SUS, porém, dependendo da capacidade de organização de cada município ou microrregião, essa dinâmica pode ser alterada, quando um município pode oferecer os serviços atribuídos a uma microrregião, ou uma microrregião pode atender serviços conferidos nas macrorregiões.

Para compreender a organização desses serviços na área de atuação de cada microrregião do Norte de Minas torna-se necessário apresentar essa territorialização. Assim, o Mapa 6 mostra a espacialização de cada município nas suas respectivas microrregiões de saúde.

A área de abrangência da Superintendência Regional de Saúde de Montes Claros é composta por cinco microrregiões e uma população de 1.038.437 habitantes distribuídas em 53 municípios (Mapa 6).

Mapa 6 - Microrregiões da Superintendência Regional de Saúde de Montes Claros



Segundo o Coordenador de Epidemiologia da Superintendência Regional de Saúde de Montes Claros, do ponto de vista da ocorrência de doenças, as microrregiões da área de abrangência desta superintendência apresentam um aspecto mais ou menos homogêneo. Informa ainda que há a prevalência de determinadas doenças em algumas regiões, citando como exemplo a esquistossomose e a doença de chagas. Acredita que o maior problema na região diz respeito às doenças ligadas à ineficiência ou inexistência do saneamento básico. Outro fato que é uma questão

premente é a falta de oferta de serviços de saúde. Das microrregiões de responsabilidade dessa superintendência, a que chama mais a atenção pela carência nesse sentido é a microrregião Salinas/Taiobeiras, certamente pela sua posição geográfica. Exemplifica os municípios de Rio Pardo de Minas, Indaiabira, Vargem Grande, Santo Antônio do Retiro, como os mais problemáticos pela alta prevalência de esquistossomose. Ainda nessa microrregião, os municípios de Monte Azul, Espinosa, Mato Verde, Riacho dos Machados, Fruta de Leite, quando dos inquéritos de doenças na população, apresentam alta prevalência de doenças de chagas, principalmente na população mais velha. Porém, acredita que ocorreu uma grande melhoria da saúde no Norte de Minas com a implementação do plano diretor de Atenção Primária, o programa Pro-Hosp⁵ e a implantação dos hospitais micro em cada microrregião.

Quanto à demanda de transporte, o coordenador acredita que a população é bem servida por esse serviço, que tem respondido às suas necessidades. Todos os municípios das microrregiões de saúde da área de abrangência dessa superintendência estão interligados por estradas asfaltadas, o que facilita muito o fluxo da população em busca dos serviços de saúde, principalmente em Montes Claros que oferece praticamente todos os serviços de alta complexidade. Porém alguns mecanismos vêm sendo implementados com o intuito de desafogar o setor de saúde nessa cidade. Assim, os hospitais micro em alguns municípios têm dado boa resposta a essa demanda, a exemplo de Monte Azul, Janaúba que foram referências no estado, atualmente passam por alguns problemas, que vêm gradativamente sendo sanados. Taiobeiras também tem dado respostas bastante positivas em relação à saúde, possui um hospital que é referência na região, oferecendo uma assistência muito boa, com leitos suficientes ou até sobrando. Portanto, para melhorar o atendimento, o que falta realmente é aparelhar essas unidades com recursos humanos, o que demanda maior investimento.

⁵Programa de Aperfeiçoamento e Melhoria da Qualidade dos Hospitais do SUS. O Pro-Hosp foi concebido com o propósito de consolidar a oferta da atenção hospitalar nos polos macro e microrregionais de Minas Gerais, com o desenvolvimento de um parque hospitalar SUS capaz de operar com eficiência e qualidade. O Programa tem como alvo os hospitais públicos e filantrópicos do Estado que, sob o ponto de vista do PDR, desempenhem as funções de hospitais-polo microrregionais ou macrorregionais, atendendo predominantemente à população usuária do SUS (LIMA, H., 2009, p. 134-135).

Ao ser questionado acerca da Estratégia Saúde da Família, pontua que praticamente todos os municípios do Norte de Minas possuem cobertura de atendimento de 100% da população, apenas Montes Claros fica aquém desse serviço, o que justifica o aglomerado de pessoas nos hospitais e prontos-socorros. Informa que a falta de conhecimento dos problemas da população pela alta rotatividade dos médicos e enfermeiros, que não possuem vínculo com a população, é um dos grandes problemas.

Erroneamente, comenta-se que a sobrecarga nos atendimentos em Hospitais de Montes Claros decorre da falta de serviços especializados nos diversos municípios da região, sobrecarregando assim o setor de saúde dessa cidade. Na verdade existe essa demanda em Montes Claros por esses serviços, entretanto, como informa o Coordenador da Epidemiologia da Superintendência de Saúde de Montes Claros, esse fato decorre da infraestrutura deficiente da própria cidade e da falta de resolutividade dos serviços de saúde na atenção básica e do não cumprimento da meta de atender 100% da população com a Estratégia Saúde da Família.

Montes Claros é responsável pela demanda de grande número de atendimentos em toda a mesorregião Norte de Minas, quando chega a atender mais de 1.215.714 (um milhão, duzentos e quinze mil e setecentos e quatorze) procedimentos anuais de municípios como Bocaiúva, Januária, Itacambira, Claro dos Poções. Os demais utilizam menos os serviços de Montes Claros, porém todos dependem direta ou indiretamente deles. O impacto causado por esse grande número de atendimentos vai exigir mais leitos, mais equipamentos de saúde e mais recursos humanos qualificados.

Ao avaliar o peso das internações da microrregião, que não chega a 20%, o coordenador da epidemiologia informa ainda que há um sistema de regulação, quando os pacientes encaminhados por outros municípios já vêm com todos os procedimentos pré-agendados, o que quase não influencia na demanda dos hospitais de Montes Claros. Há um pequeno impacto quando a população do Sul da Bahia vem, espontaneamente, em busca de atendimento dos serviços médicos.

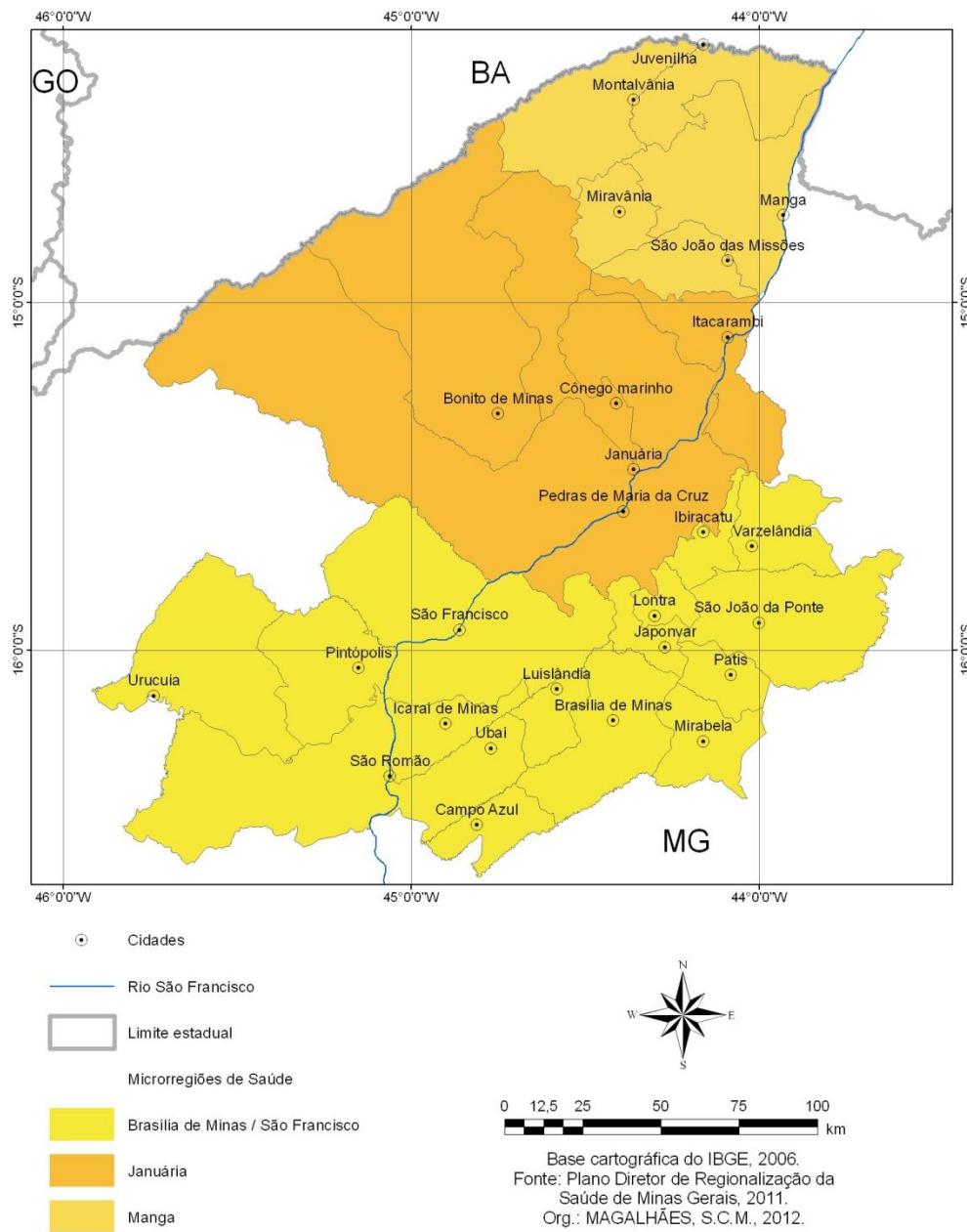
Então, o problema seria da Gestão? Sendo assim, a solução é a implantação de mais postos para atender a demanda da atenção primária. Na verdade, as Unidades Básicas de Saúde não estão preparadas para atender a população, devendo investir na qualificação de pessoal.

Assim, percebe-se que as metas pactuadas para os municípios dentro da área de abrangência da Superintendência de Saúde de Montes Claros realmente estão sendo alcançadas, entretanto alguns pontos de estrangulamento podem ser identificados nessa rede:

- I. Difícil acesso de um número considerável da população aos serviços de saúde, seja pelas longas distâncias a serem percorridas em busca de serviços mais complexos, pela falta de informações sobre o serviço disponibilizado, ou mesmo pela falta de profissionais capacitados nas UBS;
- II. Longo tempo de espera para o diagnóstico de determinadas doenças, tempo esse que pode ser fatal dependendo da enfermidade;
- III. Falta de recursos humanos qualificados;
- IV. Desumanização nos atendimentos;
- V. Falta de resolutividade do atendimento nas Unidades Básicas de Saúde - UBS, que leva a população a buscar os prontos-socorros para procedimentos que poderiam ser facilmente resolvidos nas UBS.

Quanto à área de abrangência da Regional de Saúde de Januária, esta é composta de três microrregiões e uma população de 402.507 distribuída em 26 municípios (Mapa 7).

Mapa 7 - Municípios da Gerência Regional de Saúde de Januária



De acordo com o Coordenador da Epidemiologia da Regional de Saúde de Januária, o município mais problemático dessa regional é o município de Manga, devido à sua localização geográfica. Mas não é só isso que dificulta a vida da população dessa microrregião, além do difícil acesso a outros municípios, outras questões interferem na qualidade de vida e saúde dos manguenses. Por exemplo, quanto ao saneamento básico, apenas é disponibilizada a água tratada pela Companhia de Saneamento de Minas Gerais- COPASA. Não há rede de esgotos e não é raro

deparar-se com águas residuais escorrendo a céu aberto no centro da cidade. O lixo também é encontrado em toda a cidade, apesar de ter a coleta disponibilizada pela prefeitura em alguns dias da semana. Tudo isso contribui para a ocorrência de doenças, conforme informa esse Coordenador, “[...] as doenças de maior ocorrência nessa região são a Esquistossomose e a Leishmaniose, devido a deficiência do sistema de saneamento básico”.

Em trabalho de campo, em 12 de outubro de 2011, foi possível verificar que a atenção à saúde nesse município também deixa a desejar. Quando ao visitar um “cidadão” que se encontrava muito doente, sendo visível que estava em estado terminal, foi questionado aos familiares o porquê de não levá-lo ao hospital. A resposta foi que “não adianta, não tem médico, e os enfermeiros não têm paciência, vão tratar ele mal, melhor morrer em casa”. Esse paciente faleceu no dia seguinte à visita. Apesar disso, é possível verificar que há investimento na infraestrutura física, pois o Hospital da cidade encontrava-se em reforma no segundo semestre de 2012 e as UBS também apresentam boa infraestrutura para atendimento (Figura 13).

Foto 11 - Unidades Básica de Saúde de Manga



Autora: MAGALHÃES, S. C. M, 2012

O entrevistado afirma que a maior carência dessa regional em relação à saúde, como nas demais regionais, é a falta de recursos humanos qualificados e recursos financeiros, o que seria solucionado através da contratação de pessoal capacitado e melhorando os investimentos na saúde de forma organizada, ou seja, fazendo uma boa gestão.

Em toda a região, durante trabalho de campo em julho de 2012, foi observada a construção de novas UBS tanto nas sedes como nos distritos (Figura 14), entretanto, como afirmado anteriormente, de nada adianta a infraestrutura física de boa qualidade se faltam profissionais para ocupar esses espaços e prestar atendimento à população.

Foto 12 - UBS no Distrito de Olhos D'água (Município de Cônego Marinho)



Autora: MAGALHÃES, S. C. M, 2012

Finalizando a entrevista, o Coordenador da Epidemiologia da Regional de Saúde de Januária informa que, se a área de abrangência dessa regional fosse menor, seria mais fácil a sua coordenação, pois, quanto menor a área, melhor a assistência junto aos municípios. Porém entende que, comparando a atenção à saúde atualmente com os anos anteriores, os serviços de saúde têm melhorado muito e que a população está mais bem assistida.

Percebeu-se que a população dessa microrregião enfrenta diversas dificuldades, seja no que se refere ao acesso a serviços de saúde pela falta de profissionais qualificados na região ou por se localizarem longe dos centros que disponibilizam melhores equipamentos de saúde, tendo que enfrentar por vezes estradas sem asfalto e de difícil acesso (Figura 15) ou mesmo pela falta de serviços básicos como a disponibilidade de água tratada ou até sem tratamento. Em determinados meses do ano, a água fica escassa, dependendo da entrega exclusivamente do caminhão pipa para satisfazer as principais necessidades (Figura 16). Na área rural há diversos distritos, vilas e povoados que vivem em situação de extrema pobreza e exclusão social.

Foto 13 - Estrada sem asfalto entre Manga/Itacarambi



Autora: MAGALHÃES, S. C. M, 2012

Foto 14 - Caminhão Pipa no distrito de Brejo do Amparo (Município de Januária)

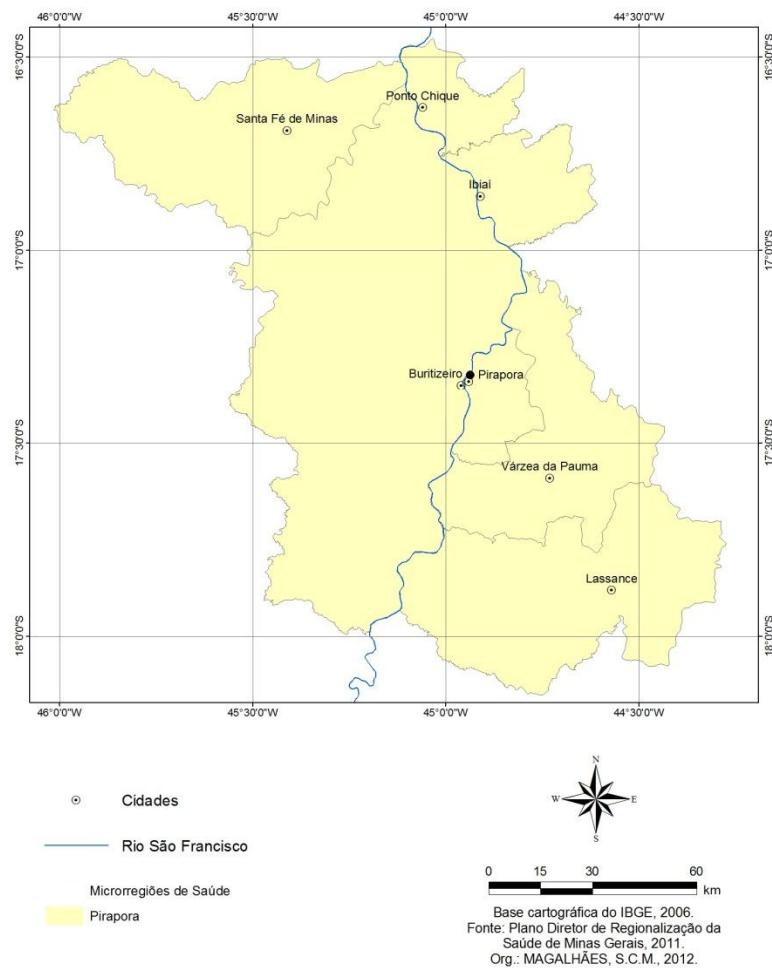


Autora: MAGALHÃES, S. C. M, 2012

Dessa forma torna-se difícil falar em cidades seguras e bem cuidadas, pessoas instruídas, saudáveis e qualificadas, segurança alimentar e equidade entre pessoas e regiões, conforme é preconizado pelo PMDI de Minas Gerais. Vê-se que ainda há muito que se fazer e há uma longa distância a ser percorrida nesse sentido.

No que se refere à Regional de Saúde de Pirapora (Mapa 8) por ser apenas uma microrregião, contendo sete municípios e uma população de 138.356 habitantes sobre a sua área de atuação, acredita-se ser mais fácil a gestão da saúde, uma vez que são bem menos os municípios e a população a serem monitorados.

Mapa 8 - Gerência Regional de Pirapora



Fonte: Plano Diretor de Regionalização, 2011

Sob o slogan “O Futuro é Agora”, a Secretaria Municipal de Saúde de Pirapora executa diversas ações e projetos no município, como:

- I. Programa de Saúde da Família;
- II. Programa Sorriso;
- III. Programa de Saúde Mental;
- IV. Programa de Atenção à Saúde da Mulher;

- V. Centro Regional da Visão;
- VI. Controle de Epidemiologia, entre outros.

Porém, é um polo microrregional e recebe pacientes de toda a microrregião em busca de procedimentos da média complexidade que geralmente não são ofertados pela maioria dos municípios dessa microrregião. Possui excelente estrutura física (Fotos 15 e 16) que responde à demanda do município, entretanto, em função do grande fluxo de outros municípios, necessita aumentar sua capacidade técnica, principalmente no que se refere aos recursos humanos qualificados.

Foto 15 - Hospital Dr. Moisés Magalhães Freire



Autora: MAGALHÃES, S. C. M, 2012

Foto 16 - Unidades de Saúde de Pirapora



Autora: MAGALHÃES, S. C. M, 2012

Ao ser questionado sobre qual dos municípios dessa microrregião é mais problemático no que se refere à saúde, a Coordenadora de Vigilância Epidemiológica dessa Regional de Saúde entende que são os municípios de pequeno porte, com menor número de habitantes, que por esse fato não têm uma estrutura organizacional adequada.

Sobre as doenças de maior ocorrência nessa microrregião de saúde, a Coordenadora aponta a dengue, as leishmanioses e as diarreias agudas, e a razão disso é a existência de fatores que favorecem a transmissão destas (vetores, reservatórios, falta de medidas de controle intersetoriais, falta de água tratada para toda a população, etc.).

Quanto à circulação das pessoas em busca de serviços de saúde, a coordenadora não prestou a informação, entretanto sabe-se que é uma microrregião extensa, com sedes de municípios distantes uns dos outros e carentes de vias de circulação asfaltada, além de a travessia de rios em balsas dificultar muito a circulação das pessoas em busca de serviços básicos, como é o caso da saúde. Com o Programa ProAcesso, ocorre a interligação de Brasilândia de Minas/Santa Fé de Minas e Ibiaí/Ponto Chique, o que possibilita uma redução da dificuldade de acesso da população aos serviços de saúde.

No que se à maior carência da microrregião em relação à saúde, a coordenadora acredita que faltam estruturas assistenciais mais resolutivas. E que a forma de solucionar esses problemas perpassa pelo investimento na qualificação dos profissionais, na contratação de especialistas, e na realização de concurso público.

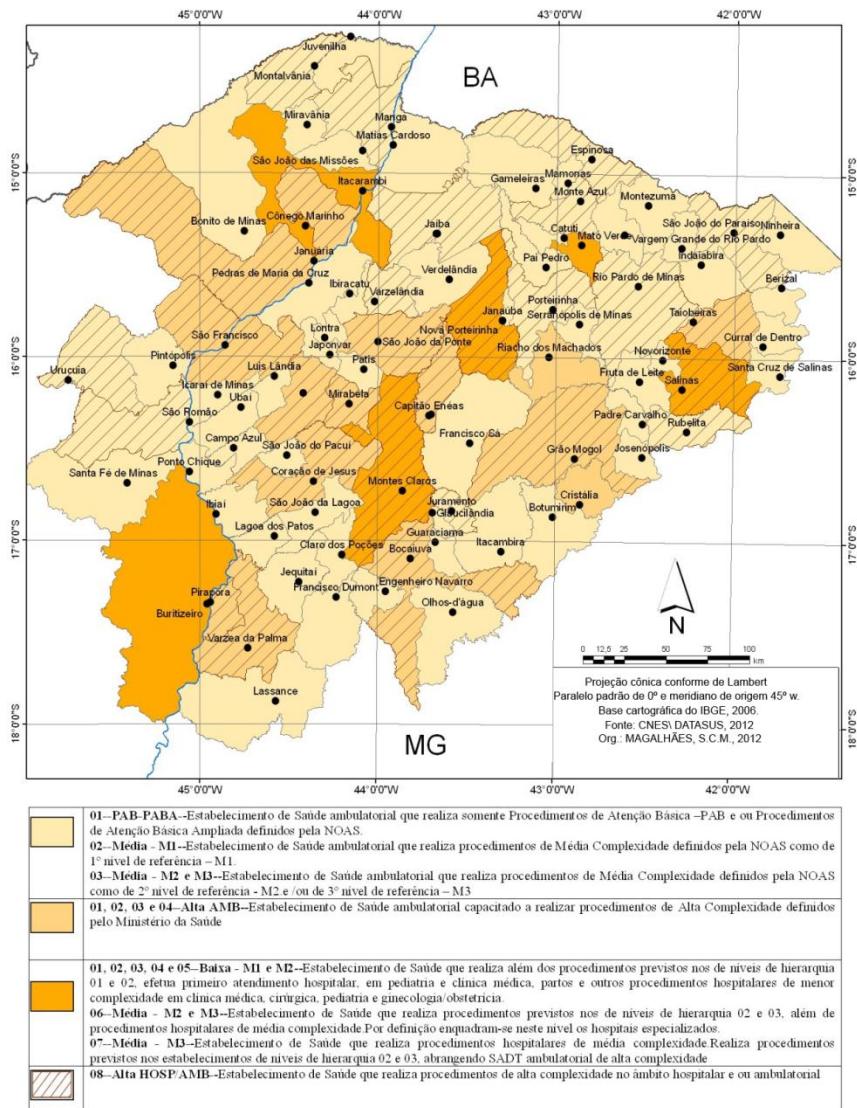
A cidade de Pirapora é polo microrregional, que tem a capacidade de responder às necessidades de procedimentos mais complexos ou que necessitam de uma Unidade de Terapia Intensiva – UTI, dessa forma recebe um grande contingente populacional em busca dos serviços de saúde. Para diminuir o impacto no atendimento, a coordenadora entende que é necessário descentralizar a assistência para melhorar o atendimento à saúde da população.

A abordagem apresentada possibilita perceber que nem todas as microrregiões apresentam a mesma lógica de atenção à saúde, sendo que, em alguns polos regionais com melhor capacidade técnica, os serviços oferecidos respondem em grande parte à demanda da população, como é o caso de Brasília de Minas, Janaúba, Pirapora e Taiobeiras, onde é melhor a gestão da saúde.

Entretanto em outros municípios como Manga, Rio Pardo de Minas e Santa Fé de Minas, a gestão da saúde é bem deficiente, sendo o atendimento à população bem precário, não possuindo nem mesmo os principais procedimentos. Faltam materiais básicos até mesmo para uma simples introdução de medicamentos em pacientes quando necessitam. Esta situação é confirmada por um usuário do sistema de saúde do município de Santa Fé de Minas em julho de 2012, relatando que, ao ser acometido por uma cólica de vesícula, e procurar atendimento na UBS: “*Ao chegar no posto não tinha médico, foi preciso meu neto buscar a médica na casa dela. Quando chegou nada podia fazer, pois não tinha o aparelho para aplicar o remédio na minha veia. Aí teve que fazer uns ajeitos no aparelho das crianças para servir para mim e eu aguentar chegar em Pirapora*”, cidade que fica a 136 Km de Santa Fé de Minas e atende diversos serviços da média complexidade.

No 09 é apresentada a rede de atenção à saúde no Norte de Minas Gerais, no qual se pode conhecer os tipos de serviços de saúde oferecidos em cada município.

Mapa 09 - Rede de atenção à saúde no Norte de Minas Gerais



Analizando o Mapa 09 é possível perceber que a rede de saúde dessa macrorregião é bastante heterogênea, talvez pela sua dimensão e pela diversidade socioeconômica, ambiental e cultural da população que possibilita acesso diferenciado não só no que se refere à saúde, mas em todos os serviços básicos como educação, saneamento básico, transporte, lazer, entre outros.

Conforme já apontado anteriormente, de todos os municípios do Norte de Minas, Montes Claros é o que oferta praticamente todos os tipos de serviços, desde a atenção primária até a média e alta complexidade. Entre os procedimentos realizados nos hospitais desse município podem-se citar: Unidade de assistência de

alta complexidade cardiovascular; Cirurgia cardiovascular e procedimentos em cardiologia intervencionista; Cirurgia vascular; Procedimentos cirúrgicos, diagnósticos ou terapêuticos - hospital dia; Referência hospitalar em atendimento terciário a gestação de alto risco; Hospital amigo da criança; Unidade de assistência de alta complexidade em nefrologia (serviço de nefrologia); Unidade de assistência de alta complexidade em neurologia/neurocirurgia; Unidades de Assistência de Alta Complexidade - UNACON com serviço de radioterapia; laqueadura; centro de referência em assistência a queimados - média complexidade; Centro de referência em assistência a queimados - alta complexidade; Unidade de assistência de alta complexidade em terapia nutricional; enteral e parenteral; córnea/esclera; rim; fígado; Banco de tecido ocular humano; retirada de órgãos e tecidos; Unidade de assistência de alta complexidade em traumato-ortopedia; UTI II adulto; UTI II neonatal; UTI II pediátrica; UTI queimados; Hospital tipo III em urgência; Unidade de assistência de alta complexidade cardiovascular; Cirurgia cardiovascular e procedimentos em cardiologia intervencionista; Unidade de assistência de alta complexidade em neurologia/neurocirurgia.

Vale ressaltar que apesar de Montes Claros apresentar essa infraestrutura, nem sempre está disponível para os usuários do SUS e até mesmo para planos de saúde privados, o que requer da população arcar com os custos, sendo que a população de menor poder aquisitivo não tem recursos financeiros para este fim.

Outros municípios como Janaúba atendem serviços ambulatoriais de atenção básica, média e alta complexidade e atendimento hospitalar de média complexidade: UTI II adulto; serviço hospitalar para tratamento de AIDS; referência hospitalar em atendimento secundário a gestação de alto risco; hospital amigo da criança; laqueadura e vasectomia.

Brasília de Minas é referência em serviços ambulatoriais básicos, de média e alta complexidade e média complexidade hospitalar. Hospital amigo da criança; laqueadura; UTI II adulto; Unidade de assistência de alta complexidade em nefrologia (serviço de nefrologia) fazem parte dos procedimentos ofertados nesse município.

Pirapora e Taiobeiras também se destacam em serviços de saúde como Laqueadura; Vasectomia; UTI II adulto; Unidade de assistência de alta complexidade em nefrologia (serviço de nefrologia).

Além desses, diversos municípios oferecem serviços ambulatoriais de básica, média e alta complexidade e média hospitalar, porém os serviços prestados ficam aquém das necessidades da população, seja pela falta de infraestrutura física ou mesmo pela incapacidade decorrente da falta de recursos humanos capacitados. Dessa forma, ocorrerá a sobrecarga de serviços em outros polos como é o caso de Montes Claros.

Analizando ainda a espacialização dos serviços prestados à população do Norte de Minas, é possível perceber que a maioria, ou seja, 53 dos 86 municípios da região possuem apenas os procedimentos ambulatoriais, sendo necessário recorrer a outros polos quando necessitam de serviços hospitalares.

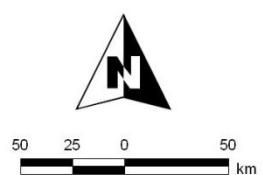
A cidade de Montes Claros funciona como polo macrorregional (Mapa 11), possuindo quatro hospitais de grande porte, um de médio e um de pequeno porte que atende a demanda de urgência e emergência de Montes Claros, procedimentos referenciados de outros municípios, além do acolhimento a pacientes que vêm espontaneamente em busca seja de uma simples consulta ou de serviços mais complexos, já que, conforme discutido anteriormente, oferece praticamente todos os serviços ambulatoriais e hospitalares de alta complexidade necessários à avaliação, diagnóstico e tratamento. Possui equipamentos de alta resolução para a realização de quase todos os processos preconizados pelo SUS, inclusive transplantes (Mapa 10).

Mapa 10 - Regionalização de saúde do Norte de Minas: Porte Hospitalar e Unidades Básicas



Unidade Básica de Saúde

- 2 - 5 + Hospital de Pequeno Porte
- 6 - 9 + Hospital de Médio Porte
- 10 - 15 + Hospital de Grande Porte
- 16 - 23
- 24 - 86



Base cartográfica do IBGE, 2006.
Fonte: CNES/DATA SUS, 2012.
Org.: MAGALHAES, S.C.M. 2012.

Os municípios de Bocaiúva, Brasília de Minas, Grão Mogol, Janaúba, Pirapora, Salinas, São Francisco e Taiobeiras possuem hospital de médio porte que atende os serviços de média complexidade da área de abrangência de sua microrregião. Buritizeiro, Capitão Enéias, Coração de Jesus, Espinosa, Francisco Sá, Jaíba,

Januária, Joaquim Felício, Juramento, Manga, Monte Azul, Porteirinha, Rio Pardo de Minas, São João do Paraíso, São Romão, Urucuia e Varzelândia têm o hospital de pequeno porte que oferece os serviços ambulatoriais e hospitalares de baixa complexidade. Os demais municípios possuem apenas as Unidades Básicas de Saúde que realizam os procedimentos de atenção primária.

Conforme Dutra et al. (2011, p. 51), a evolução dos credenciamentos de leitos de UTI em Montes Claros se deu da seguinte forma:

Em 2001, 20 novos leitos inauguraram o serviço de terapia intensiva no município, seguidos pelo credenciamento de mais oito leitos em 2006, dez leitos em 2007, mais dez leitos em 2008 e mais quatro leitos em 2009, somando um total de 52 leitos de UTI adulto [...].

Estudos apontam que os serviços de alta complexidade têm funcionado de forma adequada na região conforme pode ser comprovado na Tabela 2.

Tabela 2 – Resolubilidade da prestação de Serviços Hospitalares previstos para o Nível Terciário – Elenco AC/MCHE – nas Macrorregiões conforme PDR/MG

Legenda:									
		Macrorregiões com resolubilidade ideal: acima de 81%							
		Macrorregiões com boa resolubilidade: entre 61% e 80%							
		Macrorregiões com resolubilidade regular: entre 51% e 60%							
		Macrorregiões com baixa resolubilidade: entre 40% e 50%							
		Macrorregiões com resolubilidade crítica: abaixo de 40% e/ou situações atípicas							
Nº	MACRORREGIÃO	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
1	CENTRO	100	100	100	100	100	100	100	100
2	CENTRO SUL	49	56	57	59	62	61	56	59
3	JEQUITINHONHA	34	25	21	26	30	24	26	28
4	LESTE	63	66	63	72	74	75	75	75
5	LESTE DO SUL	48	53	56	50	45	30	33	46
6	NORDESTE	59	60	56	55	47	36	40	38
7	NOROESTE	51	53	53	49	48	29	52	55
8	NORTE	90	93	93	94	94	92	94	92
9	OESTE	52	56	52	49	48	47	49	48
10	SUDESTE	96	96	96	96	97	97	96	96
11	SUL	90	92	91	92	93	91	91	92
12	TRIANGULO NORTE	94	96	98	98	98	96	97	96
13	TRIANGULO SUL	97	97	98	98	96	97	98	97
	TOTAL RESOLUBILIDADE	87	88	88	88	88	87	87	87

Fonte: DATASUS/TABWIN/DEAA – SES/MG/SUBREG/SMACSS/DEAA

Analizando a Tabela 2, verifica-se que o Norte de Minas está entre as macrorregiões que apresentam resolubilidade ideal, ou seja, acima de 80% nos serviços hospitalares de nível terciário nos anos de 2003 a 2010.

Apesar disso é importante reconhecer que a quantidade de leitos ainda não responde à demanda da macrorregião por esse serviço, se for considerada a sua população. É válido ressaltar ainda que na atualidade enfrenta grandes desafios, tanto pela falta de recursos humanos qualificados e suficientes, quanto pela estrutura física deficiente que já não comporta a quantidade de serviços demandados, apresentando já um *stress* nos atendimentos. A média complexidade também depende de atenção, já que algumas microrregiões não têm respondido às necessidades da população do Norte de Minas.

Na tentativa de solucionar a crescente demanda de leitos de UTI na macrorregião e a sobrecarga imposta a Montes Claros, foi implementada, em 2009 e 2010, a UTI para adultos em alguns municípios localizados em pontos estratégicos, “[...] criando-se câmaras técnicas de trauma, cardiologia e AVC e um núcleo de educação permanente implantado”. A soma foi de 40 novos leitos, sendo um total de 10 leitos em cada município: I) Brasília de Minas; II) Janaúba; III) Pirapora; e IV) Taiobeiras (DUTRA et al., 2011, p. 52). Assim, além dos serviços que lhe são atribuídos seguindo a lógica do SUS, possui ainda esse novo serviço.

Nos demais municípios como Januária, Salinas e Bocaiúva é oferecido o atendimento no hospital micro para procedimentos menos complexos. São Romão, Urucuia, Francisco Sá, entre outros possuem hospital de pequeno porte. Existem ainda municípios com uma população menor que possuem apenas as Unidades Básicas de Saúde. De acordo com Dutra et al. (2011, p. 47) existem 208 estabelecimentos de saúde credenciados pelo SUS no Norte de Minas, com mais de 2.500 leitos hospitalares distribuídos em 40 hospitais, porém: “Mais da metade dos leitos está concentrado em estabelecimentos de pequeno porte que apresentam baixa densidade tecnológica, baixa capacitação institucional, por consequência precária capacidade resolutiva”.

Na Tabela 3, é possível avaliar a resolubilidade de cada microrregião de saúde do Norte de Minas Gerais, podendo avaliar a capacidade de cada uma em termos de atendimento na escala micro.

Tabela 3 - NARS/AGR/SES-MG -Resolubilidade microrregional, elenco MCH1

Legenda: Resolubilidade Crítica – abaixo de 60%; Regular – 60 a 80%; Boa Resolubilidade – 81 a 90%; Resolubilidade Ótima – Acima de 90%

Ano	2008	2009	2010
Brasília de Minas/São Francisco	76,51	77,51	82,73
Coração de Jesus	58,62	52,60	47,96
Francisco Sá	60,74	58,05	67,54
Janaúba/Monte Azul	63,98	65,79	73,81
Januária	54,30	57,52	50,17
Manga	71,80	69,58	75,80
Montes Claros/Bocaiúva	98,69	98,99	98,69
Pirapora	73,14	78,06	81,26
Salinas/Taiobeiras	66,33	69,08	77,23

Fonte: NARS/AGR/Datasus, 02/2011 – Disponível em <www.saude.mg.gov.br/.../..>.

Adaptação: Magalhães, 2012

Conforme pode ser observado, as microrregiões mais precárias são as de Coração de Jesus e Januária que apresentaram resolubilidade crítica nos anos de 2008, 2009 e 2010. Em seguida, a micro de Francisco Sá que, em 2008, apresentou resolubilidade regular, passando a crítica em 2009 e voltando a regular em 2010. Verifica-se ainda que as micros Salinas/Taiobeiras, Janaúba/Monte Azul e Manga, em todos os anos avaliados, apresentaram resolubilidade regular. As microrregiões de Brasília de Minas/São Francisco e Pirapora tiveram carga resolutiva regular em 2008 e 2009, porém em 2010 passou para boa. Entretanto a microrregião Montes Claros/Bocaiúva em todos os anos analisados apresentaram resolubilidade ótima, ou seja, acima de 90%.

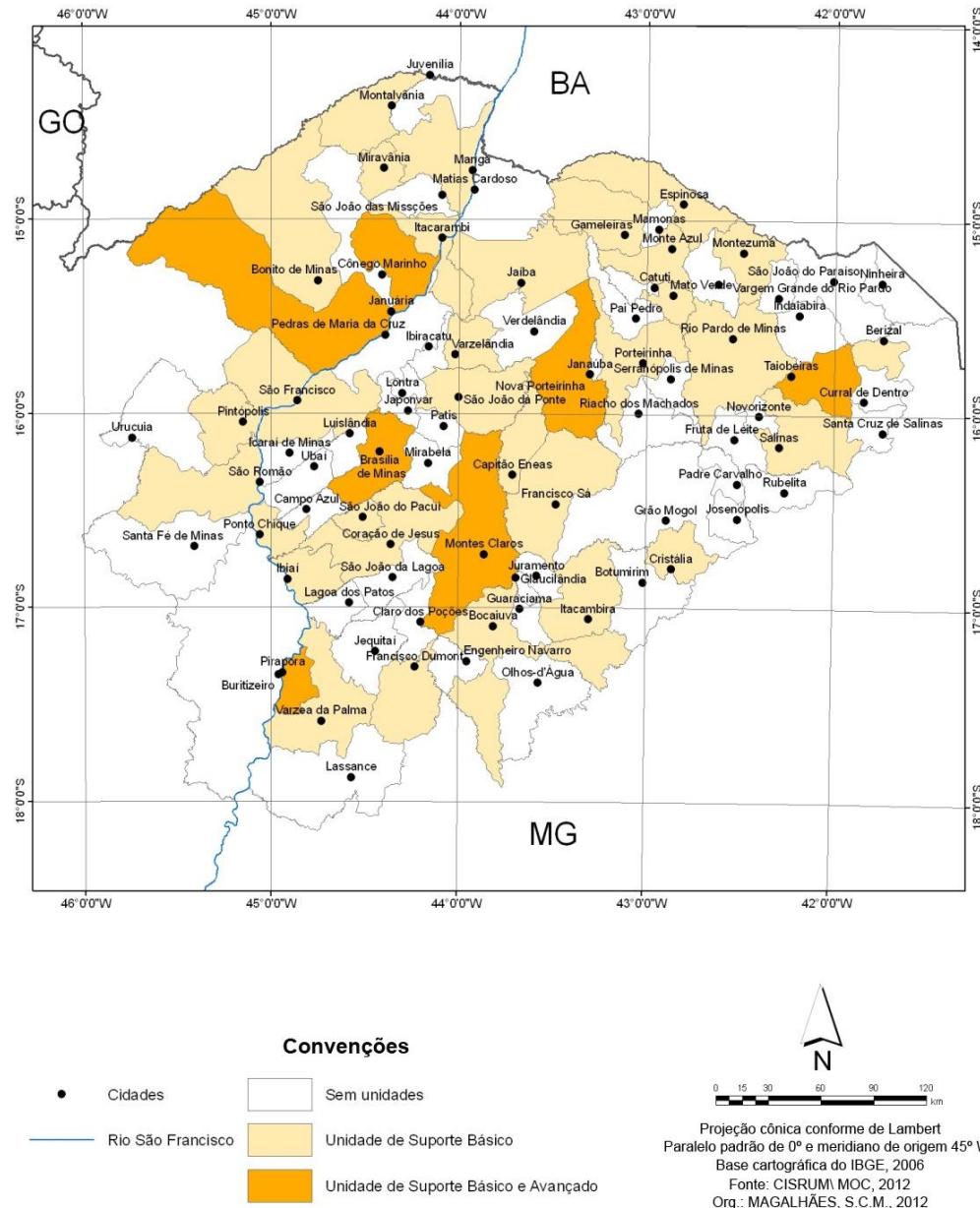
Esse arranjo, segundo o PDR, é que traria qualidade e eficiência nos atendimentos. Contudo é necessário o monitoramento, a fiscalização e investimento tanto na estrutura física, como na qualificação de recursos humanos aptos a atender a população, principalmente quanto a humanização no atendimento, que se pensa ser um dos grandes gargalos da saúde não só no Norte de Minas como no Brasil em geral. O despreparo dos profissionais de saúde coloca em risco a vida da população e o descaso com os pacientes é estarrecedor, principalmente com cidadãos que não conhecem os seus direitos. Assim, uma infinidade de problemas que vão desde as grandes jornadas de trabalho impostas aos profissionais de saúde; a falta de leitos nas UTIs ou mesmo para casos menos complexos; a desonestade de profissionais que tentam driblar o sistema; a falta de medicamentos; a demora tanto para marcar

como para receber os resultados de exames, entre outros problemas, fragiliza o sistema de saúde na região.

Um ponto positivo observado durante a pesquisa foi a implementação da terapia renal substitutiva em alguns municípios polos, como Pirapora, Taiobeiras, Brasília de Minas e Janaúba, fato que trouxe alívio aos pacientes que enfrentavam grandes distâncias em busca desse serviço.

Deve ser destacado ainda que as distâncias entre os municípios, em decorrência da grande extensão territorial da região, dificultam em muito a vida dos usuários do sistema de saúde dessa região. Dessa forma, a rede de transporte da saúde (Mapa 11) é de suma importância para sanar ou minimizar tais problemas, como a condução de doentes impossibilitados de locomoção, seja por motivos sanitários ou econômicos, como, por exemplo, a hemodiálise, alguns tratamentos fisioterápicos ou apoio diagnóstico ou terapêutico. Outros serviços como o transporte de exames de patologia clínica e de resíduos das unidades sanitárias e das comunicações administrativas também são realizados utilizando essa rede de transporte (SILVA; MENDES, 2004).

Mapa 11 - Unidades de Suporte do SAMU nos serviços de saúde do Norte de Minas



Analizando o Mapa 11, pode-se conhecer a situação dessa rede de circulação dentro da mesorregião Norte de Minas. Como apontado anteriormente, a área de atuação da Superintendência Regional de Saúde de Montes Claros é onde a população tem melhor acesso a todos os tipos de serviços. Em relação à circulação, é a que apresenta a rede mais complexa, sendo servida por Unidades de Suporte Avançado em Montes Claros, Janaúba e Taiobeiras e Unidades de Suporte básico em Coração de Jesus, Itacambira, Capitão Enéas, Francisco Sá, Cristália, São João

do Pacuí, Espinosa, Monte Azul, Gameleiras, Rio Pardo de Minas, Bocaiúva, Francisco Dumont, Salinas e Mato Verde. Possui ainda convênio com a Polícia Militar para uso do transporte aéreo, entretanto, desde 2011, esse veículo encontra-se em manutenção e, segundo o Coordenador da Macro Norte/MG, não há previsão de retorno.

Na área de abrangência da Regional de Saúde de Januária, há Unidades de suporte Avançado do SAMU em Januária e Brasília de Minas e, o básico, nos municípios citados e em São Francisco, Bonito de Minas, São Romão, Itacarambi, Varzelândia, São João da Ponte, Montalvânia, Miravânia, Manga e Pintópolis. Entretanto possui dificuldades em relação a locomoção da população pela infraestrutura deficiente de suas vias de circulação, quando pode ser encontrado o acesso de diversos municípios por estradas sem asfalto. Outro problema a ser ressaltado é também a falta de pontes interligando alguns municípios como Manga/Matias Cardoso, Pintópolis/São Francisco (Figura 19), São Romão/Icaraí de Minas, entre outros, que se utilizam de balsas, barcos, lanchas ou canoas para a travessia de pessoas e produtos.

Foto 17 - Balsas no rio São Francisco entre os municípios de Pintópolis e São Francisco



Autora: MAGALHÃES, S. C. M, 2012

Na área de abrangência da Regional de Saúde de Pirapora, os municípios contam com a Unidade de suporte avançado em Pirapora e Unidade de Suporte Básico em Pirapora, Várzea da Palma, Ibiaí e Ponto Chique. Entretanto essa é uma das microrregiões mais problemáticas nesse quesito, em função das grandes distâncias

entre os municípios e a falta de infraestrutura de estradas que, em determinados casos, não possuem asfalto, dificultando assim a circulação das pessoas que necessitam de serviços de saúde em outros municípios. Somando-se a isso, deve-se destacar que não só a falta de vias asfaltadas dificulta a circulação das pessoas, mas também a falta de pontes que impede o fluxo em alguns municípios como é o caso do percurso entre Santa Fé de Minas e Pirapora (Figura 20) que necessita do uso de balsas para a travessia de pessoas e produtos, outra possibilidade seria viajar 230 km a mais para utilizar a via asfaltada.

Foto 18 - Travessia de Balsa no rio Paracatu



Autora: MAGALHÃES, S. C. M, 2011

Analisando a FIG. 20, é possível observar a travessia do rio Paracatu através de Balsas, quando a população de Santa Fé de Minas necessita fazer essa travessia em busca dos serviços de saúde não prestados por esse município, geralmente em Pirapora que é o polo microrregional e melhor oferece os procedimentos de média complexidade.

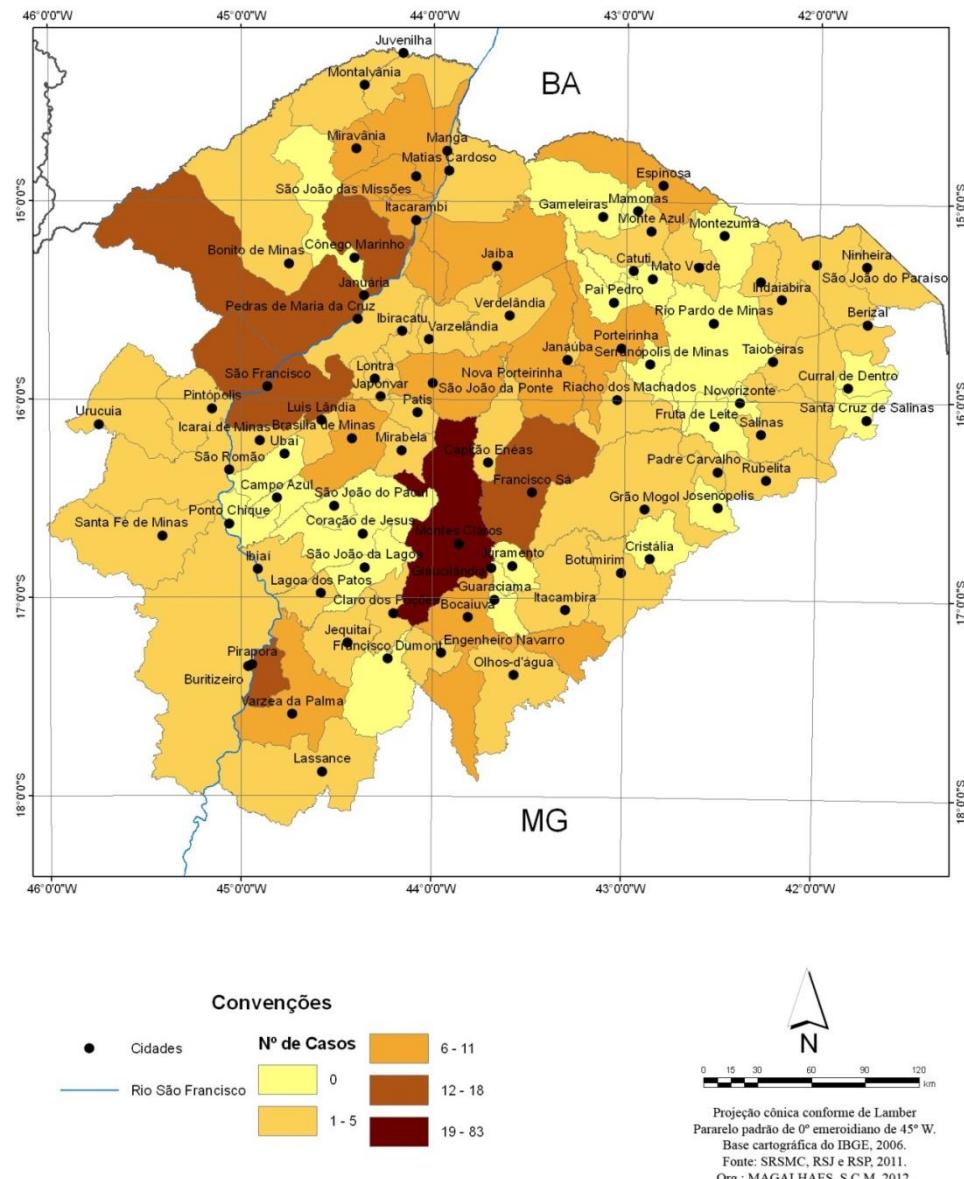
5.3 A espacialização da tuberculose no Norte de Minas

O diagnóstico, controle e tratamento da tuberculose na região Norte de Minas depara-se com diversos desafios, pois há uma grande distância entre o que se preconiza em relação a atenção à saúde e o que realmente ocorre. Um dos principais problemas encontrados é a falta de um local adequado para atender os portadores de tuberculose, pois, de todos os municípios pesquisados, em nenhum deles foi observado um local específico para o acolhimento e tratamento desses

doentes. Em todos eles, os pacientes são atendidos em locais próximos ou contíguos às demais enfermidades. Acredita-se que, na fase em que a doença é mais contagiosa, deveria haver um maior cuidado para que os pacientes em início de tratamento, ao terem contato direto com indivíduos que não estejam com a tuberculose, tomem as devidas precauções. Na verdade, ao longo da pesquisa ouviram-se opiniões contraditórias a esse respeito, pois alguns profissionais da saúde entendem que os portadores de TB devem ter tratamento igual a qualquer outra patologia, pois, ao determinar um espaço apenas para essa doença, estaria ocorrendo discriminação e dificultando o tratamento. O certo é que ainda é uma doença que traz muito medo e realmente apavora os indivíduos que recebem o diagnóstico positivo da doença e os que necessitam conviver com estes.

No Mapa 12 é mostrada a espacialização da TB no Norte de Minas, no qual apresenta-se as áreas de maior e menor ocorrência da doença nessa região.

Mapa 12 - Número de casos novos de tuberculose no Norte de Minas Gerais em 2010

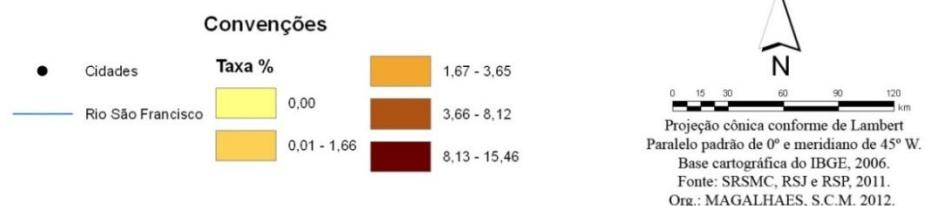
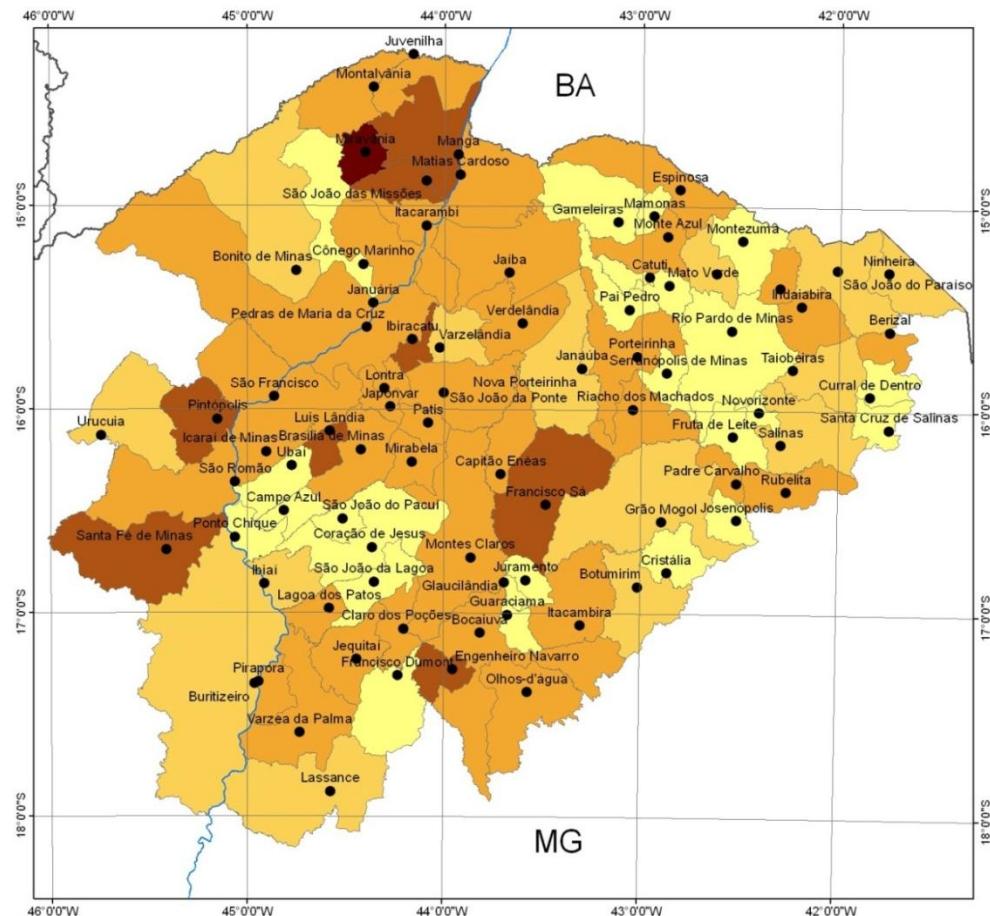


Fonte: SRS/MOC; GRS/Januária/Pirapora, 2010

A análise do Mapa 12 mostra que Montes Claros é o município com a maior quantidade de casos novos de tuberculose ocorridos em 2010, seguidos por São Francisco, Januária e Espinosa, com respectivamente 89, 27, 23 e 15 casos. Por serem os municípios com maior número de habitantes, justifica-se a maior ocorrência de casos da doença apresentadas em tais municípios. Entretanto, levando em consideração o número populacional e a área territorial, encontramos

outras localidades que apresentam uma tendência a maior incidência da doença como é mostrado no Mapa 13. Os dados levantados na Superintendência Regional de Saúde de Montes Claros e nas Regionais de Saúde de Januária e Pirapora apontam 341 casos novos de tuberculose no Norte de Minas Gerais nesse ano.

Mapa 13 - Incidência de Tuberculose no Norte de Minas Gerais/10.000 – 2010



Fonte: SRS/MOC; GRS/Januária/Pirapora, 2010

A análise do Mapa 13 aponta que, em 2010, Miravânia apresenta a maior taxa de incidência de tuberculose, seguido por Ibiracatu, Luislândia e Engenheiro Navarro, ou seja, 15,46/10.000, 8,12/10.000, 6,27/10.000 e 5,62/10.000, respectivamente. A taxa de incidência para o Norte de Minas foi calculada por 10.000, por ser arbitrária,

a escolha poderia ter sido utilizado 1.000, 100.000, etc. Se no cálculo das taxas para esses municípios fosse utilizado 100.000, as taxas acima seriam 154,60/100.000; 81,20/100.000; 62,70/100.000; 56,20/100.000. Levando em consideração os níveis de gravidade para o risco de tuberculose, conforme as taxas de incidência propostas por Clancy (1991) apud Sant'Anna (2002) e mostradas na Tabela 4, apenas o Município de Miravânia estaria com alto risco epidêmico, ou seja, toda a sua população estaria propensa a adoecer por tuberculose. Os demais municípios encontram-se em baixo risco, em eliminação ou eliminada.

Tabela 4 - Níveis de gravidade para o risco de tuberculose, conforme as taxas de incidência

Coeficiente de incidência	Risco de TB
>1.000/100.000	Epidemia
>100/100.000	Alto risco
~10/100.000	Baixo risco
1/100.000	Em eliminação
0,1/100.000	Eliminada

Fonte: Clancy, 1991 apud Sant'Anna, 2002

Analisando ainda a incidência de TB no Brasil que é de 37,0/100.000 (2010) ou a taxa média de TB nas capitais, que é de 62,0/100.000, percebe-se que o Norte de Minas não se encontra numa situação de risco tão alarmante para a doença. Entretanto, se pensarmos a região como se apresenta no cenário brasileiro, como local de miséria e pobreza, certamente esses números poderão representar rápida multiplicação e se tornar uma calamidade em pouco tempo, já que é altamente contagiosa e está ligada a precárias condições de vida da população e à baixa imunidade dos indivíduos.

Sendo assim, cabe questionarmos: as políticas públicas de enfrentamento para essa doença têm sido efetivas no Norte de Minas? Essa questão é premente e deve ser desvendada no sentido de evitar complicações futuras no que se refere a essa doença.

A responsável técnica pela TB na área de abrangência da Superintendência Regional de Saúde de Montes Claros informa que, em 2010, a incidência da maioria de casos ocorreu nas microrregiões de Janaúba/Monte Azul, Bocaiúva/Montes Claros, Salinas/Taiobeiras. Em 2011- Bocaiúva/Montes Claros; Janaúba/Monte Azul;

Taiobeiras/Salinas e Francisco Sá; 2012- Bocaiúva/Montes Claros; Janaúba/Monte Azul. Entende que isso se deve a

[...] vários fatores que interferem nessa problemática: renda familiar baixa, educação precária, habitação ruim/inexistente, famílias numerosas, adensamentos comunitários, desnutrição alimentar, alcoolismo, dificuldade de acesso aos serviços de saúde, fragilidade da assistência social, residentes em ambientes fechados (escolas, presídios, manicômios, creches, abrigos e asilos). Usuários de drogas, população de rua, trabalhadores de saúde, população indigna, imunodeprimidos (por uso de medicamentos ou por doenças como a Aids).

Sobre a infraestrutura necessária para atender os doentes de tuberculose, ela informa que, no que se refere aos casos de tuberculose com forma extrapulmonar, é necessário o tratamento em Montes Claros e Hospital das Clínicas de Belo Horizonte. Já quanto aos casos de tuberculose pulmonar, nos municípios que pertencem à jurisdição de Montes Claros, já existe essa estrutura.

Ao ser questionada se, além dos medicamentos, o portador de TB recebe algum outro benefício como transporte e alimento, pontua que “*Todos os municípios deveriam oferecer os benefícios, mas nem todos disponibilizam. Existem casos em que o portador recebe uma cesta básica e transporte quando a situação é muito precária*”. Informa também que todos os exames são disponibilizados para os pacientes tanto nos hospitais quanto nos domicílios, unidades básicas de saúde e policlínica.

Sobre o tratamento supervisionado, a Referência técnica da TB destaca que:

Todos os pacientes com tuberculose devem preferencialmente estar em estratégia do tratamento supervisionado. Entretanto, os “casos novos” de tuberculose pulmonar com baciloscopia positiva são prioridade. Nesses, a supervisão da tomada deve ser feita da seguinte maneira: I) Três observações semanais nos dois primeiros meses; II) Duas observações semanais nos quatro meses seguintes; III) Se for possível; a observação deverá ser realizada diariamente.

No que se refere ao fato da necessidade de realização de exames em todos os contatos do doente, a referência técnica destaca que “*Todos os contatos são examinados, porém, ainda existem pessoas que são resistentes e não querem ser*

examinadas. É deficiência no PSF o que exige constante monitoramento e cobrança por parte dessa Superintendência Regional de Saúde de Montes Claros”.

Sobre a transmissibilidade da TB, informa que esta:

[...] está presente desde os primeiros sintomas respiratórios, caindo rapidamente após o início de tratamento efetivo. Durante muitos anos considerou-se que, após 15 dias de tratamento, o paciente já não transmitia a doença. Na prática, quando o paciente não tem história de tratamento anterior nem outros riscos conhecidos de resistência, pode considerar que, após 15 dias de tratamento e havendo melhora clínica, o paciente pode ser considerado não infectante. No entanto, com base em evidências de transmissão da tuberculose resistente às drogas, recomenda-se que seja também considerada a negativação da bacilosкопia para que as precauções com o contágio sejam desmobilizadas, em especial para biossegurança nos serviços de saúde.

Pontua ainda que as medidas de controle da Tuberculose se encontram em quase todas as unidades de saúde de Montes Claros. Porém os casos mais graves, a tuberculose extrapulmonar, ou alguma outra complicaçāo são encaminhados para a Policlínica do Alto São João, Hospital Clemente de Farias e Hospital das Clínicas de Belo Horizonte.

Sobre a Biossegurança nos serviços de saúde, afirma que essa deverá melhorar com um plano de controle de infecção de tuberculose adaptado às condições da instituição, com auxílio dos responsáveis pelo Programa Estadual e Municipal. E que para que esse plano funcione é necessário: I) a comissão de controle da tuberculose trabalhar com alguns objetivos: a) avaliar a incidência da doença tuberculose; b) avaliar os locais de maior risco de infecção por tuberculose; c) identificar os locais que devam dispor de salas de procedimento e isolamentos com proteção adequada para tuberculose; d) avaliar a disponibilidade e a qualidade dos Equipamentos de Proteção Individual – EPI contra tuberculose; e) avaliar o perfil de resistência de M. TB na instituição; f) estabelecer protocolo de diagnóstico, isolamento e tratamento para a TB na instituição; g) acompanhar o cumprimento das recomendações estabelecidas; h) providenciar efetivo tratamento preventivo antiTB nos recém-infectados.

Sobre as diversas etapas do tratamento da TB, a coordenadora técnica informa:

A tuberculose só é notificada mediante diagnóstico positivo. O paciente é examinado pelo médico e notificado na Unidade de Saúde mais próxima de sua residência, o médico prescreve a receita para solicitar o medicamento que é gratuito pelo Ministério da Saúde. Com um bom acolhimento entre o serviço/usuário com um trabalho qualificado buscando com responsabilidade, solidariedade e compromisso de acompanhar fazendo tratamento supervisionado até os 6 meses que é dado a cura para o paciente.

Quanto aos municípios da área de abrangência da Regional de Saúde de Januária, a responsável técnica pela Tuberculose informa que cada micro tem um município com um problema específico. Na micro de Januária, por exemplo, o município de Bonito de Minas chama a atenção pela sua grande extensão territorial. Sendo assim, a população de comunidades distantes da sede tem dificuldade de acesso ao atendimento, por exemplo, a comunidade do Gibão. Tanto é difícil o acesso da referência técnica da TB a essas áreas, como há dificuldade de o paciente buscar o atendimento em Januária, seja por questões econômicas ou mesmo pela infraestrutura de transportes deficiente.

Outro exemplo a ser citado é da Comunidade de Lavrado que se localiza no município de Januária, porém está bem mais próximo de Bonito de Minas. Apesar de possuir a infraestrutura necessária para o diagnóstico e tratamento da doença, não o faz por este paciente não fazer parte da sua microárea de atendimento. Este paciente pode até receber atendimento em Bonito de Minas, entretanto as visitas domiciliares são realizadas dentro de uma microárea já demarcada. Assim, os profissionais da Equipe Saúde da Família não dão assistência a pacientes de outras microáreas e esse paciente, às vezes, não tem condições para ir em busca do serviço no local estipulado.

Outras microrregiões como Manga também apresentam essas mesmas dificuldades em relação a questões geográficas, como dificuldade de acesso da população de Miravânia/Manga e Juvenília/Montalvânia, no que se refere a dar continuidade ao tratamento da TB nos locais pré-determinados na regionalização da saúde. Essas questões por vezes ultrapassam até os limites territoriais do estado, quando a população do Sul da Bahia procura atendimento em Montalvânia/MG, são atendidos, porém não conseguem dar continuidade ao tratamento onde foram acolhidos. Vale ressaltar que os pacientes não dão continuidade ao tratamento nesses locais, porém

é informado ao município de origem que esse paciente foi recebido e que essa unidade deverá localizá-lo para acompanhar o seu tratamento.

O mesmo ocorre com a microrregião de Brasília de Minas/São Francisco. Vale ressaltar que essas dificuldades dizem respeito principalmente ao deslocamento de moradores das áreas rurais e comunidades distantes das sedes dos municípios em que se localizam, porém próximas de outros municípios. A dificuldade de acesso se estende também aos profissionais de saúde responsáveis pelo controle da TB nessas microáreas. Sendo assim, é necessário criar estratégias para a resolução dessas questões.

As referências técnicas da TB informam ainda que, apesar de todas essas dificuldades de acesso, são visíveis as melhorias que ocorreram nos últimos tempos com o programa ProAcesso, quando foram realizadas pavimentação das estradas que interligam diversos municípios como Bonito Minas-Entr. Cônego, Marinho/Januária, Cônego Marinho-Januária, Icaraí Minas-Entr.MG 402, Juvenília-Montalvânia, Miravânia-Cônego Marinho, Itacarambi-São João Missões, o que facilitou muito a circulação das pessoas que necessitam buscar serviços de saúde em outros municípios. A extensão da BR 135 até a divisa com a Bahia poderá trazer benefícios acentuados para a população dessa região, facilitando o acesso a diversos povoados, áreas rurais e municípios.

Quanto à infraestrutura dos municípios para o atendimento da tuberculose, é informado pelas referências técnicas da TB, que a infraestrutura para atendimento da doença é boa, entretanto o maior problema diz respeito a falta de profissionais capacitados para atender determinados municípios que ficam, às vezes, até seis meses sem mesmo um clínico geral, já que as clínicas especializadas são encontradas apenas nos municípios polos microrregionais, ou seja, Januária, São Francisco, Brasília de Minas e, em alguns casos, Manga; quando necessário, os pacientes são encaminhados a outros municípios onde esses serviços são pactuados. Também nessa microrregião a rotatividade de médicos e enfermeiros é muito grande, acontece de médico chegar em um dia e ir embora no outro devido às condições de trabalho encontradas, pois geralmente são recém-formados que

atendem a demandas como pediatria, ginecologia, cardiologia entre outras, dificultando sua atuação.

Quanto à TB multirresistente, o paciente é encaminhado diretamente para Montes Claros que é a referência nesse atendimento no Norte de Minas. Em alguns casos, Brasília de Minas e Januária, por ter capacidade técnica para resolução por ter um profissional capacitado.

Quanto aos benefícios recebidos pelo portador de TB, além dos medicamentos, recebem apoio em transporte quando necessitam se direcionar a outro município. Não é praxe receber alimentação durante o tratamento, entretanto, por iniciativa de profissionais da saúde da região costumam reivindicar das secretarias de saúde alimentos para alguns pacientes carentes ou com agravos associados à TB, como moradores de rua, alcoólatras e doentes mentais, porém, durante o período da pesquisa, essa contribuição estava suspensa. As coordenadoras técnicas chamam a atenção ainda para a necessidade de maior cuidado com esses pacientes, pois necessitam de atenção, de acolhimento, já que, na maioria das vezes, abandonam o tratamento por falta de conhecimento, pelos efeitos colaterais dos medicamentos e que todos deveriam se sensibilizar com a situação e contribuir de alguma forma para que diminua o índice de abandono desse paciente.

Sobre os exames a serem realizados para diagnóstico da doença, é informado que os municípios que não têm essa capacidade encaminham os pacientes para o local mais próximo. Ao serem questionadas sobre o tratamento supervisionado, afirmam que esse sistema só ocorre em caso de recidiva ou agravos associados. Nos outros casos o paciente adquire o medicamento nas UBS em datas pré agendadas. Entretanto se o paciente não comparece nas unidades para buscar o medicamento na data prevista, são tomadas outras medidas, até mesmo com o recolhimento e internação desse paciente.

A respeito da realização dos exames em todos os contatos de portadores de TB, afirmam que atualmente o Programa de Tuberculose tem preconizado não mais examinar os contatos e sim efetuar a busca dos sintomáticos respiratórios de uma forma geral. Não se espera mais o paciente ir em busca de atendimento, esses são

procurados em suas residências e a divulgação é feita em todos os locais, igrejas, escolas, entre outros. Se o indivíduo tossiu mais de três semanas, é um sintomático e devem ser realizados os exames necessários para detecção ou não da doença.

Não há um local exclusivo para atendimento ao portador de TB nessa microrregião, todas as UBS devem ter capacidade para atender esse paciente. As coordenadoras entendem que não deve haver um local específico para o tratamento da doença, já que esse fato traria mais preconceito ainda e que é possível que a população até deixe de passar na rua onde se localize essa unidade para atendimento da doença, o ideal é que a cada dia a tuberculose seja vista como qualquer outra doença, não sendo tão estigmatizada.

Não foi notificada nenhuma internação pela doença na microrregião de Januária, entretanto, durante a pesquisa foram detectados dois pacientes com história de internação recente.

No que se refere aos serviços disponibilizados aos portadores de tuberculose da microrregião de Pirapora, a Coordenadora de Vigilância Epidemiológica da Regional de Saúde de Pirapora informa que os municípios mais problemáticos nesse quesito são aqueles onde a Atenção Primária não assume o Programa da Tuberculose, entretanto não apontou nenhum município específico. Informa ainda que todos os municípios possuem infraestrutura para o atendimento à doença, mas, às vezes, é necessário atendimento no Centro de Referência.

Sabe-se que um dos grandes problemas do tratamento de tuberculose são os efeitos colaterais dos medicamentos, sendo necessário uma boa alimentação. Interrogada se, além dos medicamentos, o portador de TB recebe algum outro benefício como transporte e alimento em caso de necessidade, a coordenadora pontua que não tem conhecimento desse fato. Informa ainda que todos os exames são realizados em nível ambulatorial, quando questionada se todos os exames realizados em pacientes hospitalizados são disponibilizados aos com tratamento em domicílio, caso haja necessidade.

Sobre o tratamento supervisionado, ela afirma que é realizado em alguns municípios, porém sem exemplificar. Também informou que são feitos exames de toda a família e das pessoas que tiveram maior contato com o doente.

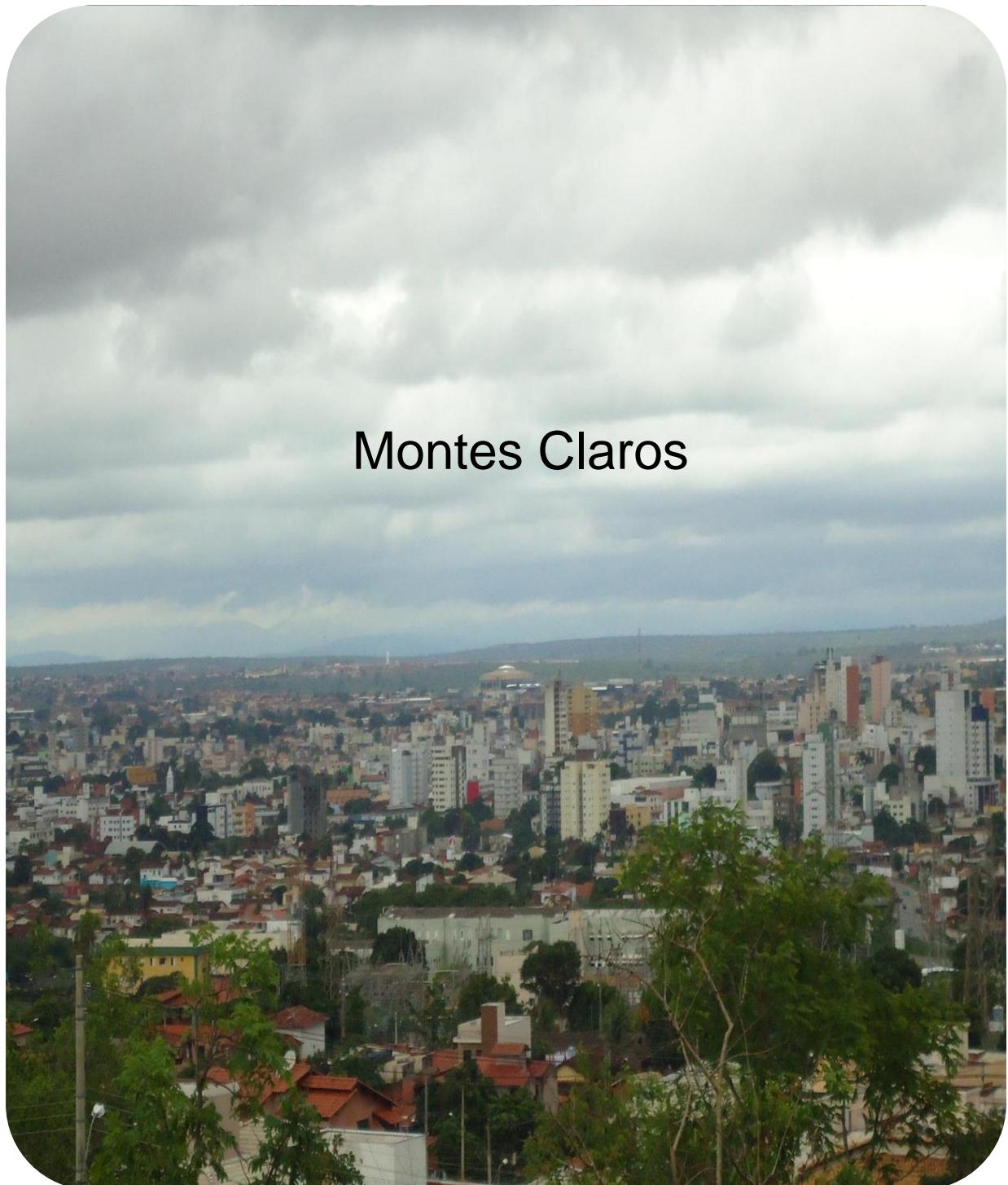
Ao ser perguntada sobre o local onde estão centralizadas as medidas de controle da Tuberculose, se há um local específico para o tratamento só da TB, é informado que o programa de controle deve ser realizado na ESF, ou seja, não existe um local específico. Informa ainda não ter registro de nenhum paciente internado em função da doença nos anos de 2010, 2011 e 2012.

Quanto ao diagnóstico e tratamento do doente de tuberculose, é informado que, quando o paciente tem o primeiro contato com os serviços de saúde, são realizados os exames dos sintomáticos respiratórios; pedido de BAAR e RX. Em caso de baciloscopia positiva e/ou RX suspeito, inicia-se o tratamento por seis meses.

Dessa forma, será abordado no próximo tópico a dinâmica da tuberculose no município de Montes Claros e de Miravânia. O primeiro por ter apresentado o maior número de casos novos da doença e, o segundo, a maior taxa de incidência em 2010. Montes Claros, por ser um polo macrorregional e ter a melhor oferta de serviços básicos de saúde, educação, empregos, entre outros, convive com um grande fluxo de pessoas que se dirige para esse centro em busca dos mais variados atendimentos. O aglomerado de indivíduos que transitam diariamente na cidade pode trazer ou levar vários tipos de doenças infectocontagiosas, entre elas a tuberculose.

Miravânia, por estar inserida em uma das microrregiões mais problemáticas do Norte de Minas no que se refere aos serviços básicos para uma boa qualidade de vida, também apresenta fatores que podem justificar a maior taxa de incidência da doença. Sendo assim, entende-se que a espacialização da doença por bairro, assim como o conhecimento do seu perfil epidemiológico em Montes Claros e Miravânia poderá colaborar para a erradicação ou redução da doença nessa região.

6 A DINÂMICA DA TUBERCULOSE EM MONTES CLAROS E MIRAVÂNIA NO NORTE DE MINAS GERAIS

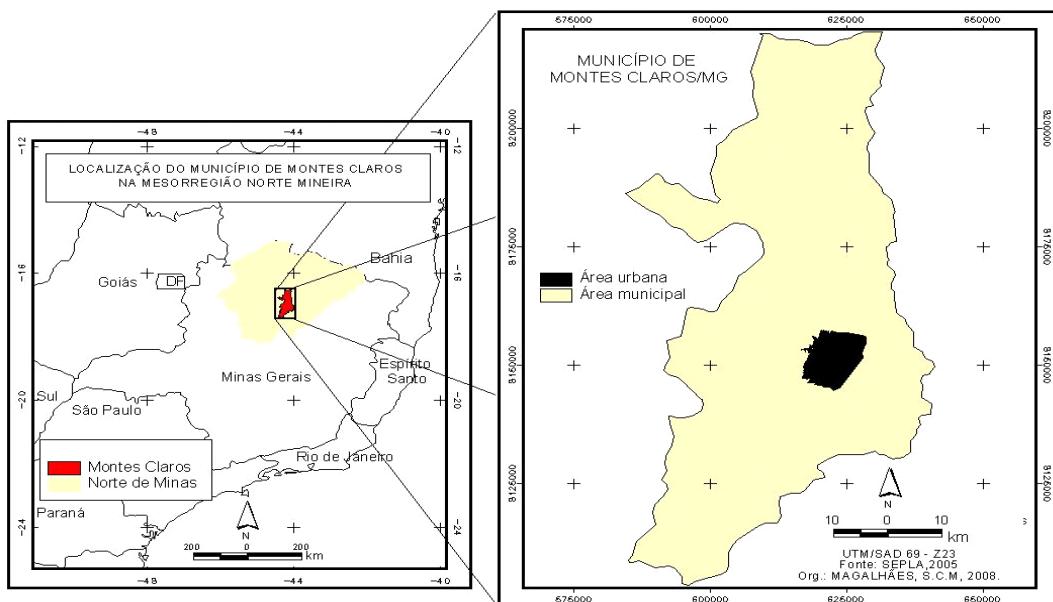


Montes Claros

6.1 A Tuberculose no município de Montes Claros

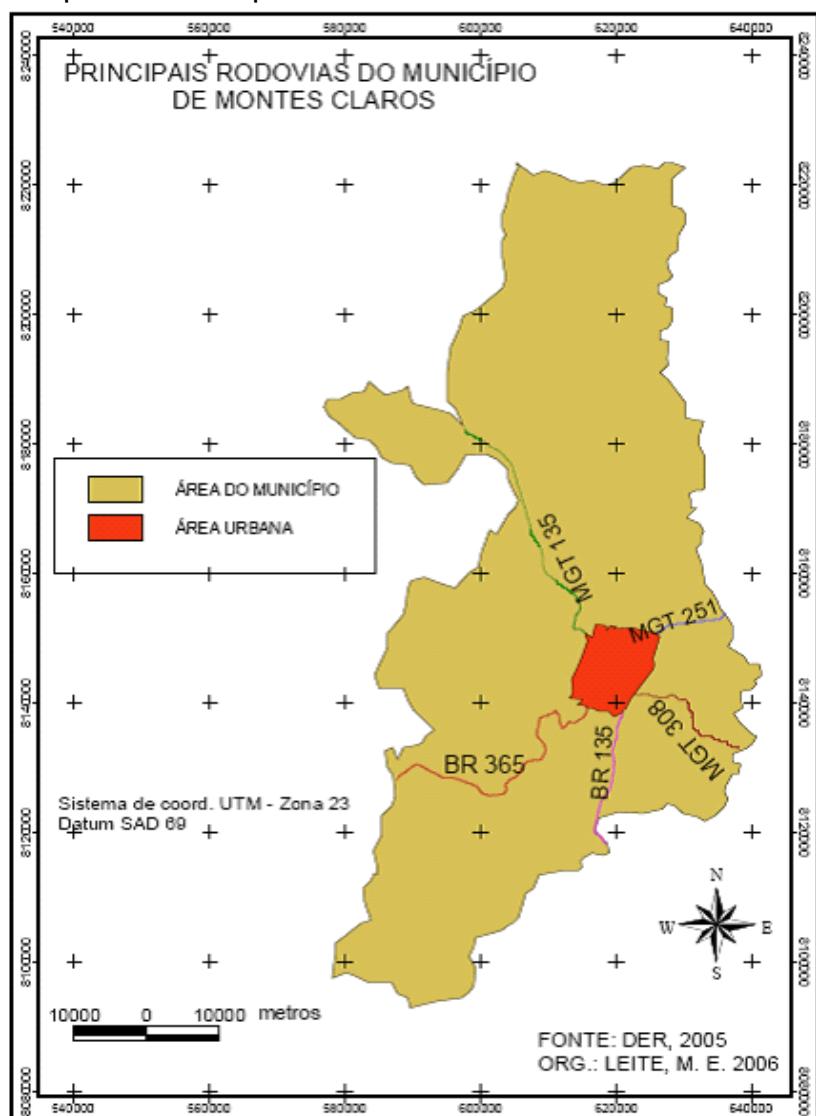
O município de Montes Claros está inserido na região norte do Estado de Minas Gerais (Mapa 14), na bacia hidrográfica do Rio São Francisco e sub-bacia do rio Verde Grande, conta com uma área de 3.568,935 km². O município possui dez distritos: Aparecida do Mundo Novo, Canto do Engenho, Ermidinha, Miralta, Nova Esperança, Panorâmica, Santa Rosa de Lima, São Pedro da Garça, São João da Vereda e Vila Nova de Minas. A sede possui 97 km², tendo como marco as coordenadas latitude 16° 43' 41"S e longitude 43° 51' 54"W (IBGE, 2010).

Mapa 14- Localização do Município de Montes Claros - MG



A cidade de Montes Claros possui acesso privilegiado aos principais centros econômicos, políticos e financeiros do Brasil, como Belo Horizonte, Salvador, Rio de Janeiro, São Paulo e Brasília -DF. É servido pelas rodovias BR-135, BR-365, MGT-308, MGT-251 e MGT-135 (Mapa 15). Em função da sua posição geográfica, permite maior integração entre os diversos pontos do país, possibilitando extensas relações econômicas, políticas, sociais e culturais com esses centros.

Mapa 15 - Principais rodovias de acesso a Montes Claros



Fonte: M. E. Leite, 2006

Magalhães (2009, p. 47) diz que “[...] em função da sua localização privilegiada e da facilidade de locomoção entre Montes Claros e as demais regiões do país, ocorre um maior fluxo de pessoas, veículos e mercadorias”, esse fato certamente trará impactos positivos no que se refere ao crescimento econômico, entretanto, em decorrência disso, diversos problemas também vêm alterar a dinâmica local, e o maior fluxo de pessoas pode significar também maior circulação de doenças.

A malha viária municipal é constituída por, aproximadamente, 5.500 km de estradas vicinais, ligando a sede do município aos distritos e diversas comunidades rurais, o que facilita o escoamento da agricultura familiar. É servida por linhas regulares de ônibus municipais, intermunicipais e interestaduais. Quanto ao transporte aéreo,

dispõe de pista de pouso com 2.100 metros de extensão, permitindo a movimentação diária de pessoas entre as diversas localidades do país. É atendido na atualidade pelas empresas Gol linhas aérea, Trip/Azul Linhas Aéreas Brasileiras, duas empresas que se fundiram recentemente. No que se refere à ferrovia, encontra-se ainda em funcionamento a Ferrovia Centro Atlântica apenas para transporte de carga, ligando o município às principais cidades do Nordeste, Sudeste e Sul do país.

No que se refere ao efetivo crescimento da cidade de Montes Claros, este vem ocorrer somente a partir do fim da década de 1960 com ações da Superintendência do Desenvolvimento do Nordeste - SUDENE, que implantou aqui um polo industrial significativo, trazendo modificações de ordem política, econômica, social, ambiental e cultural.

Em decorrência das políticas desenvolvimentistas dessa época há uma alteração no perfil do setor agropecuário da região Norte de Minas, predominando os projetos de irrigação e de reflorestamento que passam a ser elementos desagregadores da agricultura familiar regional. Os agricultores que antes trabalhavam a terra diversificando os produtos alimentares, além da criação de animais e uso da indústria doméstica, passam a agricultores de poucos produtos. Dessa forma, é ressaltado por Rodrigues (2000, p. 171) “[...] que as mudanças na base técnica da agricultura não vieram acompanhadas de modificações nas relações capital/trabalho [...]”. O que vai ocorrer nesse momento é a desorganização da economia rural, tendo como consequência a liberação de mão de obra e a intensificação do êxodo rural.

Em função disso há a ocorrência das migrações regionais e o aumento do contingente populacional das cidades beneficiadas por essas políticas públicas, porém o que se observa é que essas cidades, não possuindo infraestrutura suficiente para absorver a quantidade de pessoas que para aí se dirigem, ampliam os problemas relacionados a saneamento, saúde, educação, entre outros.

O crescimento da cidade, que antes ocorria de forma lenta, acelera-se a partir de 1970. Leite e Pereira (2004, p. 03) observam que “O processo de ocupação da cidade, até essa década, seguia o padrão centro-periferia, denotando um espaço

dual, com as elites residindo na área central, que centralizava também o emprego, e os pobres ocupando a periferia desprovida de infraestrutura". Ainda que mudanças tenham ocorrido em relação a esse padrão de ocupação, quando a elite passa a deslocar-se para as áreas periféricas em busca de ar menos poluído, menos barulho, trânsito menos tumultuado, enfim onde possam desfrutar de amenidades que já não possuem na área central, a situação dos pobres continua sem grandes alterações, pois as áreas ocupadas por essa população continuam sem as infraestruturas necessárias para uma boa qualidade de vida.

Situação que se agrava com a dependência que os municípios norte mineiros têm em relação a Montes Claros, pois todos dependem direta ou indiretamente, seja na área de educação, seja para realizar transações comerciais ou de serviços, mas principalmente no que se refere a serviços de saúde, uma vez que Montes Claros é que oferece melhores condições para esse fim. Pereira (2007, p. 277) salienta que:

Montes Claros surge como um centro regional que comanda as áreas do seu entorno e os municípios com menor diversidade de funções. Abriga fluxos regulares de mercadorias, pessoas, informação, interagindo com a capital estadual (que a polariza) e com municípios vizinhos.

Observa-se que o desenvolvimento trouxe também os problemas próprios das grandes cidades, o intenso fluxo de pessoas modificou sua estrutura, forçando a expansão urbana para áreas impróprias, causando problemas desagregadores desse espaço. R. Leite (2003, p. 83-84) afirma que: "A maneira de ocupação e expansão urbana não condizente com os aspectos físicos, e até mesmo, a falta de um planejamento para atender à crescente demanda demográfica, geraram graves problemas socioambientais [...]", em função disso a cidade hoje se encontra com graves problemas de moradia, ocorrendo a proliferação de favelas, alto índice de desemprego e violência.

No que se refere à estrutura populacional, de acordo com o Censo IBGE (2010), Montes Claros possui uma população de 361.915 mil habitantes, dos quais 344.427 mil (95,17%) na zona urbana e 17.488 mil (4,83%) na zona rural. A densidade demográfica é de 101,41 habitantes/km². A população do município que, em 1960, era de 102.117 mil elevou-se para 361.915 mil em 2010, representando um

crescimento de 354% no período observado. Na Tabela 5 é apresentado o crescimento populacional do município entre 1960 e 2010.

Tabela 5 - Crescimento da população do município de Montes Claros-MG

CENSO	URBANA		RURAL		TOTAL	
	população	(%)	população	(%)	população	(%)
1960	43.097	42	59.020	58	102.117	100
1970	85.154	73	31.332	27	116.486	100
1980	155.483	87	22.075	13	177.558	100
1991	250.573	89	30.969	11	281.542	100
2000	289.183	94	17.764	6	306.947	100
2010	344.427	95	17.488	5	361.915	100

Fonte: IBGE. Censos Demográficos: 1960 a 2010

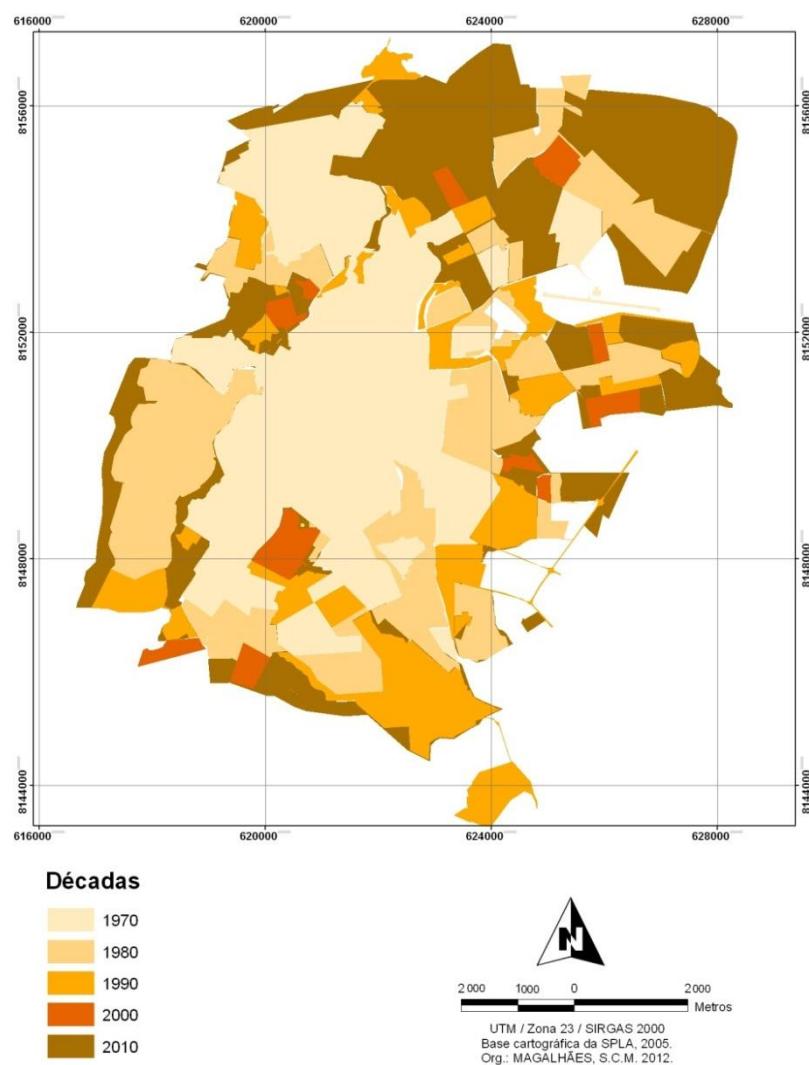
A partir da análise da Tabela 5 percebe-se que o município de Montes Claros apresentou além de um perceptível crescimento populacional no período de 1960 a 2010, uma população predominantemente urbana a partir de 1970. Em 1960, a população urbana, que era inferior à rural, representava 42% do total de habitantes do município, porém essa situação inverteu-se drasticamente nas décadas posteriores, em 1970, 73% da população do município já era urbana, passando a 95% em 2010 (IBGE, 2010).

A malha urbana de Montes Claros apresentou, entre as décadas de 1960 e 2010, uma grande expansão (Mapa 16), sendo que algumas áreas exibem expressiva ampliação dos seus bairros, como a região Norte da cidade, onde foi instalado o distrito industrial. Foram acrescentados oito bairros aos já existentes, completando um total de dez, além de três aglomerados subnormais. A partir da década de 1990, começam a ocorrer diversas transformações nesse espaço, quando várias indústrias foram fechadas dando lugar a Universidades, Faculdades e alguns empreendimentos comerciais, contudo ainda é grande a influência das indústrias na expansão dessa região. Leite (2006, p. 83) aponta que:

A década de 1980 foi a mais importante na questão da expansão de infraestrutura urbana na região norte, pois é nessa época que é implantado o Projeto Cidade de Porte Médio, que tinha como objetivo possibilitar a população de baixa renda, especialmente a que residia em áreas invadidas ou favelas da cidade, acesso à casa própria, aos serviços urbanos e de saneamento básico, bem como a legalização de posse de terra, elevando assim, a qualidade de vida dessa população carente.

Nesse período ocorrem também algumas melhorias na infraestrutura dessa área, como a implementação de redes de esgoto, asfaltamento de algumas ruas, aumento da oferta de água tratada e de energia elétrica e a legalização de posses de lotes por meio do Projeto Cidade de Porte Médio.

Mapa 16- Malha urbana de Montes Claros em 2010



Prosseguindo a abordagem sobre a expansão da malha urbana de Montes Claros, observa-se que a porção oeste da cidade intensifica sua ocupação na década de 1990. A população que ocupa essa área, se comparada com a das demais, possui melhor poder aquisitivo, pois aí se encontram as melhores moradias, os condomínios fechados, os lotes mais caros, ou seja, os bairros com a melhor infraestrutura da cidade.

A região centro-oeste de Montes Claros foi a que menos se expandiu, tendo apenas uma pequena ampliação no período observado. Seus moradores são, na maioria, fazendeiros, médicos, engenheiros, advogados, entre outros, pessoas com médio poder aquisitivo, no entanto as áreas ampliadas nesse período absorveram uma população com renda bem inferior à dos antigos moradores.

A região sul, nesse mesmo período, cresceu significativamente, sendo que, na década de 1990 apresentou o maior crescimento. De acordo com Leite (2006), esse crescimento é devido ao baixo valor dos lotes e à proximidade de rodovias como BR 135 e BR 365, vias de acesso a outras cidades como Claro dos Poções, Coração de Jesus, Jequitaí, Bocaiúva, entre outras. A população residente nessa área possui baixo poder aquisitivo, sendo predominantemente de migrantes das cidades citadas e pessoas oriundas do campo. Quanto à infraestrutura, essa região também foi beneficiada pelo Projeto Cidade de Porte Médio, ocorrendo as mesmas melhorias das outras áreas já citadas. Possui um comércio bastante diversificado, inclusive um dos shoppings da cidade que trouxe um desenvolvimento socioeconômico bem expressivo para essa região.

No que diz respeito à região leste, a sua expansão tem início na década de 1970, se intensificando na década de 1980, quando surgem vários bairros que absorvem uma população de baixa renda. Na atualidade é a região que mais se expande, apresentando como principal característica a carência de infraestrutura de serviços básicos, o que tem causado certa preocupação à sociedade montesclarenses, devido aos diversos conflitos, principalmente por tráfico de drogas.

Na área central de Montes Claros ocorreu esvaziamento em relação às residências que foram deslocadas para outros bairros, principalmente os da região oeste que,

assim como o Centro, possuem lotes com valores mais altos que os das demais áreas da cidade. Assim, o centro ficou restrito ao setor de serviços, seja produtivos, de distribuição de bens, sociais ou pessoais, como serviços bancários, comunicação, comércio, transporte, educação, saúde, lazer, restaurantes, hotelaria, entre outros. Entretanto, permanecem em seu entorno alguns bairros antigos como é o caso do Morrinhos formado na periferia de Montes Claros em 1936 (bairro mais antigo da cidade). Com a expansão urbana, o bairro Morrinhos atualmente se localiza na área central, se diferenciando desta apenas pela deficiente infraestrutura que apresenta.

Conforme o Atlas de Desenvolvimento Humano no Brasil (PNUD, 2012), o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é de 0,783. Dessa forma, o município está entre as regiões consideradas de médio desenvolvimento humano (0,5 e 0,8).

Na área da saúde, Montes Claros encontra-se na gestão plena do Sistema Único de Saúde - SUS. Conforme o CNES/DATASUS (2012), há, em Montes Claros, 487 estabelecimentos de saúde, sendo públicos federais, estaduais e municipais, tendo ainda atendimento em estabelecimentos privados, dos quais são disponibilizadas diversas vagas para atendimento pelo SUS. A cidade possui atendimento de serviços com tecnologias mais complexas como ressonância magnética, tomógrafo, diversos tipos de raio X, como também Unidade de Terapia Intensiva. Observa-se que a grande variedade de especialidades médicas com atendimentos diversificados contribui bastante para a atração populacional que vem ocorrendo nessa cidade nas últimas décadas. Ratificando essa afirmação, Pereira (2007, p. 140) diz que:

O espaço de saúde, na cidade de Montes Claros, apresenta um grande destaque, devido à organização e à existência de serviços médicos especializados e uma rede de hospitais e clínicas interligadas, sendo referência regional. É possível identificar sedes de empresas de seguro saúde, seguindo a lógica nacional do sistema de saúde privado.

Não obstante a cidade possuir essa diversidade de atendimento em saúde, ainda é grande a quantidade de óbitos decorrentes de doenças tumorais, cardíacas, respiratórias. Verifica-se também um alto índice de óbitos por doenças infecciosas e parasitárias que, somente no ano de 2007, foi de 60 mortes. Percebe-se que, dos mais de oitocentos municípios de Minas Gerais, menos de vinte ainda mantêm

índices elevados de doenças infecciosas e parasitárias e Montes Claros está entre esses municípios. Dessa forma, constata-se que há a necessidade de políticas públicas atuantes no sentido de diminuir esses índices, pois é inadmissível que, em pleno século XXI, ainda ocorram mortes por doenças que poderiam ser evitadas apenas com prevenção, principalmente investindo-se em saneamento, pois se sabe que a sua falta ou ineficiência é a principal causa para a ocorrência dessas enfermidades.

A cidade de Montes Claros, em decorrência dos avanços educacionais, tem trazido grande desenvolvimento em várias áreas. Entretanto, o crescimento populacional da cidade aponta um aumento da demanda por: I) água potável; II) coleta e tratamento de esgotos; III) coleta e disposição adequada de lixo; IV) ampliação do uso do solo; IV) drenagem urbana e demais serviços necessários à melhoria da qualidade de vida urbana. Desse modo, há a necessidade de desenvolvimento de novas formas de uso do espaço montesclarensse, o que inclui a ampliação das infraestruturas de saúde, educação, transporte e saneamento básico.

Todavia, as políticas públicas direcionadas para o setor de saneamento no município, especialmente na sede de Montes Claros, ao longo dos anos, não foram satisfatórias, e a inoperância do poder público local tem acarretado diversos problemas de ordem social, pois a oferta de serviços permanece insuficiente até os dias atuais.

A Tabela 6 expõe a quantidade de estabelecimentos de saúde de Montes Claros que atende os usuários do Sistema Único de Saúde. Isso mostra que é diversificada a rede de atenção à saúde nesse município e que, se realizada uma boa gestão, certamente funcionará de acordo com a demanda da população.

Tabela 6 - Estabelecimentos de saúde na cidade de Montes Claros/MG

Tipo de Unidade	Número de Unidades
Central de regulação de Serviços de Saúde	1
Centro de Apoio de Saúde da Família	5
Centro de Atenção Hemoterapia e/ou Hematológica	1
Centro de Atenção Psicossocial	2
Centro de Saúde/ Unidade Básica	88
Clínica Especializada/ Ambulatório de especialidade	168
Consultório Isolado	169
Farmácia	3
Hospital Geral	6
Laboratório Central de Saúde Pública – LACEN	1
Policlínica	4
Pronto Atendimento	1
Secretaria de Saúde	2
Unidade de Apoio Diagnose e Terapia (SADT isolado)	28
Unidade de Vigilância em Saúde	3
Unidade Móvel Terrestre	2
Unidade Móvel de Nível pré-hospitalar na área de urgência	1
Cooperativa	1
Central de Regulação Médica das Urgências	1
Total	487

Fonte: CNES – DATASUS/MS Org.: Magalhães, 2012

A análise da Tabela 6 mostra que há seis hospitais na cidade. Desses, quatro são de grande porte: I) Hospital Universitário Clemente Faria (Figura 21); II) Hospital Aroldo Tourinho; III) Santa Casa de Montes Claros (Figura 22) ; IV) Hospital Dilson Godinho; um de médio porte: I) Hospital Prontocor; e um de pequeno porte: I) Hospital Alfeu de Quadros. A Santa Casa e o Hospital Aroldo Tourinho funcionam ainda como hospitais filantrópicos e o Hospital Universitário como hospital escola, ou seja, atende também aos futuros profissionais de saúde, além de ser o Hospital de referência para atendimento de pacientes com tuberculose.

Figura 19 - Hospital Universitário Clemente de Faria



Autora: MAGALHÃES, S. C. M., 2012

Figura 20 - Santa Casa de Montes Claros



Autora: MAGALHÃES, S. C. M, 2012

Em um momento da pesquisa de campo (setembro de 2012) foi possível constatar que a demanda por serviços hospitalares no município é bem maior do que a oferta, assim, é caótica a situação de quem necessita dos serviços de saúde, onde se encontram funcionários mal preparados, que vão desde os médicos aos técnicos de enfermagem. Os erros são constantes, demora no diagnóstico, falta de análise correta dos exames, medicamentos suspensos pelos técnicos de enfermagem ainda que estejam prescritos pelos médicos, colocando em risco a vida do paciente. Na verdade, sem um acompanhante que tenha um mínimo de conhecimento na área de saúde é bastante complicado confiar um parente aos serviços de saúde. A sonhada humanização dos serviços de saúde tão discutida na contemporaneidade deverá demorar ainda bastante tempo para chegar por aqui, pois o descaso com as pessoas é estarrecedor, funcionando, às vezes, através do conhecimento de pessoas influentes ou usando a palavrinha mágica, “dinheiro”.

O Hospital Psiquiátrico Prontamente, único para tratamento de doenças mentais no Norte de Minas, suspendeu definitivamente suas atividades. De acordo com Gileno Alencar (Jornal Hoje em Dia de 29 de agosto de 2012), “O Hospital psiquiátrico Prontamente, em Montes Claros no Norte de Minas, suspendeu as atividades em caráter definitivo, após nove anos em dificuldades financeiras. Só espera dar alta para dois pacientes para fechar as portas de vez”. Na Figura 23, pode ser comprovada a situação absurda de um “cidadão” que, não encontrando outra solução, amarrou sua esposa à cabeceira da cama, após procurar socorro por nove dias em Montes Claros. Assim abandonou o emprego e passa os dias a vigiando.

Figura 03 – Mulher presa à cama em Montes Claros à espera de vaga em hospital psiquiátrico



Fonte: Jornal Hoje em Dia, 29/08/2012

Nessa situação encontram-se ainda 30 famílias que não sabem o que fazer com os portadores de doença mental que se encontram apenas sob seus cuidados. Assim, é bastante complicada a situação de quem necessita desse serviço na região, pois com o fechamento do único hospital de referência de doença mental, a saída é a família, que, na maioria das vezes, paga seus impostos em dia, assumirem o ônus que é dever do Estado.

Na Tabela 7, é possível conhecer a quantidade de leitos de UTI Adulto de cada um desses hospitais e os disponibilizados para o SUS.

Tabela 7 - Leito UTI Adulto, Tipo II

Estabelecimentos	Existentes	SUS
Hospital Aroldo Tourinho	20	20
Hospital Dilson Godinho	8	8
Hospital Prontocor	10	6
Hospital Santa Casa de Montes Claros	20	20
Hospital Universitário Clemente de Faria	7	7
TOTAL	65	61

Fonte: CNES/DATASUS, 2012

A quantidade de 65 leitos de UTI para atender a crescente população de Montes Claros e pacientes de outros municípios e até mesmo outro estado, especialmente do sul da Bahia, que dependem exclusivamente desse serviço nessa cidade é

demasiadamente pouco para responder à demanda existente, lembrando que só a população da macrorregião do Norte de Minas é de mais de 1.500.000 habitantes.

No dia 18 de setembro de 2012, foi possível presenciar uma paciente com insuficiência respiratória agonizando à espera de uma vaga na UTI e sua filha desesperada pelos corredores de um hospital em Montes Claros pedindo ajuda, não se sabe o que ocorreu, pois foi informado apenas que nesse dia não houve óbito na ala em que a referida paciente estava internada. Esse é apenas um exemplo dos diversos problemas que ocorrem nos hospitais de Montes Claros, quando às vezes é necessário escolher quem vai viver e quem vai morrer.

Quanto às Unidades Básicas de Saúde, observa-se que a quantidade de 88 apresentada na Tabela 6 é insuficiente para o atendimento da população que espera meses para conseguir entrar pela estreita porta do Sistema de Saúde do município, justificando por vezes a aglomeração de pessoas nos postos de atendimento às urgências e emergências.

As Centrais de Regulação resolveram em grande parte os problemas dos serviços de saúde tanto na macrorregião como no município, entretanto continua aquém da demanda e acredita-se que a maturidade do sistema exigirá ainda bastante tempo. A ocorrência de diversos fatos visualizados durante a pesquisa comprova isso: I) pessoas morrerem na fila à espera de um exame, ainda que hospitalizada há 40 dias, dependendo apenas de um veículo para o deslocamento; II) indivíduos esperando por dez dias a liberação para um exame neurológico, onerando os serviços de saúde e propensos à infecção hospitalar, já que todos aguardam em um único espaço juntamente com outros pacientes com patologias variadas; III) recém-nascido com suspeita de infecção urinária à espera de uma vaga em área comum ao lado de outra criança com pneumonia; IV) paciente de um metro e oitenta e cinco centímetros com suspeita de infarto em uma cama de bebê para realizar um eletrocardiograma; V) pessoa idosa, quatro dias no corredor à espera de uma vaga para cirurgia de baixa complexidade. Tudo isso foi constatado em curto período de tempo, em apenas um hospital de Montes Claros e em época de atendimento regular.

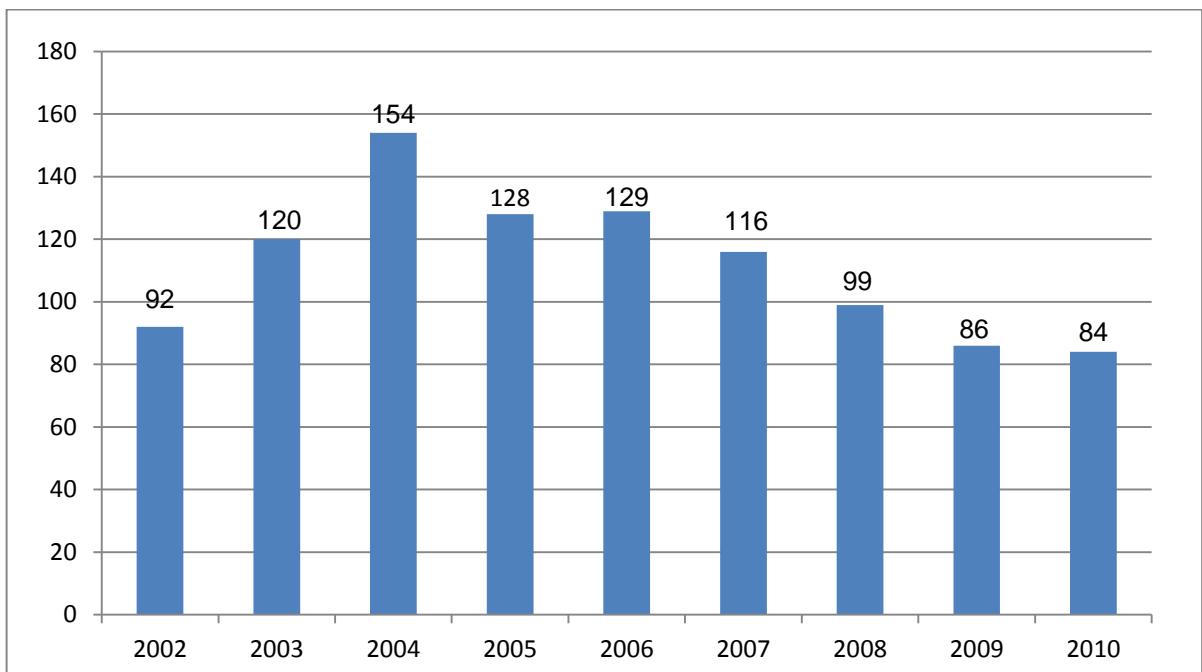
As greves começam a ser constantes na cidade, como forma de reivindicar melhores salários e melhores condições de trabalho. A deflagração da greve dos funcionários de um Hospital da cidade em 19 de setembro de 2012 causou grandes danos e sofrimento a quem necessitou dos serviços dessa instituição, fato que expõe a fragilidade dos serviços de saúde em Montes Claros com repercussão em todo o Norte de Minas.

Apesar disso, há controvérsias quando uma variedade de cidadãos montesclarenses necessita de atendimento e o recebem em tempo hábil. Portanto, os serviços de saúde no município vêm funcionando como nas demais regiões do país, para uns representa a ordem e, para outros, a desordem. Assim, é fundamental a detecção dos desajustes na gestão da saúde, que em função disso onera o setor e dificulta o acesso da população a esses serviços.

Montes Claros por ser polo regional, deveria ter um Hospital do Instituto de Previdência dos Servidores do Estado de Minas Gerais - IPSEMG, com infraestrutura para atendimento dos servidores estaduais que perecem pela dificuldade de atendimento, muitos inclusive migram para o SUS, comprometendo ainda mais a situação.

No que se refere à tuberculose, o Gráfico 2 mostra a evolução da doença entre os anos de 2002 e 2010. Ressalta-se que a Tuberculose passou a ser de notificação compulsória a partir de 1999, entretanto, no ano de 2001, apenas um caso foi notificado no município; o que é improvável é que tenha ocorrido apenas esse caso.

Gráfico 2 - Casos novos de tuberculose em Montes Claros - 2002/2010

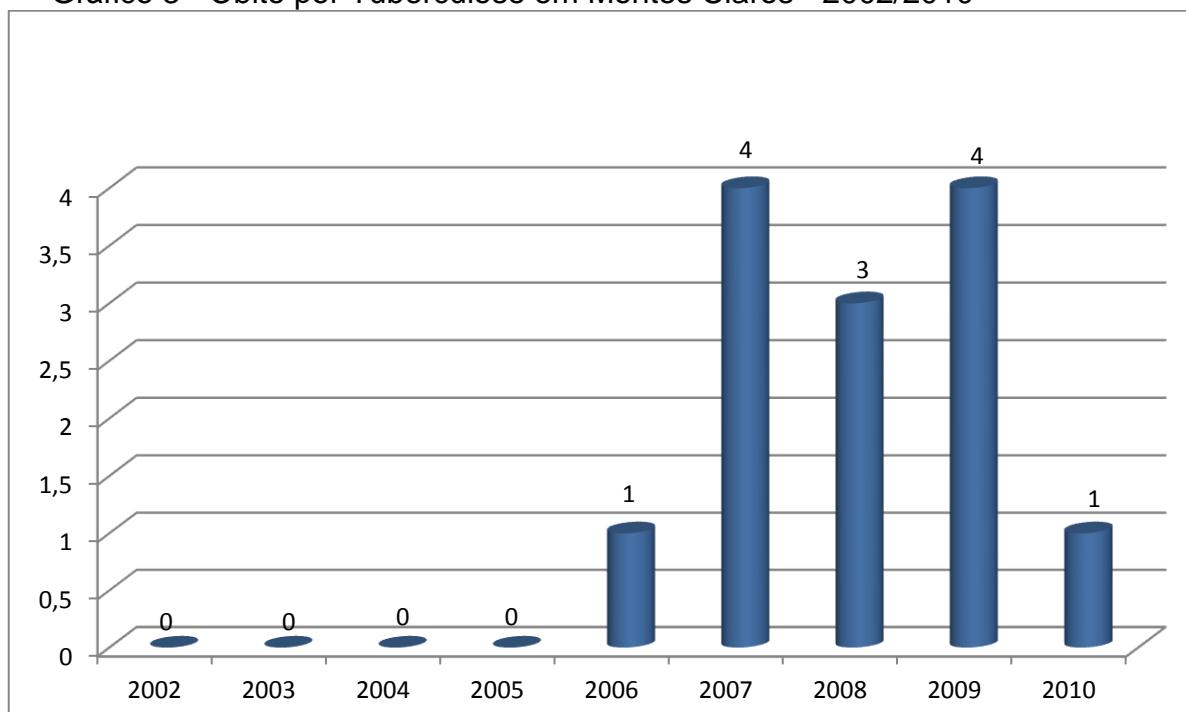


Fonte: Superintendência Regional de Saúde de Montes Claros, 2011

Observa-se que, no período de 2002 a 2010, foram registrados 1008 casos de Tuberculose em Montes Claros, e que, nesse período, houve alterações na sua dinâmica. Até o ano de 2006 apresentou redução em alguns anos e aumento em outros, a partir daí passa a ter redução ainda que com pequena alteração. Verifica-se ainda que a maior ocorrência de casos novos foi no ano de 2004 que apresentou 154 casos.

No Gráfico 3 é mostrado o número de óbitos no período de 2002 a 2010. Durante esse tempo foram registrados 13 óbitos em decorrência de agravos pela Tuberculose. Se for avaliado o tamanho da população do município esse número não parece ser tão grande, entretanto se for considerado que a tuberculose é uma doença que, na maioria dos casos, tem cura, não se justifica o número de óbitos.

Gráfico 3 - Óbito por Tuberculose em Montes Claros - 2002/2010

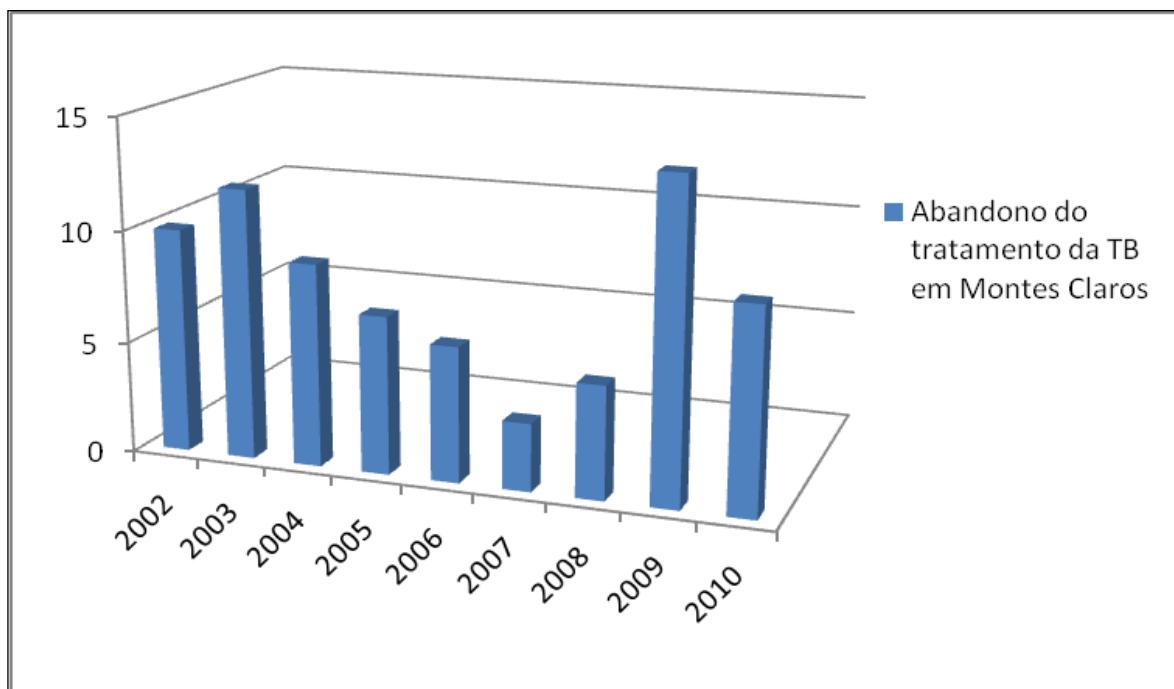


Fonte: Superintendência Regional de Saúde de Montes Claros, 2011

O Gráfico 3 mostra que até 2006 não havia ocorrido nenhuma morte em decorrência da tuberculose, quando nesse ano apresenta um caso, em 2007 quatro casos, três em 2008, quatro em 2009 e um em 2010.

Quanto ao encerramento da tuberculose por abandono do tratamento entre os anos de 2002 e 2010 é apresentado no Gráfico 4. Foram detectados 75 casos de abandono do tratamento da Tuberculose nesses anos. Um dos grandes desafios encontrados pelo poder público na atualidade é manter o paciente em tratamento de TB. O abandono é originado por diversos fatores, que vão desde os efeitos colaterais dos medicamentos que são vários, à falta de transporte, de alimento, ignorância, falta de compromisso com a própria vida, entre outros. Dessa forma, é urgente a criação de mecanismos que diminuam o número de abandono do tratamento.

Gráfico 4 - Abandono de tratamento de Tuberculose em Montes Claros – 2002/2010

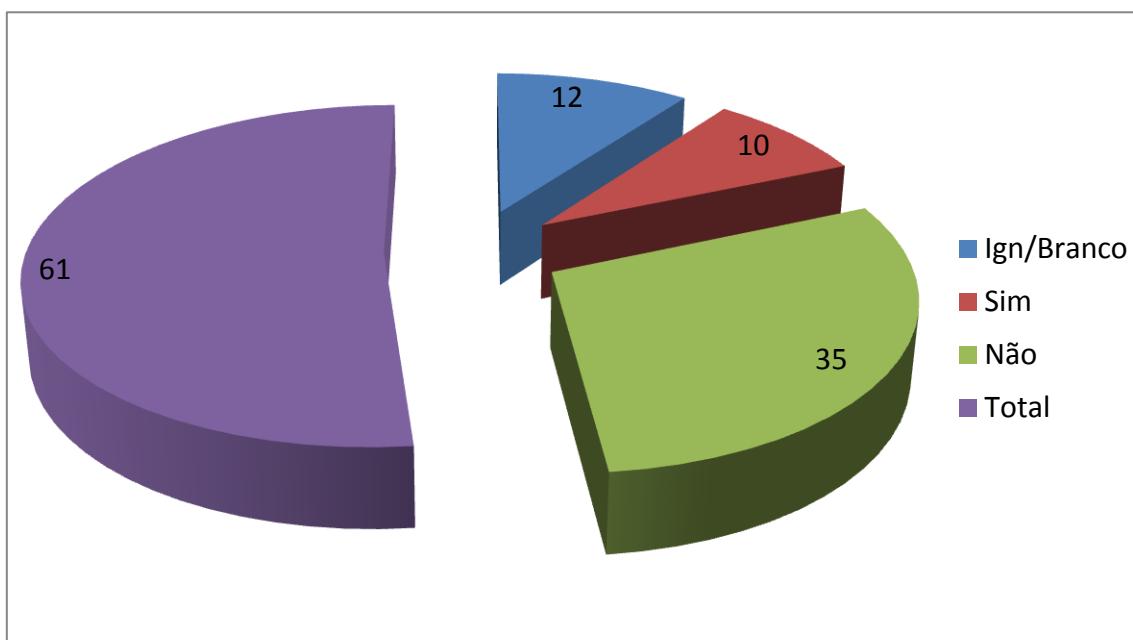


Fonte: Superintendência Regional de Saúde de Montes Claros, 2011

A análise do Gráfico 4 mostra que, no período de 2002 a 2010, foi grande o encerramento do tratamento de Tuberculose por abandono. Quanto aos anos com maior índice de abandono, em 2002 ocorreram dez casos de abandono (13,33%), em 2003 foram detectados 12 casos de abandono (16%), e 2009 teve o maior número de casos de abandono, ou seja, 14 casos (18,67%).

Dos casos de Tuberculose notificados em Montes Claros em 2010, mais de 60% era do sexo masculino e menos de 40% do sexo feminino. No Gráfico 5, são apresentados os dados da doença em indivíduos do sexo masculino, associados ao HIV, quando se verifica que dez dos 61 casos estavam associados a esta enfermidade.

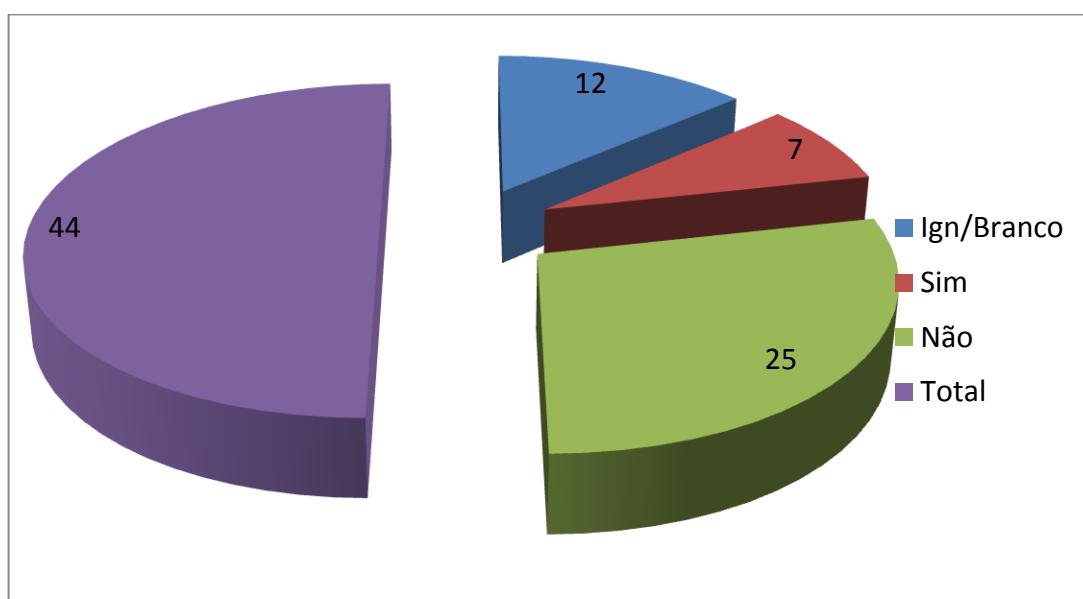
Gráfico 5 - Coinfecção TB/AIDS/Masculino -Montes Claros, 2010



Fonte: Superintendência Regional de Saúde de Montes Claros, 2011

No Gráfico 6 são apresentados sete casos de Tuberculose em pacientes do sexo feminino associados ao HIV.

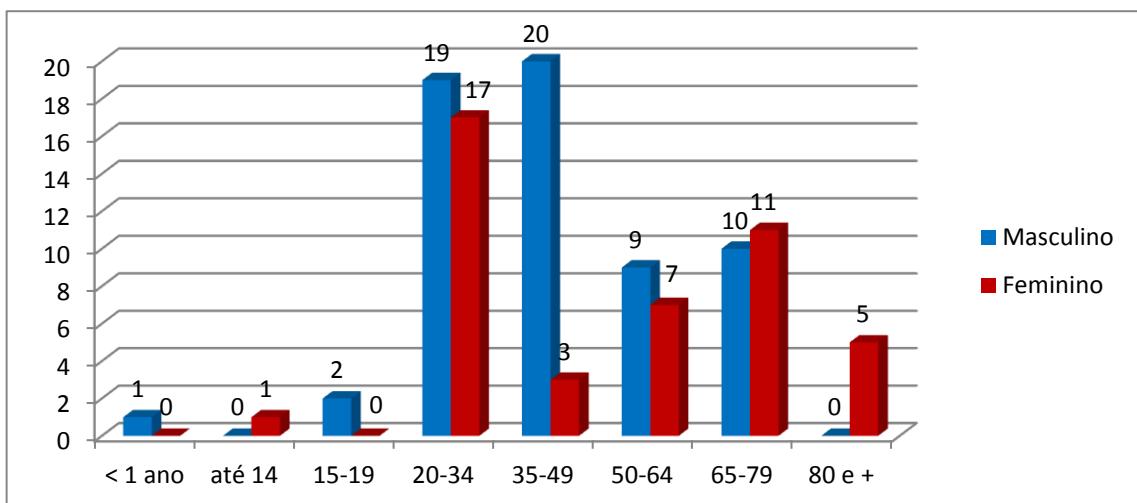
Gráfico 6 - Coinfecção TB/AIDS/Feminino – Montes Claros, 2010



Fonte: Superintendência Regional de Saúde de Montes Claros, 2011

No que se refere a faixa etária, é possível conhecer os pacientes do sexo masculino e feminino que, no ano de 2010, eram portadores de tuberculose, analisando o Gráfico 7. Verifica-se que a faixa etária com maior ocorrência de casos de TB do sexo masculino está entre 20 e 49 anos. No sexo feminino está entre 20 e 34 anos.

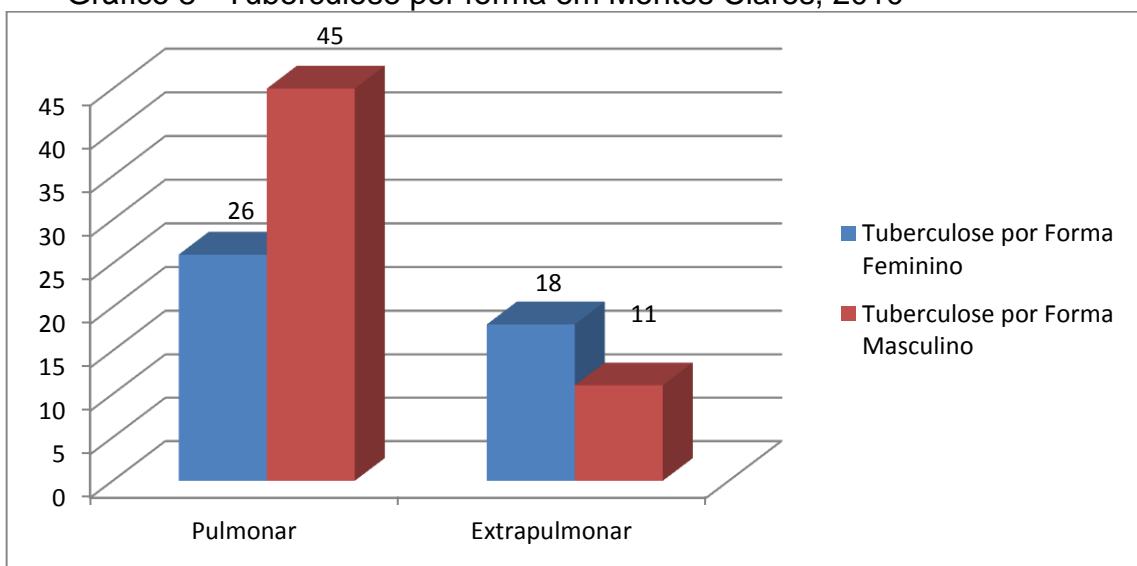
Gráfico 7 - Tuberculose por faixa etária em Montes Claros - 2010



Fonte: Superintendência Regional de Saúde de Montes Claros, 2011

Quanto à forma da tuberculose, o Gráfico 8 mostra que, no ano de 2010, foram notificados 26 casos da forma pulmonar no sexo feminino e 45 no sexo masculino. Da forma extrapulmonar foram 18 do sexo masculino e 11 do sexo feminino.

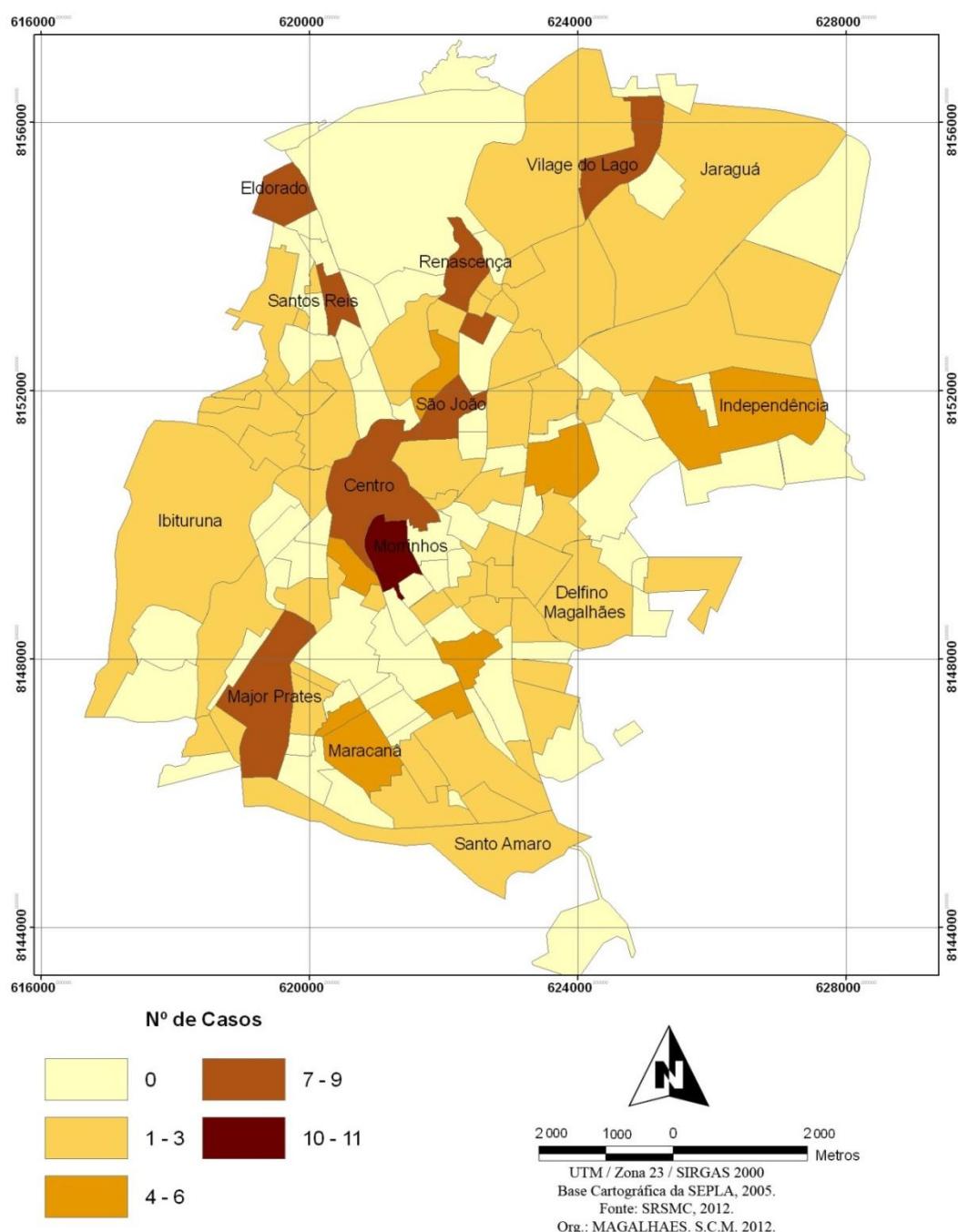
Gráfico 8 - Tuberculose por forma em Montes Claros, 2010



Fonte: Superintendência Regional de Saúde de Montes Claros, 2011

Quanto à espacialização da tuberculose por bairro entre os anos de 2002 e 2010, os bairros com maior ocorrência da doença são: Morrinhos com 11 casos; Alto São João com nove casos; Village do Lago, Santos Reis, Jardim Eldorado e Centro, com oito casos; Major Prates e Renascença com sete casos. Os demais casos se distribuem de forma variada em toda a cidade. O Mapa 17 mostra a espacialização da TB por bairro em Montes Claros no período observado.

Mapa 17 - Distribuição espacial dos casos de Tuberculose em Montes Claros - 2002/2010

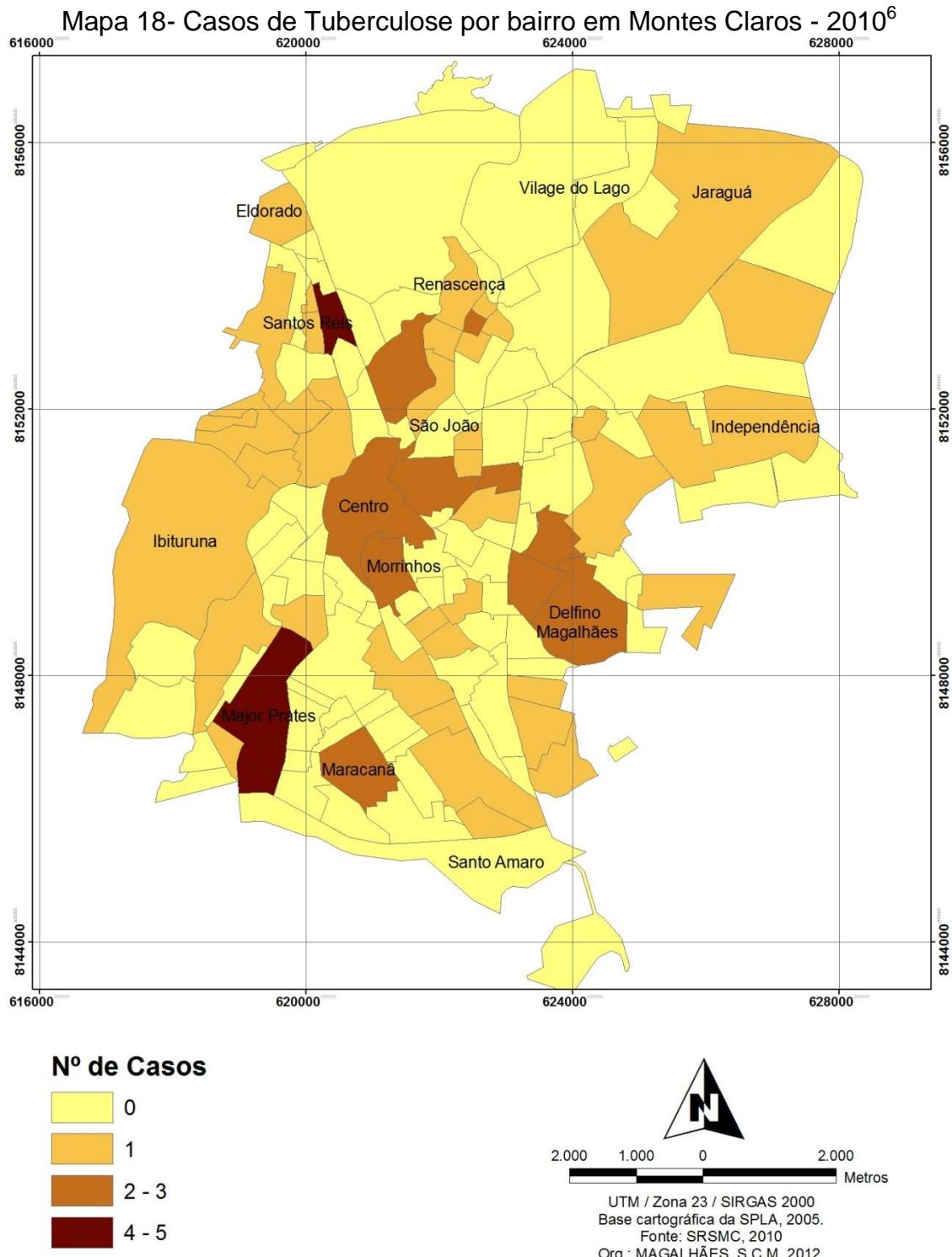


Os bairros Morrinhos, São João, Renascença, Santos Reis, Eldorado, Village do Lago, Major Prates e Centro, que apresentaram o maior número de casos de tuberculose, com exceção do Centro, são bairros com infraestrutura deficiente, ou seja, baixa qualidade do saneamento básico, falta de lazer e dos demais serviços básicos, além de serem constituídos de uma população com baixo poder aquisitivo, fatores que impossibilitam uma boa qualidade de vida.

O bairro Morrinhos onde foi detectado o maior número de casos de tuberculose em Montes Claros no período de 2002 a junho de 2012, como já apontado anteriormente, localiza-se na área central da cidade. Possui 1.600 domicílios e uma população de aproximadamente 9.000 habitantes. A população do bairro é superior a de muitos municípios do Norte de Minas, como é o caso de Miravânia onde foi detectada a maior incidência de tuberculose em 2010. Há 1.464 ligações na rede de abastecimento de água, 1.500 domicílios ligados na rede de esgoto e 1.500 domicílios possuem ligações de energia elétrica (COPASA, 2012).

Apesar das informações prestadas pela COPASA, foi verificado em trabalho de campo que, no bairro, há uma aglomeração subnormal, onde a população vive em condições de pobreza extrema, sem a infraestrutura necessária para uma boa qualidade de vida. No lugar das ruas existem apenas becos, o que impossibilita o trânsito de veículos automotores. As moradias não possuem documentos, já que são invasões, e a maioria são casebres. É difícil falar em saneamento básico de um local que não possui nem mesmo ruas. Muitos bêbados nas portas de botecos, pessoas com roupas caindo ou rasgadas, ou seja, maltrapilhos, denotando a total miséria da população e o descaso do poder público local que invisibiliza totalmente essa comunidade, apesar de estar localizada em uma área central da cidade, que possui um dos pontos turísticos mais bonitos e visitados da cidade, a Igreja do Morrinhos.

No que se refere à espacialização da tuberculose, no ano de 2010 a moléstia se distribuiu em toda a cidade. Apenas os bairros Santos Reis, Major Prates e o Centro apresentaram um número maior que dois casos, sendo cinco, quatro e três casos respectivamente (Mapa 18).



Nos demais bairros, apresentam-se um ou dois casos distribuídos aleatoriamente por toda a cidade, não sendo característica de nenhum bairro específico, inclusive o

⁶ Do ponto de vista metodológico seria adequado cartografar a incidência de casos no território investigado, todavia limitações jurídico-administrativas impossibilitaram a construção deste indicador.

bairro Morrinhos, que apresentou maior número total no período de 2002 a 2010, apresenta apenas dois casos nesse ano.

O bairro Santos Reis e o Major Prates são bairros bastante antigos e também possuem fatores que justificam a maior ocorrência de tuberculose em 2010, pois apresentam infraestrutura deficiente e a maioria da população com baixo poder aquisitivo, o que impossibilita uma boa qualidade de vida, fato que os deixa vulneráveis à ocorrência de doenças. Situação comprovada em trabalho de campo em setembro de 2012, quando foram escolhidos aleatoriamente pacientes em tratamento de tuberculose nesse ano para aplicação de questionários semiestruturados e entrevistas. O bairro Santos Reis e adjacências como Vila São Francisco de Assis e Bela Paisagem apresentam condições de vida da população bastante precárias, como pode ser visualizado nas Figuras 24 e 25.

Foto 21 - Condições de moradias do bairro Santos Reis



Autora: MAGALHÃES, S. C. M, 2012

Foto 22 - Condições de moradias do bairro Santos Reis



Autora: MAGALHÃES, S. C. M, 2012

Os resultados da pesquisa demonstram que é extremamente preocupante a situação em que vivem os cidadãos desse bairro. As moradias totalmente insalubres, pessoas vivendo amontoadas junto aos gatos e cachorros que são encontrados aos montes. As pequenas habitações (Figura 26), com cômodos minúsculos abrigam, por vezes, mais de seis pessoas, além dos animais. Um agente de saúde relatou que em uma casa visitada durante o trabalho de campo, onde mal cabiam os indivíduos que aí habitavam, eram criados também patos em cima da caixa de água da descarga do banheiro. É impossível não adoecer vivendo em local desses.

Foto 23 - Moradias de pacientes com TB



Autora: MAGALHÃES, S. C. M, 2012

Ao relatar sobre a doença, os entrevistados afirmam que as condições de vida impossibilitam um tratamento adequado. Uma paciente ao ser questionada sobre as dificuldades enfrentadas pela doença diz que são vários os obstáculos dela decorrentes: I) O diagnóstico foi difícil e demorado; II) Tomar os medicamentos que têm muitos efeitos colaterais; III) A hospitalização; IV) Fraqueza, cansaço, insônia. Relata ainda a dificuldade de ir buscar os medicamentos geralmente de 15 em 15 dias no centro de referência de tuberculose que fica no bairro São João, local distante mais de 10 quilômetros da sua moradia. Como não tem dinheiro para pagar o transporte, vai e volta a pé sempre que necessita do medicamento. Apesar disso diz que durante todo o tratamento foram disponibilizadas as drogas necessárias, além da visita periódica dos Agentes de Saúde e do médico, sempre que necessário.

Outro entrevistado afirmou não ter tido nenhuma dificuldade no tratamento, não sentiu nenhum efeito colateral, fez todo o tratamento sem nenhum problema, relatou ainda o bom atendimento dos Agentes de Saúde do bairro, reclamou apenas da falta de renda para uma alimentação melhor.

Apesar de haver outros pacientes em tratamento no bairro, algumas moradias estavam fechadas e outras de muito difícil acesso, o que impossibilitou a visita.

Dos questionários aplicados, quatro pessoas tinham menos de 19 anos, dois entre 20 e 59 anos e um mais de 60 anos. Todos possuíam renda até um salário mínimo. Todas as moradias têm água distribuída pela rede geral, rede de esgoto e coleta de lixo. Um possuía ensino médio incompleto e os demais, ensino fundamental incompleto. Dois deles, apesar de fumarem e beberem, disseram não estar bebendo, nem fumando durante o tratamento. A principal forma de acesso à informação é a televisão e o rádio. As moradias têm de três a cinco cômodos e, a maioria, mais de cinco pessoas residindo. Os cômodos são minúsculos e em apenas uma percebeu-se que era bem ventilada. As demais eram totalmente insalubres, sem ventilação e muito escuras, ou seja, nenhuma luz solar.

Durante a pesquisa foi possível verificar que, em apenas uma família, quatro pessoas estavam em tratamento de tuberculose, a mãe, a filha, um adolescente e uma criança. Relata ainda que recentemente um dos filhos que estava realizando exames para confirmar a positividade da doença suicidou-se antes de receber os resultados dos exames, e não se sabe a causa. Percebeu-se que as condições em que vivem favorecem em muito a proliferação da doença, ou seja, condições de vida miseráveis.

Entretanto, deve-se deixar claro que, apesar dos números apontarem a maior ocorrência da doença nos bairros mais pobres, esta não é característica apenas desses. No depoimento de uma ex-portadora de tuberculose em Montes Claros, isso fica bem claro.

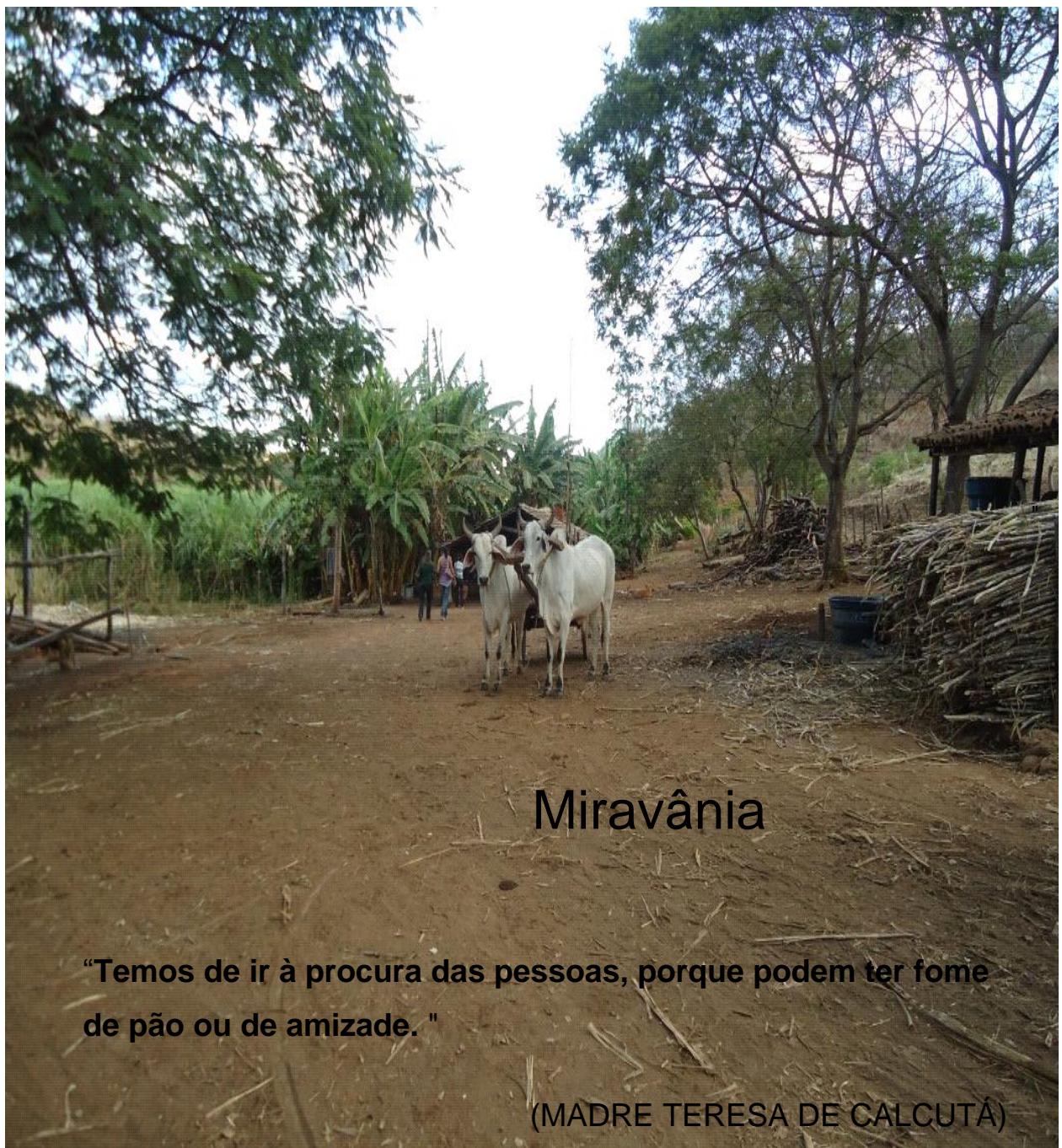
Em março de 2011, recebi o diagnóstico de tuberculose. Mas antes disso passei por vários médicos que não sabiam ao certo o que fazer comigo. Foram diversas suposições, todas incorretas. A total ignorância sobre a doença me assustou, pois sou profissional da saúde e percebi o quanto há dificuldade em detectar o diagnóstico [...]

Tive que seguir por uma dieta rigorosa, pois os efeitos colaterais dos medicamentos foram enfraquecendo-me. Ressalte-se que o tratamento deve seguir uma continuidade com acompanhamento médico [...] A importância do acompanhamento médico de forma direta é primordial para o paciente, pois o mesmo encontra-se sensível ao mundo interior e exterior. Foram nove meses de tratamento medicamentoso, e as dificuldades foram

superadas devido a persistência com uma boa alimentação e acompanhamento com alguns especialistas. Isso porque tenho boas condições sócioeconômicas, mas fico aqui imaginando quem não tem conhecimento, esclarecimento e condições sócioeconômicas a enfrentar tal situação, quando trabalhava no hospital via muitas pessoas serem internadas porque haviam abandonado o tratamento... e aí me pergunto será que foram essas pessoas que abandonaram o tratamento ou o tratamento que as abandonou...tiveram um acompanhamento médico adequado? Acompanhamento psicológico? Acompanhamento nutricional? Tratamento não é só colocar comprimidos na boca e pronto. Isso é descaso. E o descaso leva ao abandono (K. P. T. 34 ANOS, FISIOTERAPEUTA).

Esse depoimento transscrito na íntegra é revelador e deixa claro que a doença não vem sendo tratada com a observância necessária, e que é imprescindível uma reavaliação do atendimento aos sujeitos em tratamento de tuberculose. Veja, se essa ex-portadora de TB, instruída, com situação econômica que lhe possibilitou o tratamento adequado, ou seja, uma boa alimentação, transporte à sua disposição para ir e vir, bem como o acompanhamento médico necessário, teve todas essas dificuldades, imagine um indivíduo com situação adversa. Como enfrentar as dificuldades que a doença apresenta? Neste caso, o abandono do tratamento provavelmente ocorrerá.

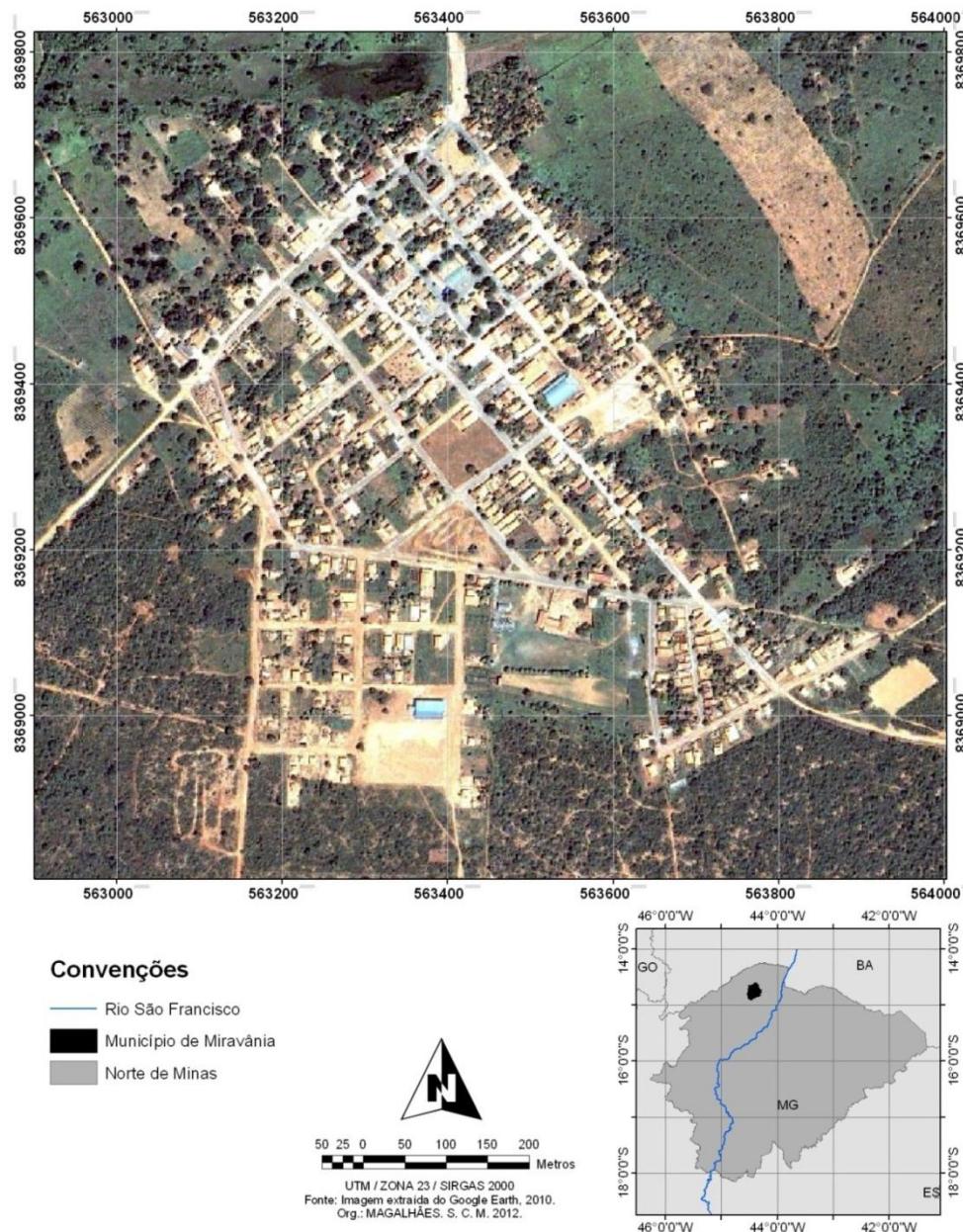
6.2 A Tuberculose no município de Miravânia



O município de Miravânia está situado no Norte do Estado de Minas Gerais, possui área territorial de 602,127 Km² e uma população de 4.549 habitantes com densidade demográfica de 7,55 hab./km². Quanto à população, por sexo, 50,2% são do sexo masculino e 49,8% do sexo feminino (IBGE, 2010).

A maior porcentagem da população está entre o grupo de idade de 25 a 39 anos, ou seja, 20,1%. Da população total, 1.079 habitantes residem na área urbana (23,7%) e 3.470 na zona rural (76,3%), o inverso da grande maioria dos municípios brasileiros, pois há concentração populacional na área rural. A taxa de analfabetismo da população de 15 anos ou mais de idade é de 26%, número bastante alto para um país que prega a redução do analfabetismo como prioridade do governo, o que confirma a existência de espaços desiguais no país. A taxa de alfabetização das pessoas de cinco anos ou mais de idade é 74,52% (IBGE, 2010).

Figura 27 - Carta Imagem do município de Miravânia, 2012



No que se refere ao saneamento, consta que, em 2000, a proporção de domicílios particulares permanentes com saneamento semiadequado era de 46,7% e, em 2010, essa porcentagem passa para 88,45%. Já o saneamento inadequado em 2000 era 50,9%, passa a 10,62% em 2010, isso quer dizer que alguns mecanismos em relação ao saneamento foram implementados no município. Entretanto, ao analisar os dados, observa-se que, dos domicílios existentes no município, apenas 0,93% possui saneamento de forma adequada (Tabela 8). Dos 1.181 domicílios

avaliados, existia água canalizada e alguma forma de abastecimento, porém apenas 834 faziam o abastecimento pela rede geral de distribuição (IBGE, 2010).

Tabela 8- Proporção de domicílio por tipo de saneamento

Situação	%
Adequado	0,93
Semi-adequado	88,45
Inadequado	10,62

Fonte: IBGE, 2010

A Tabela 9 mostra que, em Miravânia, dos 1.181 domicílios, a maioria possui sete cômodos, ou seja, 285 domicílios. Com três ou menos cômodos, são 52 domicílios.

Tabela 9- Domicílios particulares permanentes, por número de cômodos

Quantidade/domicílio	Cômodos
14	1
3	2
35	3
136	4
187	5
266	6
285	7
255	8

Fonte: IBGE, 2010

O número de dormitórios em cada domicílio é apresentado na Tabela 10 mostrando que, dos 1.181 avaliados, 334 pessoas residem em moradias com um dormitório, 394 com dois, 340 com três, 213 com quatro dormitórios (IBGE 2010).

Tabela 10 - Número de dormitórios nos domicílios

Domicílios	Dormitórios
334	01
394	02
340	03
213	04

Fonte: IBGE, 2010

No que se refere ao rendimento médio mensal das pessoas com dez anos ou mais de idade do sexo masculino, esta equivale a R\$ 530,86 e, das mulheres, a R\$ 456,87. De 1.639 pessoas pesquisadas, 755 tinham como principal atividade de trabalho a agricultura, a pecuária, a produção florestal ou pesca e aquicultura, ou

seja, na sua maioria atividades ligadas ao setor primário. O Índice de Desenvolvimento Humano - IDH é 0,64 (IBGE, 2000).

Quanto à atenção à saúde, os investimentos nesses serviços decorrentes do município são de R\$ 7.396,95, as transferências de recursos do SUS de R\$ 639.617,42 e a receita per capita do município de R\$ 1.829,62 em 2010 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

No município de Miravânia há quatro Unidades de Saúde, o Centro de Saúde de Miravânia (Figura 28), o Posto de Saúde de Panelinha, o Posto de Saúde de Virgílio, que atendem as complexidades ambulatoriais básica e média, e o PSF de Miravânia que atende apenas a atenção básica ambulatorial. Encontram-se em construção mais duas UBS. O número de equipes de Agentes Comunitários de Saúde e a cobertura populacional ultrapassa 95%. O município possui ainda uma equipe de saúde bucal e a cobertura de 75,8% da população.

Foto 24 - Centro de Saúde e Unidade Básica de Saúde de Miravânia



Autora: MAGALHÃES, S. C. M, 2012

Ao serem questionados sobre a atenção à saúde no município, todos os indivíduos entrevistados afirmaram que são muito bem servidos, que os medicamentos receitados pelos médicos são fornecidos gratuitamente na Farmácia dentro do posto (Figura 29). Sobre os medicamentos, a responsável pela farmácia informou que não faltam, que há todos os remédios receitados pelos médicos nesse estabelecimento. Os médicos têm uma relação dos medicamentos existentes nos postos, sendo assim, só receitam os que constam na lista. Não só na UBS do centro da cidade existe a farmácia, também nas UBS das comunidades, todas com bastante

medicamentos. Os entrevistados afirmaram ainda que são bem atendidos pelos profissionais de saúde e que não lhes falta nada.

Foto 25 - Centro de Saúde de Miravânia



Autora: MAGALHÃES, S. C. M, 2012

Contudo, foi informado que já aconteceu ficarem até seis meses sem um clínico geral no município, que os médicos costumam chegar em um dia e ir embora no outro. Coincidentemente, em um trabalho de campo nesse município, foi possível confirmar esse fato, pois nesse dia uma médica, que atendia o município há pouco tempo, fora embora, porém outro médico ocupava o seu lugar, juntamente com dois novos enfermeiros. Dessa forma, é impossível seguir o que preconiza a Estratégia Saúde da Família, pois devido a alta rotatividade dos profissionais de saúde no município, perde-se a possibilidade de conhecer a comunidade e atuar sobre os problemas detectados. Foi observado também que há certo investimento na infraestrutura para atendimento da população com a construção de uma nova UBS (Figura 30) que, de acordo com as informações dos profissionais de saúde, será mais bem estruturada.

Foto 26 - Unidade Básica de Saúde em Construção

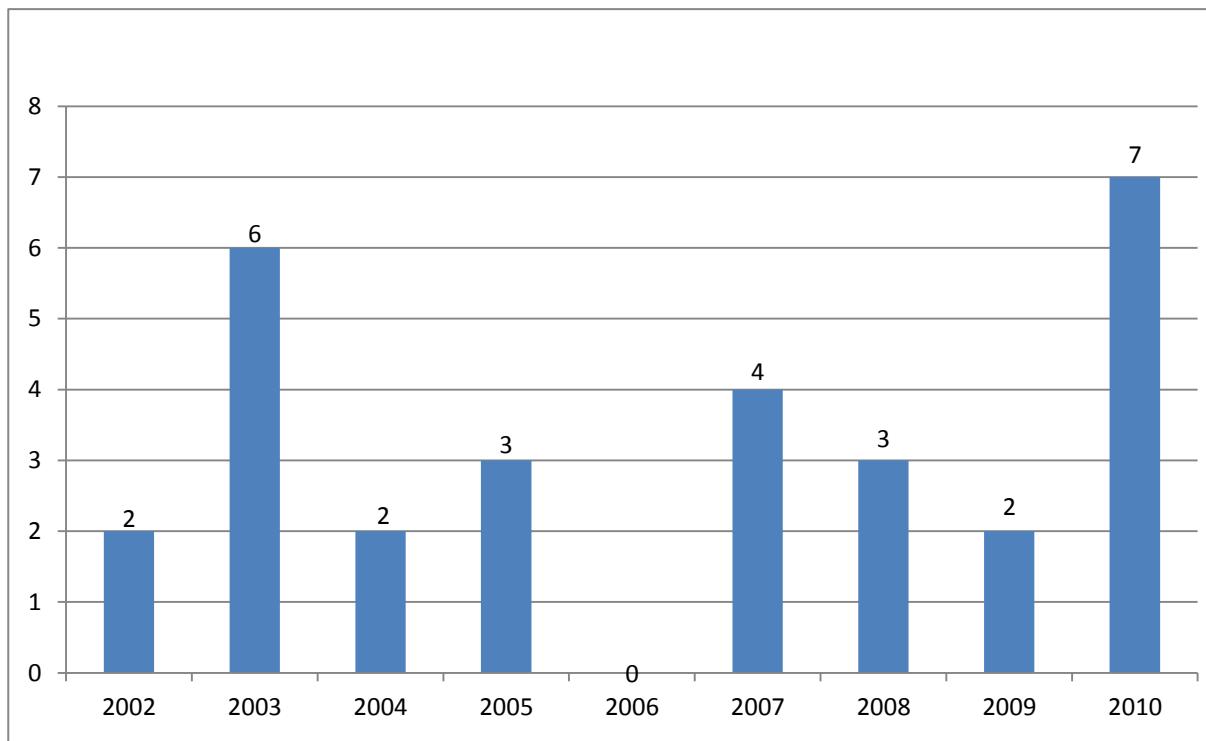


Autora: MAGALHÃES, S. C. M, 2012

Enfim, são vários os problemas encontrados, e o principal pensa-se ser a falta de conhecimento da população quanto aos seus direitos, além do fato de que, por ter condições de vida muito precárias, qualquer assistência passa a ser muito. Dessa forma, se satisfazem com muito pouco por entenderem que a prestação dos serviços de saúde disponibilizados “pela Prefeitura” é um favor e não um dever.

No que se refere a tuberculose, observa-se que, apesar de não apresentarem números alarmantes da doença, se for levado em consideração o total da população do município, esse número passa a representar uma alta incidência, ou seja, a maior incidência de toda a região Norte de Minas no ano de 2010. O Gráfico 9 mostra os casos novos de TB no período de 2002 a 2010.

Gráfico 9 - Casos novos de TB em Miravânia - 2002/2010

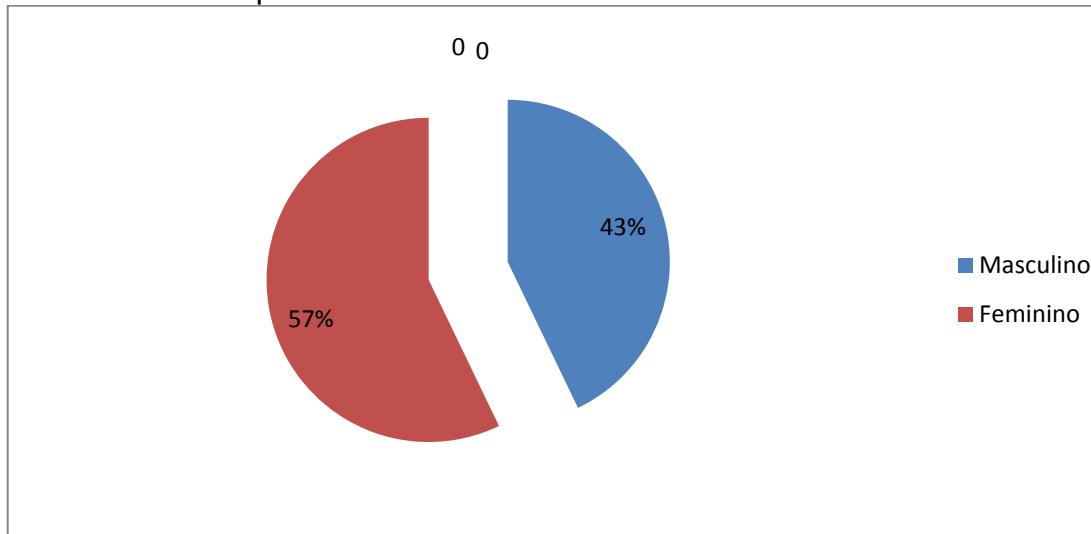


Fonte: GRS Januária, 2011

Observa-se que, no período analisado, a maior ocorrência de casos novos de tuberculose ocorreu em 2003 com seis casos, 2007 com quatro casos e 2010 com sete casos. Durante o período de 2002 a 2010, ocorreu apenas um óbito em 2004 por tuberculose pulmonar. Os demais portadores da doença foram todos curados.

O Gráfico 10 apresenta a porcentagem dos casos ocorridos em 2010 por sexo, sendo que 57% dos casos ocorreram em pessoas do sexo feminino e 43% em pessoas do sexo masculino.

Gráfico 10 - TB por sexo em Miravânia - 2010



Fonte: GRS Januária, 2011

Os pacientes com tuberculose em 2010 no município de Miravânia eram da faixa etária entre 48 e 77 anos. Em todos os casos a forma foi a pulmonar, porém em nenhum dos casos teve associação com a AIDS. Em todas as UBS do município há bastante informação visual sobre a tuberculose, conforme mostra a Figura 31, o que evidencia que não faltam informações à população. Na verdade em todos os domicílios visitados, a população demonstra que a tuberculose é sua velha conhecida e ações simples como o contato direto são evitados assim que suspeitam estar com a doença, ainda que não tenham tido confirmação médica.

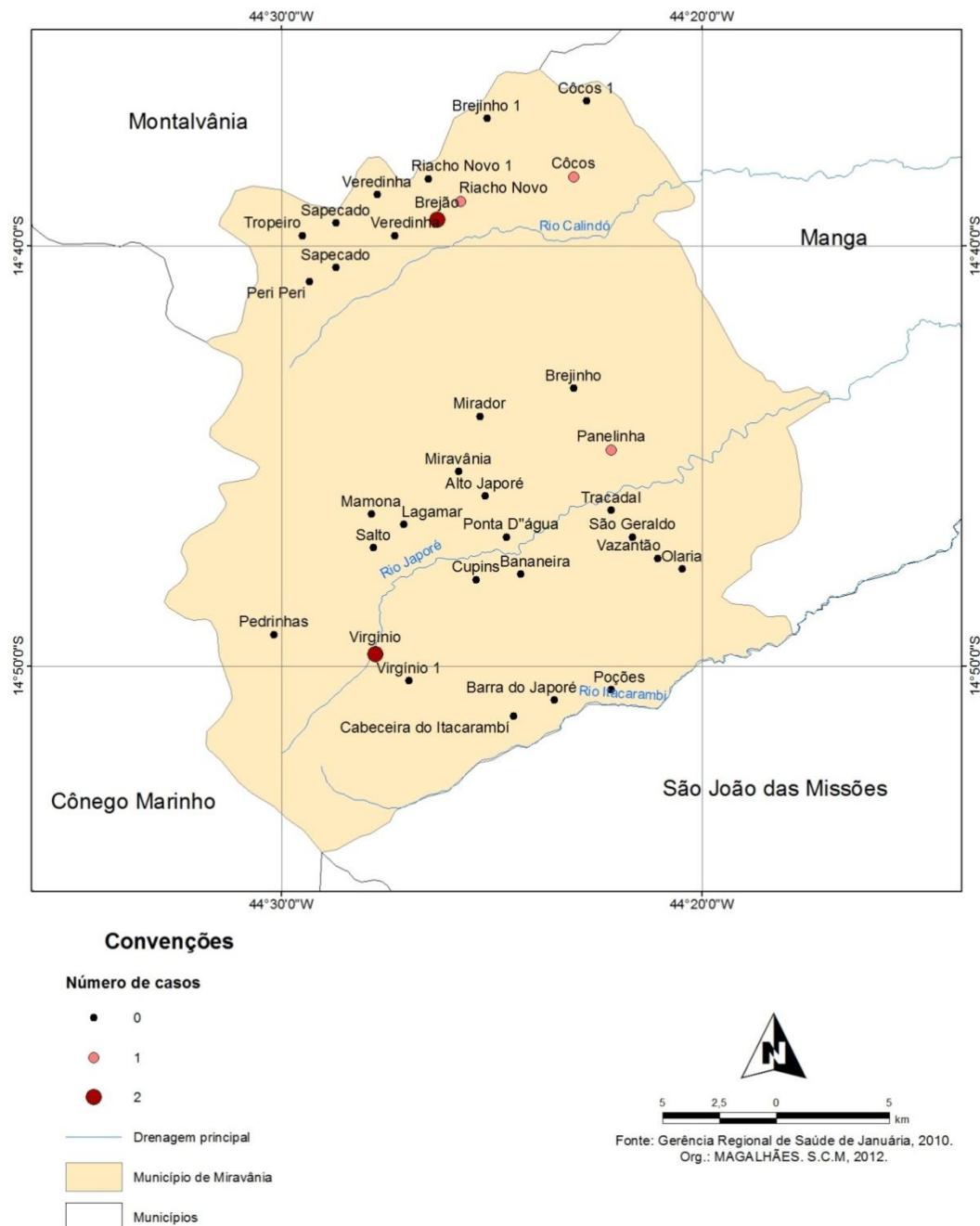
Foto 27 - Cartazes no Centro Municipal de Saúde de Miravânia e na UBS Antônio Lojor Ribeiro



Autora: MAGALHÃES, S. C. M., 2012

Em 2010, os casos de tuberculose no município de Miravânia estavam localizados em cinco áreas: Panelinha com um caso; Brejão com dois casos; Virgínio com dois casos; Cocos com um caso; e Riacho Novo com um caso (Mapa 19).

Mapa 19 - Casos de tuberculose no município de Miravânia - MG, 2010



Como pode ser observado, os casos de tuberculose estão localizados em todo o município, tanto na área urbana como na rural. O Agente de saúde responsável por

acompanhar os pacientes de tuberculose em Miravânia informa que faz a visita uma vez por mês aos portadores da doença, e que é extremamente difícil o acesso a determinadas áreas, faz o trajeto em uma moto. Destaca que é bastante crítica a situação dos pacientes com a doença no município de Miravânia. As condições pioram ainda mais quando se trata de doentes da zona rural que, além da dificuldade de renda suficiente que propicie uma boa alimentação, apresentam maior dificuldade de acesso aos Centros de Saúde para acompanhar o tratamento.

No mês de julho de 2012, estavam em tratamento quatro pacientes, sendo três na zona rural e um na urbana. Entretanto, o agente de saúde já detectou nesse mesmo período oito casos suspeitos da doença. Encontra-se em avaliação, entre esses, uma criança de 11 anos como Sintomáticos Respiratórios - SR. O agente relata as condições de vida de uma portadora da doença que teve a casa queimada, morrendo seus parentes, um homem e uma mulher; a casa tinha condições muito precárias. Porém acredita que a paciente em tratamento só terá chance de cura “[...] se fizer o tratamento todo de novo, por que o problema são as condições em que ela vive”. Sendo assim, é possível verificar que são as condições de vida que favorecem os casos de recidiva no município, tendo sido informado que há uma alta incidência desse agravo.

Os exames para a confirmação da doença não são realizados em Miravânia. Nesse município só é feita a coleta do material que é enviado para Montalvânia, fato que pode acarretar em alteração do material a ser examinado e apresentar resultados falsos-negativos.

Dos quatro pacientes em tratamento (julho de 2012) foram detectadas as seguintes situações: todos possuem mais de 50 anos; são todos do sexo masculino; dois são analfabetos e dois possuem ensino fundamental incompleto; as moradias são próprias, com duas ou três pessoas residindo e possuem mais de cinco cômodos; a renda familiar varia entre $\frac{1}{2}$ a 3 salários mínimos; possuem televisão e rádio como principal forma de acesso à informação.

O perfil dos portadores de tuberculose pode ser assim definido: Portador 1: era alcoolatra e por isso faz o tratamento supervisionado. Informa que a esposa faleceu

de tuberculose, pois quando ficou doente se recusou a fazer os exames e o tratamento. Considera a assistência à saúde do município muito boa. Afirma não ter dificuldade para fazer o tratamento e não sentir os efeitos colaterais dos medicamentos. Entretanto é visível que tem poder aquisitivo baixo e condições de vida bem precárias, como apresentada na Figura 32.

Foto 28 - Moradia de portador de Tuberculose1



Autora: MAGALHÃES, S. C. M, 2012

Portador de tuberculose 2: afirma ter encontrado muita dificuldade em decorrência da doença, principalmente no que se refere ao diagnóstico. A demora em detectar a tuberculose acarretou em diversos problemas. Ficou hospitalizado por 15 dias, sendo medicado para outras patologias, chegou a ser medicado com 25 benzacetil. Voltou para casa, não melhorando.

Fiquei Internado em Montes Claros mais 16 dias, tratando de outra doença e não melhorei, voltei para casa. Fui para Montalvânia fazer mais exames, fiz seis Raio X, que não mostrou a doença, tive que tomar dinheiro emprestado para pagar outro, pois o médico disse que os que fiz não tavam bons, foi aí que o médico descobriu que era tuberculose (sic).

Iniciou o tratamento em Montalvânia, porém por ser de Miravânia foi encaminhado para fazer o tratamento no município de residência. Aponta ainda que “*a gente sofreu demais, para fazer os exames, até chegar a posição que tou, foi muito sofrido*” (sic). Apesar disso, a esposa ainda não fez exames para saber se é portadora ou não de tuberculose, realizou apenas consulta com clínico geral, o que não fornece subsídio para afirmar que não está com a doença. Apesar da sua residência não parecer tão precária, esse cidadão diz que a renda familiar depende do que a terra produz. Em uma região sujeita a irregularidades e má distribuição das

chuvas, é difícil prever se a colheita será boa ou não, por isso, diz passar por muitas dificuldades.

Foto 29 - Moradia de portador de Tuberculose 2



Autora: MAGALHÃES, S. C. M, 2012

Portador de tuberculose 3: afirmou ter encontrado muita dificuldade até o diagnóstico da tuberculose. Por não estar se sentindo bem, foi a Montes Claros fazer uma consulta, o médico receitou um medicamento, depois de ingeri-lo, começou a passar muito mal. Ainda que estivesse bastante debilitado passou por vários hospitais até conseguir internação. Relatou que: “[...] eu tava morre, não morre, muita dor de cabeça, febre, a barriga crescono e provocano muito, mas só consigui internar uma semana depois” (sic). Após ser hospitalizado, passou 80 dias internado, entre diagnóstico, cirurgia e restabelecimento. “Mesmo internado tive que sair do hospital e pagar um exame fora, por que me falaram que tinha muita gente na minha frente e que ia demorar muito”. Após quatro meses de tratamento, afirma continuar “[...] enjoando muito, um fogão no estombo e dor de cabeça, mas já tô ganhano peso” (sic). Vê-se que, sem alimentação adequada e um tratamento humanizado, é muito difícil vencer a luta contra a tuberculose. Quanto a isso, as precárias condições de vida dessa população impossibilitam essas condições e consequentemente a esperança de erradicação da doença.

As informações fornecidas pelos profissionais de saúde do município e pela população local foram essenciais para o conhecimento das dificuldades que os cidadãos passam. Uma Agente de Saúde relatou:

[...] aqui tudo é muito difícil, as pessoas são muito necessitadas, falta tudo, é difícil o acesso a tudo, dificuldade de transporte, a ambulância é só os casos que consideram emergência, o abandono do tratamento de tuberculose é pela dificuldade de ir em busca do tratamento. As condições de moradia também são miseráveis, fui visitar um doente de tuberculose que morava num barraquinho beirando o chão mesmo, aí arrumei uma casinha que estava abandonada e coloquei ele, como ele não melhorava, eu levei para Miravânia para fazer o tratamento, só aí ele foi curado (sic).

Além de tudo isso, foi observado que no município se encontram muitos pacientes resistentes ao tratamento, principalmente os alcoólatras, que são muitos. Na verdade, em Miravânia, assim como em diversos municípios do Norte de Minas, a precariedade das condições de vida da população é a principal causa da alta incidência de doenças, principalmente as infectocontagiosas e parasitárias. No que se refere à tuberculose, acredita-se que o número seja muito maior do que os apresentados pelos órgãos públicos, sendo comum em uma região com características marcantes de alta incidência de doenças por causas mal definidas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para identificar os fatores determinantes da ocorrência de tuberculose no Norte de Minas Gerais foi necessário o uso de aportes teórico-metodológicos diversos incluindo não só estudos da Ciência Geográfica, como também das Ciências da saúde. Vale ressaltar que a relevância da Geografia no campo da saúde se deve ao fato do processo de espacialização das doenças estarem intrinsecamente ligado aos fatores econômicos, sociais, políticos e culturais em diversas escalas, como também, às transformações socioespaciais que de alguma forma comprometem a qualidade de vida dos seres humanos.

Na verdade diferentemente da categoria espaço, a categoria território somente nas últimas décadas do século XX despertou o interesse de pesquisadores que passaram a utilizá-la nos seus estudos.

Nesse contexto as categorias geográficas espaço e território vêm sendo utilizadas principalmente pela epidemiologia para explicar os processos de adoecimento dos indivíduos em espaços distintos.

Vale ressaltar que a relação do homem com o espaço e a ocorrência de doenças é uma preocupação que pode ser encontrada desde Hipócrates (480 a.C) quando apontava a necessidade de se conhecer melhor acerca dos efeitos das mudanças de estações, dos ventos, das várias espécies de águas, da situação das cidades, da natureza dos solos e os efeitos dos modos de vida para a saúde. Assim, fica claro que dependendo da relação do homem com o seu espaço, este vai propiciar condições para a ocorrência de espaços saudáveis ou não. Observa-se que as transformações no meio ambiente ocorridas ao longo da história confirmam a atualidade do pensamento de Hipócrates, já que essas alterações apontam para a necessidade de reavaliar os modos de vida dos indivíduos, no sentido de possibilitar ambientes mais benéficos.

Nessa perspectiva, o sistema de saúde vigente no Brasil é resultado de debates surgidos nas diversas conferências realizadas em vários países do mundo que culminaram em importantes documentos como o Relatório Lalonde, carta de Ottawa

e Declaração de Alma-Ata. Entretanto, os avanços oriundos dessas Conferências, apesar de significar progressos imprescindíveis para o que representa a saúde no Brasil na atualidade, há lacunas expressivas quanto à efetivação das metas previstas nas referidas Conferências que envolvem principalmente as questões referentes aos cuidados primários com a saúde e à justiça social.

No caso do Brasil, com a criação do Sistema Único de Saúde - SUS foi assegurado a todo cidadão o acesso à saúde com atendimento público obrigatório e gratuito. Nesse sistema, todos os brasileiros têm direito à promoção, proteção e recuperação da saúde, de forma integral, sem distinção de classes sociais, sexo, etnia, religião, idade ou poder aquisitivo. Porém, apesar de ser considerado um dos melhores sistemas de saúde do mundo, sendo referência para diversos países, há dificuldades, como por exemplo, a universalização do acesso que exige altos investimentos; despreparo dos gestores municipais da saúde; ineficiência e baixa resolutividade no atendimento. Assim, a oferta dos serviços de saúde está aquém das necessidades da população, principalmente em regiões onde os investimentos são baixos ou mal geridos, os programas, projetos e ações são insuficientes ou ineficientes, como é o caso do Norte de Minas.

A atenção primária, recomendada nas Conferências Internacionais de Saúde preconiza ações de vigilância e promoção da saúde no território. Entretanto, no nível municipal, o modelo biomédico se impõe, e a prioridade é a atenção médica hospitalar e a medicalização, em detrimento das ações de promoção da saúde. Dessa forma é imprescindível a reestruturação dos serviços de saúde, para valorizar mais a atenção primária e as estratégias e ações que considerem o território e as condições de vida das populações.

As políticas públicas de saúde, assim como os demais serviços públicos necessários a uma boa qualidade de vida são desigualmente distribuídas no país. Em grande parte, a emergência e a reemergência de doenças infecciosas como a tuberculose está condicionada pelo contexto das condições de vida e trabalho das populações e pelo acesso aos serviços de saúde. As regiões Norte e Nordeste do Brasil, incluindo aí o Norte de Minas Gerais, por exemplo, são locais que necessitam de um olhar mais cuidadoso, tendo em vista as carências econômicas da maior parte da

população e a fragilidade dos serviços públicos de saúde que não são suficientes para atender a grande demanda.

A tuberculose está condicionada a uma série de fatores, que incluem tanto as condições socioeconômicas, como políticas, culturais e ambientais. Assim, apesar de ocorrer em quase todo o planeta, é nos locais onde estão as populações mais pobres que a tuberculose se apresenta com maiores incidências, como é o caso da África, Ásia e diversos países da América Latina. O quadro se agrava quando a tuberculose é associada a outras doenças como a AIDS, que na atualidade trás grande preocupação ao setor de saúde, pois apresenta alta incidência entre os doentes de TB, principalmente na África.

Lugares como o Norte de Minas, são pródigos na ocorrência de doenças negligenciadas, pois apresentam todos os fatores que possibilitam a ocorrência dessas doenças, representando grandes desafios para os gestores da saúde.

Embora ocorra em todo o Norte Mineiro, a tuberculose apresenta especificidades em alguns municípios como, por exemplo, São João das Missões que além do baixo poder aquisitivo da população, abriga uma comunidade indígena que dificulta o controle da doença por questões culturais. Nos municípios de Manga e Santa Fé de Minas, a dificuldade está na localização geográfica e no difícil acesso, por falta de boas estradas; Montes Claros que por apresentar um contingente populacional bastante expressivo, rede urbana mais densa com fluxos mais intensos, apresenta também maior número de contatos; Em Miravânia que além de abrigar uma população altamente vulnerável, possui maior população na zona rural, com difícil acesso aos serviços de saúde.

Constatase que o doente de tuberculose no Norte de Minas Gerais, como em demais áreas do país, não é tratado como deveria. Os pacientes não estão recebendo o acolhimento, o acompanhamento médico adequado, o atendimento psicológico e nutricional, tão importantes para o enfrentamento da doença.

A situação desses pacientes é muito crítica, piorando quando se trata de moradores da zona rural, pois, além de não possuírem boa alimentação, ainda têm dificuldade

de acesso aos locais de tratamento da doença. Os agentes de saúde e técnicos fazem o possível para amenizar o sofrimento e as dificuldades dos tuberculosos, mas nem sempre conseguem obter bons resultados.

O quadro se agrava ainda mais com a resistência dos pacientes ao tratamento da doença, principalmente, os alcoólatras. Observou-se que a precariedade das condições de vida da população é a principal causa da alta incidência de doenças, principalmente as infectocontagiosas e parasitárias. Pelos relatos e observações, além de dados que demonstram grande número de subnotificações e altos índices de doenças com causas mal definidas no Norte de Minas, acredita-se que a quantidade de casos de tuberculose pode ser bem maior do que os registrados.

Diante do exposto, é urgente a reavaliação e reestruturação das medidas de controle de tuberculose no Norte de Minas Gerais, em razão da pouca efetividade do Programa Nacional de Controle da Tuberculose na região. Assim, alguns pontos devem ser revistos:

- I) Não só os agentes de saúde, mas também os gestores municipais necessitam ser capacitados para compreenderem melhor o Plano Nacional de Controle da Tuberculose;
- II) É imprescindível traçar estratégias e empenhar-se para cumprir as metas pactuadas para o controle da doença;
- III) É necessário analisar as prioridades de investimento para a saúde na região;
- IV) Os recursos financeiros devem ser geridos adequadamente e;
- V) A fiscalização deve ser uma das formas de controle dos gastos.

Enfim, acredita-se que, além da melhoria das ações e práticas de saúde do Programa Nacional de Controle da Tuberculose, a melhoria das condições de vida da população da macrorregião Norte de Minas Gerais seja a principal estratégia de combate à tuberculose. Os investimentos em ações como saneamento básico, moradia de qualidade, emprego, renda, educação e outros mecanismos que possibilitem transformações sociais importantes e duradouras serão essenciais nessa direção.

O SUS é uma grande conquista e não podemos retroceder. Os princípios e definições que lhe dão conteúdo indicam uma concepção de saúde adequada ao nosso tempo, com prioridade para a atenção primária, a partir da vigilância e da promoção da saúde. Entretanto, em nível local, o SUS continua hegemonicamente biomédico, medico-assistencialista, curativo e hospitalocêntrico. Há um descompasso imenso entre a teoria e a prática, entre a concepção e a ação.

É preciso transformar as ações e práticas de saúde, reorganizando o trabalho nas unidades locais de atendimento, para incorporar as políticas de saúde do SUS nas unidades locais de atenção à saúde, para melhorar as condições de saúde da população.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, M. C. de. **O nordeste e a questão regional**. São Paulo: Ática, 1993.
- ANDRADE, Maria Elaine Brito de. Geografia médica: origem e evolução. In: BARATA, Rita Barradas; BRICEÑO-LEÓN, Roberto (Orgs.). **Doenças endêmicas, abordagens sociais, culturais e comportamentais**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.
- ARAÚJO, Marise Helena de; AUGUSTO, Lia Giraldo da Silva. **Conceito de território e implicações para a saúde e o desenvolvimento sustentável**. 2004. Disponível em: <<http://www.fesfsus.net.br/.../...>>. Acesso em: 03/08/2012.
- BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria. História das políticas de saúde no Brasil: a trajetória do direito à saúde. In: MATTA, Gustavo Corrêa; PONTES, Ana Lúcia de Moura (Orgs.). **Políticas de saúde: organização e operacionalização do sistema único de saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV / Fiocruz, 2007.
- BARCELLOS, Christovam. Os indicadores da pobreza e a pobreza dos indicadores: uma abordagem geográfica das desigualdades sociais em saúde. In: BARCELLOS, Christovam (Org.). **A Geografia e o contexto dos problemas de saúde**. Rio de Janeiro: ABRASCO/ICICT/EPSJV, 2008.
- BARCELLOS, Christovam. Debate sobre o artigo de Dina Czeresnia & Adriana Maria Ribeiro. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, jul./set. 2000.
- BARCELLOS, C.; MONKEN, M. O território na promoção e vigilância em saúde. In: BARCELLOS, Christovam de Castro et al. Organização espacial, saúde e qualidade de vida: análise espacial e uso de indicadores na avaliação de situações de saúde. **Informe Epidemiológico do SUS**, Rio de Janeiro, 2002.
- BARCELLOS, Christovam; MONKEN, Maurício. O território na promoção e vigilância em saúde. In: FONSECA, Angélica Ferreira (Org.). **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.
- BARRÊTO, Anne Jaquelyne Roque. **Retardo no diagnóstico da tuberculose e a infância dos aspectos**. João Pessoa: [s.n.], 2010.
- BECKER, Daniel. **No seio da família**: amamentação e promoção da saúde no Programa de Saúde da Família. Rio de Janeiro, 2001. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 2001. 117 págs.
- BERTOLOZZI, Maria Rita; GRECO, R. M. As políticas de saúde no Brasil: reconstrução histórica e perspectivas atuais. **Rev. Esc. Enf. USP**, São Paulo, v. 30, n. 3, p.380-98, dez. 1996.
- BONFIM, Cristine; MEDEIROS, Zulma. Epidemiologia e geografia: dos primórdios ao geoprocessamento. **Revista Espaço para a Saúde**, Londrina, v. 10, n. 1, p. 53-62, dez. 2008.

BORGES, Maristela Correa. Da observação participante a participação observante-uma experiência de pesquisa qualitativa. In: RAMIRES, Júlio Cesar de Lima; PESSOA, Vera Lucia Salazar (Orgs.). **Geografia e pesquisa qualitativa – nas trilhas da investigação**. Uberlândia-Assis: Assis, 2009.

BOUSQUAT, Aylene. **Para a incorporação do espaço no estudo da saúde**. São Paulo, 2000. 243. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 2000.

BOUSQUAT, Aylene; COHN, Amélia. A dimensão espacial nos estudos sobre saúde: uma trajetória histórica. **Revista História, Ciências e Saúde**, Manguinhos-RJ, v. 11, n. 3, p. 549-68, set./dez. 2004.

BRANDÃO, Carlos Rodrigues. **A pergunta a várias mãos**: a experiência da pesquisa no trabalho do educador. Saber com o outro. São Paulo: Cortez, 2003.

BRASIL. **Caminhos do direito à saúde no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa, Editora do Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Promulgada em 5 de outubro de 1988. Contém as emendas constitucionais posteriores. Brasília, DF: Senado, 1988.

BRASIL. **Decreto 5.156, de 8 de março de 1904**. Dá novo regulamento aos serviços sanitários a cargo da União. Rio de Janeiro: Ministério de Estado da Justiça e Negócios Interiores.

BRASIL. **Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências, 1990. Disponível em <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf>>. Acesso em: 19/01/2011.

BRASIL. **Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências, 1990. Disponível em <<http://www.saude.al.gov.br/ceslein8142de28dedezembrode1990-31-07-2009>>. Acesso em: 19/01/2011.

BRASIL. **Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica, 2011.

BRASIL. **Manual nacional de vigilância laboratorial da tuberculose e outras micobactérias**. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Carta dos direitos dos usuários da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Entendendo o SUS.** Brasília: Assessoria de Imprensa, 2006. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=136>. Acesso em: 12/10/2011c.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Caminhos do direito à saúde no Brasil.** Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Regionalização da assistência à saúde:** aprofundando a descentralização com eqüidade no acesso: Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/01 e Portaria MS/GM n. 95, de 26 de janeiro de 2001 e regulamentação complementar. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência. **Regionalização da assistência à saúde:** aprofundando a descentralização com eqüidade no acesso: Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/02 e Portaria MS/GM n. 373, de 27 de fevereiro de 2002 e regulamentação complementar. 2. ed. ver. e atual. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Doenças infecciosas e parasitárias:** guia de bolso. 8. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Guia de Vigilância Epidemiológica.** 7. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Programa Nacional de Controle da Tuberculose.** Brasília: 2011d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Manual nacional de vigilância laboratorial da tuberculose e outras micobactérias.** Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil.** Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Sistema Nacional de vigilância em saúde:** relatório de situação: Minas Gerais. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Tratamento diretamente observado (TDO) da**

tuberculose na atenção básica: protocolo de enfermagem. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b.

BRASIL. Promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar. Manual técnico/Agência Nacional de Saúde Suplementar. 2. ed. rev. e atual. Rio de Janeiro: ANS, 2007b.

BRASIL. Relatório de situação: Minas Gerais. 2. ed. Brasília: Ministério da Ministério da Saúde, 2006c.

BRASIL. Regionalização da assistência à saúde: aprofundando a descentralização com eqüidade no acesso: Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/01 e Portaria MS/GM nº 95, de 26 de janeiro de 2001 e regulamentação complementar. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, 2001.

BRASIL. Resolução n. 1.451, de 27 de dezembro de 1985.**Diário Oficial da União**, Brasília, Seção I, p. 3666, 17 mar. 1995.

BRASIL. O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios. 3. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009a.

BRASIL. Tratamento diretamente observado (TDO) da tuberculose na atenção básica: protocolo de enfermagem. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica, 2011.

BUSS P. M. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: CERESNIA, Dina; FREITAS, C. M. (Orgs.). **Promoção da saúde**. Conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 15-38.

CARDOSO, José Maria Alves. A Região Norte de Minas Gerais – um estudo da dinâmica de suas transformações espaciais. In: RODRIGUES, Luciene. **A formação econômica do norte de Minas e o período recente**. Formação econômica e social do norte de Minas. Montes Claros: Unimontes, 2000, p.105-170.

CARTA DE OTTAWA. 1ª conferência internacional sobre promoção da saúde. Canadá, 1986. Disponível em: <http://www.saudepublica.web.pt/05-PromocaoSaude/Dec_Ottawa.htm>. Acesso em: 14/03/2012.

CARVALHO, Marcos Bernardino. Geografia: ciência da complexidade. **Boletim Paulista de Geografia**, São Paulo: AG, n. 83, p.141-162, 2005.

CDC - Centers for Disease Control and Prevention. **Addressing emerging infectious disease threats:** a prevention strategy for the United States. Georgia: NCID/CDC, 1994.

CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, jul./set. 1997.

CLAVAL P. **Espaço e poder**. Rio de Janeiro: Zahar, 1979.

CLAVAL, Paul. **La géographie au temps de La chute dês murs**. Essais et études. Paris: L'Harmattan, 1993.

CNES/DATASUS. Disponível em: <<http://cnes.datasus.gov.br/>>. Acesso em 15/08/2012.

COELHO, Ivan Batista. Democracia sem equidade: um balanço da reforma sanitária e dos dezenove anos de implantação do Sistema Único de Saúde no Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, Jan. 2010.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **CNS discute o panorama da tuberculose no Brasil**. 219 Reunião Ordinária do CNS, 2011. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/17_mar_tuberculose.html> Acesso em: 22/02/2012.

CORREA, Carlos Roberto Silveira; RANGEL, Humberto de Araújo; SPERANDIO, Ana Maria Girotti. Evolução das políticas públicas de saúde no Brasil. In: CORREA, Carlos Roberto Silveira. (Org.). **Campinas no rumo das comunidades saudáveis**. Campinas: IPES Editorial, 2004.

CORRÊA, Roberto Lobato. Espaço, um conceito-chave da Geografia. In: GOMES, Iná Elias de Castro; COSTA, Paulo César da; CORRÊA, Roberto Lobato. **Geografia: conceitos e temas**. 8. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2006. P. 15-47.

COSTA, Maria Clélia Lustosa. A cidade e o pensamento médico: uma leitura do espaço urbano. **Revista de Geografia da UFC**, Fortaleza, n. 2, ano 1, 2002.

COSTA, Maria da Conceição Nascimento; TEIXEIRA, Maria da Glória Lima Cruz. A concepção de “espaço” na investigação epidemiológica. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 271-279, abr-jun. 1999.

COSTA, Vanda Aparecida; MAGALHÃES, Sandra Célia Muniz. Programa Saúde da Família no Município de Pirapora – Norte de Minas Gerais - Brasil: possibilidades e limites em saúde. **Revista Geográfica de América Central**, Costa Rica, 2011. (Número Especial EGAL).

CZERESNIA, Dina. Comentários sobre a tendência secular da tuberculose. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 4, out./dez. 1988.

CZERESNIA, Dina; RIBEIRO, Adriana Maria. 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.

CZERESNIA, Dina; RIBEIRO, Adriana Maria. O conceito de espaço na epidemiologia das doenças infecciosas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 585-593, 1997.

DA MATTA, Roberto. **Carnavais, malandros e heróis**. Rio de Janeiro: Zahar, 1981.

DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA. Conferência Internacional sobre os cuidados de saúde primários. Cazaquistão, 1978. Disponível em: <http://www.saudepublica.web.pt/05-PromocaoSaude/Dec_Alma-Ata.htm>. Acesso em: 14/03/2012.

DUTRA, Elisabete Costa Reiset al. Experiência de sucesso na implantação de leitos de unidade de terapia intensiva adulta no Norte de Minas Gerais. **RAHIS - Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde**, Belo Horizonte, v. 6, p. 44-56, jan./jun. 2011.

FARIA, Rivaldo Mauro; BORTOLOZZI, Arlêu de. Espaço, território e saúde: contribuições de Milton Santos para o tema da geografia da saúde no Brasil. **Revista RA'EGA: O Espaço Geográfico em Análise**, Curitiba, v. 17, 2009.

FERNANDES, Tania Maria Dias. et al. **Memória da tuberculose**. Fiocruz/Funasa. Rio de Janeiro, 1993. Disponível em: <<http://www.cocsite.coc.fiocruz.br/tuberculose/menu.htm>>. Acesso em: 22/04/2011.

FERREIRA, Marcelo Urbano. Epidemiologia e geografia: o complexo patogênico de Max. Sorre. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, jul./set. 1991.

FINKELMAN, Jacobo (Org.). **Caminhos da saúde pública no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

FONSECA, Angélica Ferreira (Org.). **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 1997.

FOUCAULT, Michel. O nascimento da medicina social. In: _____. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1988.

FREITAS, Carlos Machado de; PORTO, Marcelo Firpo de Souza. **Saúde, ambiente e sustentabilidade**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Casa de Oswaldo Cruz Memória da Tuberculose: acervo de depoimentos/Tania Maria Dias Fernandes (Coord.), Dilene Raimundo do Nascimento, Anna Beatriz de Sá Almeida e Lorelai Brilhante Kury. Rio de Janeiro: FIOCRUZ: Casa de Oswaldo Cruz/ Fundação Nacional de Saúde: Centro de Referência Prof. Hélio Fraga: Coordenação Nacional de Pneumologia Sanitária, 1993.

FUNDO GLOBAL TUBERCULOSE BRASIL. Tuberculose: Minas Gerais é destaque no enfrentamento da doença no Sudeste. **Notícias**, 28 maio 2009. Disponível em: <http://www.fundoglobaltb.org.br/site/noticias/mostraNoticia.php?Section=5&id_content=992>. Acesso em: 28/02/2012.

GARCIA, Ana Cristina. **Conferência sobre a saúde e seus determinantes**. Apresentação PowerPoint para o curso de especialização de administração hospitalar. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública (UNL), 2006.

- GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa.** São Paulo. Atlas, 1991.
- GONÇALVES, Carlos Walter Porto. As Minas e os Gerais: breve ensaio sobre desenvolvimento e sustentabilidade a partir da Geografia do Norte de Minas. In: LUZ, Cláudia; DARYRELL, Carlos (Org.). **Cerrado e desenvolvimento:** tradição e atualidade. Montes Claros: CAA-NM/ Rede Cerrado, 2000. p. 19-45.
- GONÇALVES, H. A tuberculose ao longo dos tempos. **História, Ciências, Saúde - Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. VII, n. 2, p. 303-25, jul./out. 2000.
- GUIMARÃES, Raul Borges. **Regionalização da saúde.** 2007. Disponível em <<http://www.geosaude.cict.fiocruz.br/simposio/xris/Raul%20Guimar%C3%A3es.pdf>>. Acesso em 09/09/2010.
- GUIMARÃES, Raul Borges. Saúde urbana: velho tema, novas questões. Paradigmas da Geografia. **Terra Livre**, São Paulo, n. 17, 2001. P. 1- 28.
- HAESBAERT, Rogério. **O mito da desterritorialização:** do “fim dos territórios” à multi-territorialidade. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2004.
- HAESBAERT, Rogério. **Dos múltiplos territórios à multiterritorialidade.** Porto Alegre, 2004. Disponível em: <<http://www6.ufrrgs.br/petgea/Artigo/rh.pdf>>. Acesso em: 07/2012.
- HARVEY, D. **A condição pós-moderna.** São Paulo: Loyola, 1996.
- HIJJAR, Miguel Aiub et al. Retrospecto do controle da tuberculose no Brasil. **Rev Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 41, Supl. 1, p. 50-58, 2007.
- HIJJAR, Miguel Aiub; OLIVEIRA, Maria José Procopio; TEIXEIRA, Gilmário M. A tuberculose no Brasil e no mundo. **Boletim de Pneumologia Sanitária**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, jul./dez. 2001.
- HOCHMAN, Gilberto. **A era do saneamento:** as bases da política de saúde pública no Brasil. São Paulo: Hucitec, 1998.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo 2000.** Rio de Janeiro: IBGE, 2000.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Divisão Regional do Brasil em mesorregiões e microrregiões geográficas.** Rio de Janeiro: IBGE, 1990. (Volume1).
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Divisão Regional do Brasil em mesorregiões e microrregiões geográficas.** Rio de Janeiro: IBGE, 2010.

JORNAL HOJE EM DIA. 29/08/2012. Disponível em:<<http://www.hojeemdia.com.br/minas/mulher-espera-vaga-em-hospital-psiquiatrico-presa-a-cama-em-montes-claros-1.27634>>. Acesso em 20/09/2012.

LACAZ, Carlos da Silva; BARUZZI, Roberto Geraldo; SIQUEIRA JÚNIOR, Waldomiro. **Introdução à geografia médica no Brasil**. São Paulo: Edgard Blucher, 1972.

LACOSTE, Y. A pesquisa e o trabalho de campo: um problema político para os pesquisadores, estudantes e cidadãos. **Boletim Paulista de Geografia**, São Paulo, n. 84, p. 52-77, jul. 2006.

LACOSTE, Yves. **A geografia**. Isso serve, em primeiro lugar, para fazer a guerra. Tradução de Maria Cecília França. Campinas: Papirus, 1988.

LALONDE, M. **A new perspective on the health of Canadians**. Ottawa: Health and Welfare Canada, 1974.

LEFEBVRE, Henri. **A revolução urbana**. Tradução de Sergio Martins. Belo Horizonte: UFMG, 1999.

LEFEBVRE, Henri. **The production of space**. Cambridge: BlackwellPublishers, 1991.

LEITE, M. E. Geotecnologias aplicadas ao estudo do espaço urbano: o caso da especulação imobiliária em Montes Claros. **Revista Cerrados** (Unimontes), Montes Claros, v. 4, p. 69-80, 2006.

LEITE, Marcos Esdras; PEREIRA, Anete Marília. **Leituras geográficas sobre o Norte de Minas Gerais**. Montes Claros: Editora Unimontes, 2004.

LEITE, Romana de Fátima Cordeiro. **Norte de Minas e Montes Claros**: o significado do ensino superior na (re) configuração da rede urbana regional. Uberlândia, 2003. 191 f. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal de Uberlândia, 2003.

LIMA, Helidéa de Oliveira. Fortalecimento e qualificação da Rede hospitalar – PRO-HOSP. In: MARQUES, A. J. de S. et al. **O Choque de Gestão na Saúde em Minas Gerais**. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2009.

LIMA, Nísia Trindade. O Brasil e a organização Pan-americana da saúde: uma história em três dimensões. In: FINKELMAN, Jacobo. (Org.). **Caminhos da saúde pública no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

LIMA, Samuel do Carmo; GUIMARÃES, Raul Borges. Determinação social no complexo tecno-patogênico informacional da malária. **HYGEIA, Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, Uberlândia, v. 3, n. 5, p. 58-77, 2007. ISSN: 1980-1726.

LUNA, Expedito J. A. A emergência das doenças emergentes e as doenças infecciosas emergentes e reemergentes no Brasil. **Rev. Bras. Epidemiologia**, São Paulo, v. 5, n. 3, 2002.

MAFRA, Adriana de Azevedo et al. Rede de Urgência e Emergência. In: MARQUES, Antônio Jorge de Souza et al. **O choque de gestão na saúde em Minas Gerais**. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2009.

MAGALHÃES, Jorge Lima de. **Estratégia governamental para internalização de fármacos & medicamentos em doenças negligenciadas**. 2010. 253 f. Tese (Doutorado em Tecnologia de Processos Químicos e Bioquímicos). Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2010.

MALACHIAS, I.; LELES, F. A. G.; PINTO, M. A. S. **Plano Diretor de regionalização da saúde de Minas Gerais**. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2011.

MARCH, Maria de Fátima Bazhuni. Tuberculose. Histórico. In: SANT'ANNA, Clemax Couto (Ed.). **Tuberculose na infância e na adolescência**. São Paulo: Atheneu, 2002.

MARQUES, Antônio Jorge de Souza et al. **O choque de gestão na saúde em Minas Gerais**. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2009.

MARTINS, Geraldo Inácio. **As tramas da des(re)territorialização camponesa: a reinvenção do território veredeiros no entorno do Parque Nacional Grande Sertão – Veredas, Norte de Minas Gerais**. Uberlândia, 2008. 298 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Montes Claros, 2008.

MEIRELES, Ana Catarina. **Declaração de Alma-Ata e Carta de Ottawa**. O que trouxeram de novo à prática da Saúde Pública? 09/04/2008. Disponível em <http://www.saudepublica.web.pt/TrabCatarina/AlmaAta-Ottawa_CMeireles.htm> Acesso em 25/02/2012.

MENDES, E. V. **O Sistema Único de Saúde um processo social em construção**. São Paulo: Hucitec, 1996.

MINAS GERAIS, Secretaria de Estado da Saúde. **Pacto de gestão**:da municipalização autárquica à regionalização cooperativa. Marcus Vinícius Caetano Pestana da Silva e Eugênio Vilaça Mendes. Belo Horizonte: [s.n.], 2004.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Doenças infecciosas e parasitárias**: guia de bolso. 8. ed. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica, Ministério da Saúde, 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Entendendo o SUS**. Brasília: assessoria de imprensa, 2006. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=136>. Acesso em: 12/10/2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Guia de vigilância epidemiológica.** 7. ed. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica, Ministério da Saúde, 2009.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Nota Técnica n. c5 CGPNCTIDEVEP/SVSIMS.** Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis, Programa Nacional de Controle da Tuberculose, 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Regionalização da assistência à saúde:** aprofundando a descentralização com eqüidade no acesso: Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/02 e Portaria MS/GM n. 373, de 27 de fevereiro de 2002 e regulamentação complementar. Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência. 2. ed. ver. e atual. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

MONKEN, M. **Desenvolvimento de tecnologia educacional a partir de uma abordagem geográfica para a aprendizagem da territorialização em vigilância da saúde.** Rio de Janeiro, 2003. 164 f. Tese (Doutorado) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 2003.

MONKEN, Maurício et al. O território na saúde: construindo referências para análises em saúde e ambiente. In: MIRANDA, Ary (Org.). **Território, ambiente e saúde.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

MORAES, Antônio Carlos Robert. **A gênese da geografia moderna.** São Paulo: Hucitec, 1989.

MOREIRA, Ruy. Da região à rede e ao lugar: a nova realidade e o novo olhar geográfico sobre o mundo. etc. espaço, tempo e crítica. **Revista Eletrônica de Ciências Humanas e Sociais e Outras Coisas**, v. 1, n. 3, 1 jun. 2007. Disponível em: <<http://www.uff.br/etc>>. Acesso em: 04/04/2011.

MOREIRA, Ruy. **Pensar e ser em geografia:** ensaios de história, epistemologia e ontologia do espaço geográfico. São Paulo: Contexto, 2007.

MOREL, Carlos. **Doenças da exclusão.** Entrevista cedida a Fábio de Castro, 2007. Disponível em: <<http://www.ibfan.org.br/noticias/noticia.php?id=100>>. Acesso em: 05/04/2012.

MOREL, Carlos M. **Doenças negligenciadas.** Palestra na Academia Brasileira de Ciências, Simpósio Regional. Rio de Janeiro: 2010.

MOREL, Carlos M. Inovação em saúde e doenças negligenciadas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, n. 8, 2006.

NARS/AGR/Datasus. 02/2011 – Disponível em <www.saude.mg.gov.br/.../..>. Acesso em: 22/05/2011.

NAVARRO, Marli B. M. de Albuquerque et al. Doenças emergentes e reemergentes, saúde e ambiente. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza; MIRANDA, Ary Carvalho de. (Orgs.) **Saúde e ambiente sustentável**: estreitando nós Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

NOGUEIRA, Amélia Regina Batista. Uma interpretação fenomenológica na Geografia. In: SILVA, Aldo; GALENO, Alex. (Org.). **Geografia: ciência do complexus**. Porto Alegre: Sulina, 2004. p. 209-236.

NOSSA, Paulo. A (des)construção do conceito de espaço e de saúde à luz da abordagem humanista e cultural. **Revista da Faculdade de Letras-Geografia**, Universidade do Porto II, Série, v. II, p. 83-102, 2008.

NOSSA, Paulo. **A geografia da saúde – o caso da Sida**. Oeiras: Celta, 2001.

OLIVEIRA, Marcos Fábio Martins. Formação econômica do norte de Minas e o período recente. In: OLIVEIRA, Marcos Fábio Martins de (Org.). **Formação social e econômica do norte de Minas Gerais**. Montes Claros: Unimontes, 2000.

PAIVA, José Eustáquio Machado de. **Mapeando a qualidade de vida em Minas Gerais, utilizando dados de 1991 a 2000**. Rio Claro, 2003. 157 f. Tese (Doutorado) - Universidade Estadual Paulista, Instituto de Geociências e Ciências Exatas, Campus de Rio Claro, 2003.

PARAGUASSU-CHAVES, Carlos Alberto. **Geografia médica ou da saúde: espaço e doença na Amazônia ocidental**. Porto Velho: Edusp, 2001.

PAULUS JÚNIOR, Aylton; CORDONI JÚNIOR, Luiz. Políticas públicas de saúde no Brasil. **Revista Espaço para a Saúde**, Londrina, v. 8, n. 1, p. 13-19, dez. 2006.

PEDROSO, Enio Roberto Pietra; ROCHA, Manoel Otavio da Costa. Infecções emergentes e reemergentes. **Ver. Med. Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 19, n. 2, p. 140-150, 2009.

PEITER, Paulo César. **A Geografia da Saúde na faixa de fronteira continental do Brasil na passagem do milênio**. 2005. 314 f. Tese (Doutorado em Geografia). Rio de Janeiro. Universidade Federal do Rio de Janeiro UFRJ - Instituto de Geociências Programa de Pós-Graduação em Geografia, 2005.

PEREIRA, Anete Marília. **Cidade média e região**: o significado de Montes Claros no norte de Minas Gerais. Uberlândia, 2007. 351 f. Tese (Doutorado em Geografia) – Instituto de Geografia, Universidade Federal de Uberlândia, 2007.

PEREIRA, Anete Marília; SOARES, Maria Ivete. **Leituras geográficas sobre o Norte de Minas Gerais**. Montes Claros: Editora Unimontes, 2004.

PESSOA, S. **Ensaios médico sociais**. São Paulo: Cebes-Hucitec, 1978.

PIGNATTI, Marta G. Saúde e ambiente: as doenças emergentes no Brasil. **Ambiente & Sociedade**, São Paulo, v. VII, n. 1, jan./jun. 2004.

PICKENHAYN, J. A. El fenómeno urbano y la espacialización de los complejos patógenos. **RA'E GA - O Espaço Geográfico em Análise**, Curitiba, Editora UFPR, n. 15, p. 19-25, 2008.

PICKENHAYN, J. A. Geografía de la salud: el camino de las aulas. In: BARCELLOS, C. (Org.) **A Geografia e o contexto dos problemas de saúde**. Rio de Janeiro: Abrasco, 2008. (Coleção Saúde e Movimento).

PNUD - PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO (PNUD). **Atlas do desenvolvimento humano no Brasil**. Disponível em:<<http://www.pnud.org.br/atlas/>>. Acesso em: 28/07/2012.

POLIGNANO, M. V. **História das políticas de saúde no Brasil**:uma pequena revisão. 2006 [cited 2007 jun 30]. Disponível em:<http://www.rnpd.org.br/download/publicacoes/Saude_no_Brasil.doc>. Acesso em: 21/11/2011.

PÔRTO, Ângela. Representações sociais da tuberculose: estigma e preconceito. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, supl.1, set. 2007.

RELATÓRIO FINAL da 8ª Conferência Nacional de Saúde.1986, p. 12. Disponível em <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf>. Acesso em: 05/11/2011.

REVISTA RADIS. n. 81, Maio. 2009. Disponível em: <<http://www.ensp.fiocruz.br>>. Acesso em: 12/03/2011.

RIBEIRO, Helena. Geografia médica e a saúde pública. In: ENCONTRO NACIONAL DE GEÓGRAFOS, 12., 2000, Florianópolis, **Anais...** Florianópolis, 2000.

RODRIGUES, Luciene. **A formação econômica do norte de Minas e o período recente**. Formação econômica e social do norte de Minas. Montes Claros. Unimontes, 2000, p.105-170.

RODRIGUES, Luciene. Formação econômica do Norte de Minas e o período recente. In: OLIVEIRA, Marcos Fábio Martins de (Orgs.). **Formação social e econômica do norte de Minas Gerais**. Montes Claros: Unimontes, 2000.

RODRIGUES, Luciene. (Org.). **Olhares geográficos**: meio ambiente e saúde. São Paulo: Senac, 2005.

ROJAS L. I. La diferenciación territorial de la salud em la recuperación de los contextos. In: BARCELLOS, Christovam. (Org.). **A Geografia e o contexto dos problemas de saúde**. Rio de Janeiro: ABRASCO:ICICT:EPSJV, 2008.

ROSEMBERG, José. Tuberculose - aspectos históricos, realidades, seu romantismo e transculturação. **Bol. Pneumol. Sanit**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, dez. 1999.

ROSEN, George. **Uma história da saúde pública.** Tradução de Marcos Fernandes da Silva Moreira. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

RUFFINO NETTO, Antonio. Brasil: doenças emergentes ou reemergentes? **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 30, n. 405, jul./set. 1997.

RUFFINO NETTO, Antonio. Controle da tuberculose no Brasil: atividades implementadas em 1999. **Bol. Pneumol. Sanit.**, v. 7, n. 2, p. 58-66, dez. 1999.

RUFFINO-NETTO, A. Tuberculose: a calamidade negligenciada. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, Uberaba, v. 35, n.1, p. 51-58, 2002.

SALVADOR, Ângelo Domingos. **Métodos e técnicas de pesquisa bibliográfica.** Porto Alegre: Sulina, 1982.

SANT'ANNA, Clemax Couto. **Tuberculose na infância e na adolescência.** São Paulo: Editora Atheneu, 2002.

SANTOS, Milton. **Espaço e método.** São Paulo: Nobel, 1985.

SANTOS, Milton. **Metamorfoses do espaço habitado.** São Paulo: Hucitec, 1997.

SANTOS, Milton. **Por uma geografia nova:** da crítica da geografia a uma geografia crítica. São Paulo: Hucitec, 1996.

SANTOS, Milton. **Por uma geografia nova:** da crítica da geografia a uma geografia crítica. 6. ed. São Paulo: Edusp, 2004.

SANTOS, Milton. **A natureza do espaço:** técnica e tempo, razão e emoção. 4. ed. São Paulo: Edusp, 2006.

SANTOS, Nelson Rodrigues do. Política pública de saúde no Brasil: encruzilhada, buscas e escolhas de rumos. **Revista Ciências e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, supl. 2, dez. 2008.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS. Sub-Secretaria de Vigilância em Saúde. Superintendência de Epidemiologia da Subsecretaria de Vigilância em Saúde da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. **Análise de situação de saúde Minas Gerais 2010.** Belo Horizonte: 2010.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Cartilha de Perguntas e Respostas - Tuberculose.** São Paulo: Divisão de Tuberculose – CVE, 2000.

SIGAUD, Joseph François Xavier. **Do clima e das doenças do Brasil ou estatística médica deste Império.** Tradução de Renato Aguiar. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

SILVA, Guilherme Rodrigues da. et al. **Relatório Final.** 8. Conferência Nacional de Saúde, 1986. Disponível em:

<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/8_CNS_Relatorio%20Final.pdf>. Acesso em: 12/04/2011.

SILVA, L. J. A ocupação do espaço e a ocorrência de endemias. In: BARATA, R. C. B.; BRICEÑOLEÓN, R. (Orgs.). **Doenças endêmicas**: abordagens sociais, culturais e comportamentais. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000. Volume 1.

SILVA, L. J. O conceito de espaço na epidemiologia das doenças infecciosas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, 1997.

SILVA, L. J. Desbravamento, agricultura e doença: a Doença de Chagas no Estado de São Paulo. **Cad. Saúde Públ**, Rio de Janeiro, v.2, n.2, p. 124-140, 1986.

SILVA, Marcus Vinícius Caetano Pestana da; MENDES, Eugênio Vilaça. **Pacto de gestão**: da municipalização autárquica à regionalização cooperativa. Belo Horizonte: Minas Gerais, Secretaria de Estado de Saúde, 2004.

SOARES, Nina Rosa Ferreira; MOTTA, Manoel Francisco Vasconcelos. As políticas de saúde, os movimentos sociais e a construção do Sistema Único de Saúde. In: **Seminário Livre pela saúde 20 anos de SUS**: a luta pela saúde no Brasil de hoje. Natal-RN: [s.n.], 2008.

SORRE, Max. **El hombre en la Tierra**. Tradução de F. Payaols. Barcelona: Talleres Gráficos Ibero-Americanos S/A, 1967.

SORRE, Max. et al. **Geografia**. São Paulo: Ática, 1984.

SOUZA, M. J. L. O território: sobre espaço e poder, autonomia e desenvolvimento. In: CASTRO, I. E.; GOMES, P. C. C.; CORREA, R. L. (Org.). **Geografia**: conceitos e temas. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2006.

SOUZA, Maria Adélia Aparecida de. **Uso do território e saúde**: refletindo sobre municípios saudáveis. Conferência proferida durante a reunião de Secretários de Saúde da Rede Municípios Saudáveis. Pedreira, 21 de agosto de 2003.

TEIXEIRA, Irene Aparecida. **Incidência da tuberculose, índice de desenvolvimento humano e indicadores de vulnerabilidade familiar**. Região Metropolitana de Belo Horizonte: uma abordagem multivariada. Belo Horizonte, 2008. 53 f. Tese (Doutorado em Ciência Animal) - Escola de Medicina Veterinária, Universidade Federal de Minas Gerais, 2008.

TRIVINOS, Augusto Nivaldo Silva. **Introdução a pesquisa em ciências sociais**. A pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

UJVARI, Stefan Cunha. **A história da humanidade contada pelos vírus**. São Paulo: Contexto, 2008.

VIEITES, Renato Guedes; FREITAS, Inês Aguiar de. Pavlovsky e Sorre: duas importantes contribuições à Geografia Médica. **Revista Ateliê Geográfico**, Goiânia, v. 1, n. 2, p.187-201, dez/2007.

WALDMAN, Eliseu Alves. **Vigilância em saúde pública.** São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998. (SérieSaúde&Cidadania).

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global tuberculosis control:** who report 2011. France: Library Cataloguing-in-Publication Data – WHO, 2011.

APÊNDICES

APÊNDICE 1 - QUESTIONÁRIO DE INFORMAÇÕES SÓCIO-DEMOGRÁFICAS PARA PORTADORES DE TUBERCULOSE

1 – Idade

- 0 a 19
- 20 a 59
- 60 ou mais

2 – Sexo

- Feminino
- Masculino

3 -Qual foi a última série que o sr. (a) cursou?

- Sem escolaridade
- Ensino Fundamental incompleto
- Ensino Fundamental completo
- Ensino Médio incompleto
- Ensino Médio completo
- Ensino Superior incompleto
- Ensino Superior completo

4 - Moradia

- Própria
- Aluguel
- Rua
- Presídio
- Outros

5 – Número de cômodos da sua casa incluindo o banheiro:

- 1 Cômodo
- 2 Cômodos
- 3 Cômodos
- 4 Cômodos
- 5 ou mais cômodos

6 – Número de pessoas residentes em sua casa:

- 1 — 2
- 3 — 4
- 5 ou mais

7 – Renda familiar

- Menos de 1 salário mínimo
- 1 salário mínimo
- 2 a 3 salários mínimos
- Mais de 3 salários mínimos

17 – O Sr. (a) encontra alguma dificuldade para fazer o tratamento da tuberculose?

- Não
 - Sim, quais foram as dificuldades encontradas?
-
-
-
-

18- O que proporcionou o abandono do tratamento?

8 – Abastecimento de água:

- Rede Geral
- Poço ou Nascente
- Outra Fonte

09 – Instalação sanitária:

- Rede Geral
- Fossa Séptica
- Fossa Rudimentar
- Não tem

10 – Destino do lixo:

- Coleta Pública
- Queima ou Enterro
- Joga em Terreno Baldio
- Joga em corpos d'água

11 – Sua casa é ventilada?

- Sim
- Não

12 - Uso de álcool

- Sim
- Não

13 – Uso de cigarros

- Sim
- Não

14 – Uso de outras drogas

- Sim
- Não

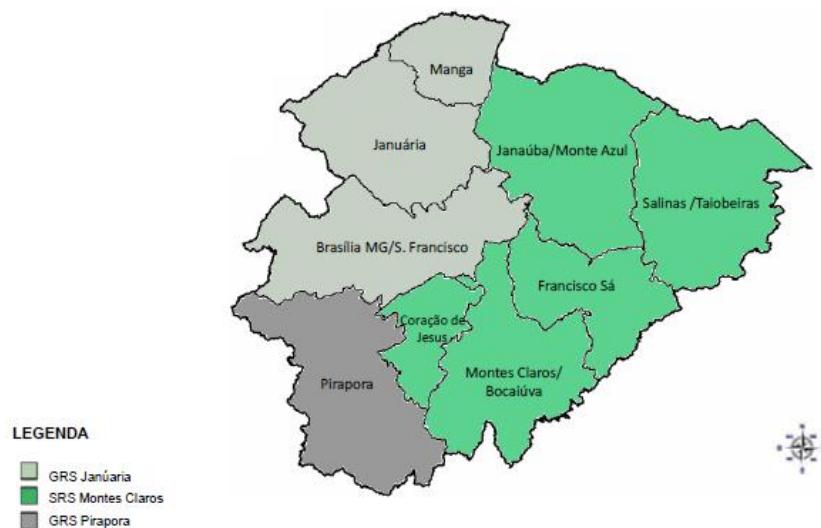
15- Qual a principal forma de acesso à informação da família ?

- Jornal
- Televisão
- Rádio
- Revista
- Internet
- Outros. Quais? _____

16 - Procedência

Bairro: _____

APÊNDICE 2 - LEVANTAMENTO DE DADOS NA SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE DE MONTES CLAROS, REGIONAL DE SAÚDE DE JANUÁRIA E REGIONAL DE SAÚDE DE PIRAPORA



Fonte:
Disponível em http://www.saude.mg.gov.br/politicas_de_saude/plano-diretor-de-regionalizacao-pdr-novo/regionalizacao/assitencial, acessado em 01/11/2011..

Gerente da Epidemiologia da Superintendência Regional de Saúde de Montes Claros; Regional de Saúde de Januária e de Pirapora

- 1) Qual das microrregiões de saúde é mais problemática? Por quê?
- 2) Quais as doenças de maior ocorrência na área de abrangência dessa região de saúde? Em função de que há essa maior ocorrência?
- 3) No que se refere a circulação das pessoas em busca de serviços de saúde, o serviços prestados têm respondido às necessidades da população dessa região de saúde? (transporte, estradas)
- 4) Qual a maior carência da região de saúde em relação aos serviços de saúde?
- 5) Como solucionar esses problemas?
- 6) Em sua opinião, se a área de abrangência dessa região de saúde fosse menor, seria mais fácil a sua coordenação?
- 7) Como diminuir o impacto do contingente populacional que se dirige a Montes Claros em busca de serviços de saúde?

- 8) Qual a sua opinião sobre os serviços de saúde prestados a população pelo poder público no Norte de Minas?

Sobre os serviços de saúde prestados aos doentes de tuberculose

- 1) Qual a microrregião dessa região de saúde é mais problemática no que se refere à tuberculose? Por quê?
- 2) Cada município tem a infraestrutura necessária para atender os seus doentes ou em alguns casos é necessário o tratamento em outros centros?
- 3) Além dos medicamentos, o portador de TB recebe algum outro benefício como vale transporte e alimento em caso de necessidade?
- 4) Todos os exames realizados em pacientes hospitalizados são disponibilizados aos com tratamento em domicílio caso haja necessidade?
- 5) É realizado o tratamento supervisionado em qual situação?
- 6) São realizados exames de toda a família e das pessoas que tiveram maior contato com o doente?
- 7) Se alguns doentes deixam de transmitir a doença com 15 dias e outros com 30, como saber se o doente ainda é transmissor da bactéria ou não?
- 8) Onde estão centralizadas as medidas de controle da Tuberculose?
- 9) As áreas consideradas de maior risco (ambulatórios de Pneumologia, Clínica Médica, Infectologia, sala de broncoscopia, de escarro induzido, de necropsia, Laboratório de bacteriologia, setor de emergência, setor de radiologia) foram avaliadas para utilização, segundo as normas de Biossegurança?

- 10) Quantos pacientes com tuberculose foram internados em 2010? _____ 2011? _____ 2012? _____
- 11) Relate todas as etapas realizadas em relação ao diagnóstico e tratamento do doente de tuberculose, desde o primeiro contato deste com os serviços de saúde.