

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA  
INSTITUTO DE GEOGRAFIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GEOGRAFIA  
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO GEOGRAFIA E GESTÃO DO  
TERRITÓRIO**

**(RE) TERRITORIALIZAÇÃO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA  
FAMÍLIA EM UBERLÂNDIA: AÇÕES A PARTIR DO TERRITÓRIO DE  
VIDA SEUS FIXOS E FLUXOS**

**MARLUCIO ANSELMO ALVES**

**UBERLÂNDIA/MG  
2014**

**MARLUCIO ANSELMO ALVES**

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de pós-graduação em Geografia da Universidade Federal de Uberlândia, como exigência parcial para a obtenção de título de doutor em Geografia.

**Área de Concentração: Geografia e Gestão do Território.**

**Orientador: Prof. Dr. Samuel do Carmo Lima**

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)**

**Sistema de Bibliotecas da UFU, MG, Brasil**

---

A474r  
2014      Alves, Marlucio Anselmo, 1969-  
            (Re) territorialização da estratégia de saúde da família em Uberlândia:  
ações a partir do território de vida seus fluxos e fixos / Marlucio Anselmo  
Alves. – 2014.  
            135 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. Família - Saúde e higiene – Uberlândia (MG) -  
Teses. 3. Território - Uberlândia (MG) - Teses. I. Lima, Samuel do Carmo.  
II. Universidade Federal de Uberlândia. Programa de Pós-Graduação em  
Geografia. III. Título.

CDU: 910.1

---

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA**

**Programa de Pós-Graduação em Geografia**

**MARLÚCIO ANSELMO ALVES**

**“RETERRITORIZAÇÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA  
EM UBERLÂNDIA: AÇÕES A PARTIR DO TERRITÓRIO DE VIDA,  
SEUS FIXOS E FLUXOS”.**



Prof. Doutor Samuel do Carmo Lima (Orientador) - UFU



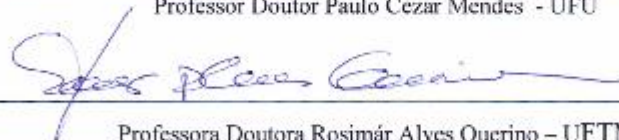
Prof. Doutor Nuno Marques da Costa – UNIV. LISBOA



Professor Doutor Raul Borges Guimarães – UNESP – Pres. Prudente



Professor Doutor Paulo Cezar Mendes - UFU



Professora Doutora Rosimár Alves Querino – UFTM

Data: 20 / 08 de 2014

Resultado: Aprovado

***DEDICO*** este trabalho aos meus pais pela formação pessoal que se sobrepõe a qualquer formação acadêmica. Àqueles que como eu, um dia já tive em minha vida, a convicção da impossibilidade ou da máxima dificuldade de se alcançar o improvável. A minha família pela compreensão e apoio, em especial à Marilene, ao João Marcos e à Marianne, amo vocês.

## **AGRADECIMENTOS**

Expresso o meu agradecimento a todos que contribuíram de forma direta e indireta para a realização desse trabalho e de forma especial:

ao Professor Samuel pela árdua tarefa de me orientar, que fluiu como uma prática terapêutica pela paciência e por compreender os momentos difíceis que foram concomitantes à construção deste trabalho.

ao Nuno e à Eduarda pela acolhida em Portugal e os laços de amizade formados.

às amigas Rosimár e Iranilde responsáveis pela mudança de rumo, abandono do hospital, dos laboratórios de fisiologia e patologia para a Promoção da Saúde, mesmo pensando que neles seria mais fácil.

aos meus alunos que sempre foram a grande inspiração para a busca deste título.

aos meus pais que sempre me moveram no sentido de buscar o que a vida sempre se dispôs em dificultar a me dar.

à Marilene por ter suportado tudo e ao João Marcos e Marianne por serem minha motivação de partida de grande parte da minha vida.

## RESUMO

ALVES, Marlúcio Anselmo. Re territorialização na ESF de Uberlândia: Ações a partir do território de vida seus fixos e fluxos. 2014. 135f. Tese (Doutorado em Geografia). Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2014.

O objetivo central desta estudo é identificar a melhor abordagem do território para seu uso pela ESF, nas Unidades Básicas da Estratégia Saúde da Família Parque São Jorge I e Parque São Jorge II. Entende-se que estudo poderá subsidiar futuras implantações de equipes e reestruturação daquelas já existentes para a releitura dos territórios de abrangência e uso destes para a Promoção de Saúde. Nesse sentido, a hipótese de trabalho é que as ações da ESF não estão sendo efetivas de forma a atender a estes pressupostos, reduzindo a incidência de utilização dos demais níveis de atenção com ações de prevenção e Promoção da Saúde, por causa da inadequada abordagem e pouca utilização do território nas ações de saúde. A pesquisa foi guiada pela revisão bibliográfica e documental a partir do banco de dados da biblioteca e do banco de teses da UFU, portal de teses da CAPES, biblioteca e base de dados da Universidade de Lisboa, publicações nas bases de dados de bibliotecas online LILACS, BVS, OPAS, dados do IBGE, do SIAB, DATASUS dentre outros. A pesquisa de campo aconteceu no período fevereiro a dezembro de 2013 e janeiro a fevereiro de 2014 sendo que o acesso aos dados das ESFs só ocorreu após aprovação pelo setor de estágios e pesquisa da Prefeitura Municipal de Uberlândia. Para realização da pesquisa foi realizada uma leitura do território para diagnóstico do cenário e detecção de potencialidades e fragilidades para promoção da saúde no território em questão, na perspectiva do contexto da visão ampliada de saúde, elegendo elementos para construção do instrumento de coleta dos dados. Para tal o território foi considerado como um sistema aberto, complexo e dinâmico; analisado de forma multiescalar. A abordagem destas fragilidades e potencialidades ocorreu dentro da visão miltoniana de fixos e fluxos do território localizados em mapas e identificados de acordo com o maior ou menor potencial de riscos à saúde, bem como lócus de oportunidade para as práticas da ESFs de ações junto à comunidade dentro do distrito sanitário.

Palavras chave: território, fixos e fluxos, estratégia de saúde da família e promoção da saúde

## ABSTRACT

ALVES, Marlúcio Anselmo. (Re)territorialization in ESF of Uberlândia: Actions from the territory of life, their fixes and flows. 2014. 135f. Tese (Doctorate in Geografy). Universidade Federal de Uberlândia (Federal University of Uberlândia), Uberlândia, 2014.

The central goal of this research is to identify the best approach of the territory for use by the ESF, in Family Basic Units of Strategy of Health Parque São Jorge I and Parque São Jorge II. It is understood that the study would subsidize future implementations of teams and restructuring of those already existing. The main purpose is to reread the territories covered and use them for the Health Promotion. In this way, this research hypothesis is that the actions of ESF it's not being effectives in the way to attend these assumptions, what it means to reduce the incidence of use of the other levels of attention with actions of prevention and Health Promotion, because of the inadequate approach and little use of territory in health actions. The research was guided by the bibliographic and documental revision by the database of the library and thesis database of UFU, thesis portal of CAPES, library and database of the Universidade de Lisboa (University of Lisbon), publications in the online library database LILACS, BVS, OPAS, IBGE data, SIAB, DATASUS among others. The field research occurred in the period from January to December of 2013 and from January to February of 2014, whereas the access to ESF data only occurred after the approbation of the Internship and Research Sector of the Municipal Prefecture of Uberlândia. For the performance of this research, was done reading the territory to diagnose the scenario and detect the merits and weaknesses for the health promotion in this place. In this case was elected elements from the perspective of having a broader view of health. To this was considered the territory like an open system, dynamic and complex; analyzed in multiscale form. The approach of this fragilities and potentialities occurred inside the Miltonian view of fixes and flows of the territory located in maps and identified according to the greater or lesser potential health risks, as well as the locus of opportunity to the practice of the ESFs of actions with the community within the health district.

**Keywords:** Territory, fixes and flows, family health strategy and health promotion.

## **LISTAS DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

ACS - Agente Comunitário de Saúde  
AMM - Associação Mineira dos Municípios  
AIS - Ações Integradas de Saúde  
BIRD - Banco Interamericano de Desenvolvimento  
CAPS - Centros de Apoio Psico-Social  
CIB - Comissões Intergestores - Bipartites  
CIT - Comissões Intergestores - Tripartite  
CLT - Consolidação das Leis Trabalhistas  
COSAC - Coordenação de Saúde da Comunidade  
CPMF - Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira  
DAB – Departamento de Atenção Básica  
DAPS – Departamento de Administração e Planejamento em Saúde  
DATASUS - Departamento de Informática do SUS  
DICS – Diretoria de Informação e Comunicação em Saúde  
DS – Distrito Sanitário  
ENSP – Escola Nacional de Saúde Pública  
ESB - Equipes de Saúde Bucal  
ESF –Estratégia de Saúde da Família  
FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz  
FMMS - Fundação Maçonica Manoel dos Santos  
FUNASA - Fundação Nacional de Saúde  
HCU - Hospital das Clínicas de Uberlândia  
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística  
INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social  
MS – Ministério da Saúde  
NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família  
NOAS - Norma Operacional de Assistência à Saúde  
NUPES – Núcleo de Estudos Político-Sociais em Saúde  
OMS Organização Mundial de Saúde  
ONA - Organização Nacional de Acreditação

ONG Organização Não-Governamental  
ONU Organização das Nações Unidas  
OPAS Organização Pan-Americana de Saúde  
OS – Organizações Sociais  
PAB - Piso de Atenção Básica  
PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde  
PDAP – Plano Diretor de Atenção Primária  
PDR - Plano de Diretor de Regionalização da Saúde  
PIB – Produto Interno Bruto  
PMF - Programa Médico de Família  
PMU - Prefeitura Municipal de Uberlândia  
PNAS - Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde  
PROESF - Projeto de Expansão e Consolidação do Programa Saúde da Família  
PSF - Programa Saúde da Família  
SAS – Secretaria de Atenção à Saúde  
SEDUR – Secretaria de Desenvolvimento Urbano  
SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica  
SINASC - Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos  
SMS - Secretaria Municipal de Saúde  
SNS - Sistema Nacional de Saúde  
SUS - Sistema Único de Saúde  
SUDS - Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde  
UBQ - União Brasileira para a Qualidade  
UAI - Unidade de Atendimento Integrado  
UAPS – Unidade de Atenção Primária em Saúde  
UAPSF – Unidade de Atenção Primária em Saúde da Família  
UBS - Unidade Básica de Saúde  
UBSF – Unidade Básica de Saúde da Família  
UFU - Universidade Federal de Uberlândia  
COREN-MG – Conselho Regional de Enfermagem do Estado de Minas Gerais  
MS – Ministério da Saúde  
OMS - Organização Mundial de Saúde  
OPAS – Organização Pan Americana de Saúde

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b>	..... 11
1.1 Justificativa da pesquisa	..... 15
1.2 Objetivos	.....15
1.3 Estrutura da pesquisa	.....16
1.4 Localização e caracterização do local de estudo	.....17
1.5 Percurso metodológico	.....21
<b>2 O TERRITÓRIO COMO LOCUS PARA A PROMOÇÃO DE SAÚDE</b>	..... 24
2.1 Programa saúde da família: breve histórico	.....25
2.2 Diretrizes da estratégia da saúde da família	.....30
2.3 Territorialização na estratégia da saúde da família	.....33
2.4 As concepções acerca do território na saúde	.....36
<b>3 (RE) ORGANIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE PARA A PROMOÇÃO DE SAÚDE E TERRITORIALIZAÇÃO</b>	..... 45
3.1 Promoção da saúde como um novo paradigma	.....49
3.2 Organização dos serviços para a prática da promoção da saúde	.....53
3.3 O território como referencial para organizar os serviços de saúde	.....63
<b>4 O TERRITÓRIO E A PROMOÇÃO DE SAÚDE</b>	..... 68
4.1 Promoção da saúde a partir do conceito de território usado	.....73
<b>5 OS FIXOS E FLUXOS DA ÁREA DAS UAPSFS SÃO JORGE I E II</b>	..... 77
5.1 Espaço para participação social	.....96
5.2 Espaço para práticas populares em saúde	.....99
5.3 Promoção da saúde em locais de construção do saber escolar	.....106
5.4 Promoção da saúde em espaços públicos de lazer e recreação	.....114
5.5 Promoção da saúde pelo acesso a bens, produtos e serviços	.....118
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	.....123
<b>REFERÊNCIAS</b>	.....127

## 1 INTRODUÇÃO

O conceito de saúde assim como seu entendimento vem se alterando ao longo da história, porém, ainda se vê um significado forte de que, ter saúde significa ausência de doença e que, para a saúde é necessário um grande aparato tecnológico e um corpo de profissionais altamente especializado com elevada capacidade de intervenção através do uso destes recursos.

A descoberta dos microrganismos e dos antibióticos desponta como o marco de uma revolução científica na área médica acreditando-se que, desta forma o processo de saúde-doença e a morte poderiam passar pelo crivo do profissional médico e este interferir de forma a ter controle não só no processo como na tomada de decisão sobre a saúde das pessoas. Esta concepção de saúde começa a perder forças no campo das discussões teórico-científicas devido sua baixa efetividade e alto custo. A visão biologicista, assim conhecida pelo excesso nos determinantes biológicos da saúde, fragmentadora e focada no profissional médico, desta feita começa a se enfraquecer e o conceito de saúde passa a ser discutido em outros campos do conhecimento, moldando um novo conceito, que compreende o ser humano de forma integral e indissociável, relacionado com os outros sujeitos e com o meio ambiente.

De acordo com a definição da Organização Mundial da Saúde de 1948, “*saúde é o estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença*”. Desta forma as discussões acerca de saúde e estado saudável quebram o vínculo da saúde com o modelo biológico exclusivo, configurando a ideia de contexto social da saúde, ou seja, o homem em suas relações com o meio, onde se vive e da forma como se vive.

Dentro desta abrangência e complexidade causal, saúde e doença não são realidades estanques, isoladas, de causas aleatórias. Há um processo, que se identifica com o modo de organização da sociedade social. Daí se pode dizer que há uma produção social da saúde e da

doença e, desta forma, o processo saúde-doença constitui uma expressão particular do processo geral da vida social.

Passadas algumas décadas, o conceito de saúde, de acordo com a Carta de Ottawa (OMS, 1986) apresentou uma definição mais holística:

Saúde é o resultado dos cuidados que alguém dispensa a si mesmo e aos demais, da capacidade de tomar decisões e controlar a própria vida, de assegurar que a sociedade em que se vive ofereça a todos os seus membros a possibilidade de gozar um bom estado de saúde.

Stotz (1993) considera que a saúde e a perda da saúde são fenômenos ou processos referidos a indivíduos normalmente representados por um estado de “bem-estar” e de felicidade que, em certo momento, se transforma em sofrimento e infelicidade. Para os indivíduos, o sentimento associado a tais representações é o poder físico e mental, e de dignidade ou, inversamente, de perda de poder e de controle sobre si próprios. Inicia-se então, a necessidade de ir além destas discussões científicas e debates conceituais surgindo movimentos para que estes fossem aplicados através de políticas e ações com um conceito ampliado de saúde.

No Brasil a luta pela reforma sanitária e mudança do paradigma da prestação de serviços, de um sistema hospitalocêntrico e altamente medicalizado, com vistas ao rompimento com o exclusivo “assistir à doença” para a promoção da saúde; caracterizou a década de 1990 como a década da reforma do sistema nacional de saúde. Dentro deste panorama de reformas, no Brasil o modelo assistencial passa a ser operacionalizado pelo Sistema Único de Saúde, e surge como proposta para a atenção primária em saúde dois novos programas: o Programa de Agentes Comunitários de Saúde e o Programa de Saúde da Família.

A Atenção Primária à Saúde é descrita pela Declaração de Alma-Ata como modelo assistencial sanitário essencial colocado ao alcance dos indivíduos e famílias, mediante a sua

plena participação e com um custo que a comunidade e o país possam suportar em cada etapa do seu desenvolvimento.

O acesso universal e igualitário aos serviços de saúde, como o proposto pela Constituição Brasileira (1988), e facilitado, para que as ações de promoção, proteção e recuperação, bem como medidas políticas, sociais e econômicas possam ser efetivadas para se reduzir o risco à doença e outros agravos.

Busca-se, desta forma que, os gastos públicos direcionados a doença diminuam a médio e longo prazo, e que a saúde do indivíduo, das famílias e da comunidade melhorem, uma vez que também se procura intervir nos diversos determinantes do processo saúde-doença.

A Estratégia Saúde da Família, criada e conhecida como Programa Saúde da Família (PSF) surge como um recurso para reorganizar a Atenção Primária à Saúde, por anos estruturada no modelo médico-hegemônico, hospitalocêntrico de assistência à população, cuja forma de conduzir o processo saúde-doença com o pronto-atendimento na esfera do indivíduo, por muitas razões apresentou elevados custos da assistência à saúde e mostrou-se pouco eficaz para tratar sobre o que alguns autores consideram “problemas de Saúde Pública”.

No entendimento de Antunes e Egry (2000), o PSF vem para romper com o modelo assistencial clínico, centrado na consulta médica, na supervalorização da rede hospitalar, na cultura da medicalização, na pré-consulta e na pós-consulta e, sobretudo no descompromisso e na falta de humanização nas ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde dos indivíduos em determinada área de abrangência.

Segundo Souza (2000, p. 25), a estratégia do PSF propõe uma nova dinâmica para a estruturação dos serviços de saúde, bem como para a sua relação com a comunidade e entre os diversos níveis de complexidade assistencial. Assume desta forma o compromisso de prestar

assistência universal, integral, equânime, contínua e, acima de tudo, resolutive à população, na unidade de saúde e no domicílio, sempre de acordo com as suas reais necessidades, através de diagnóstico local de saúde, identificando os fatores de risco aos quais ela está exposta e pelo planejamento multiprofissional e de forma intersetorial neles intervindo de forma apropriada.

É dessa forma que o PSF constitui-se em uma estratégia que, prioriza as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família, do recém-nascido ao idoso, sadios ou doentes, de forma integral e contínua. Seu objetivo é a reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência, orientado para a cura de doenças e no hospital. A atenção está centrada na família, entendida e percebida a partir do seu ambiente físico e social, o que vem possibilitando às equipes de saúde uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e da necessidade de intervenções que vão além de práticas curativas (BRASIL, 2000).

O campo de atuação da ESF é definido por um território de abrangência e uma população adstrita, e seu processo de implantação a cargo do município, com incentivos financeiros do governo federal, tendo como prioridades sua instalação em áreas de maior vulnerabilidade social e pelo perfil epidemiológico que devem ser caracterizados pela leitura diagnóstica dentro do território maior, o município. Segundo o Ministério da Saúde, a operacionalização do PSF deve ser adequada às diferentes realidades locais, desde que mantidos os seus princípios e diretrizes fundamentais (BRASIL, 1997).

Para tanto, o impacto favorável nas condições de saúde da população adscrita deve ser a preocupação básica dessa estratégia. Entende-se, assim, que a forma de abordagem do território e o diagnóstico local interferem diretamente na efetividade, ou seja, na resolutividade da ESF dentro do território de abrangência com uma perspectiva do preceder para proceder.

## **1.1 Justificativa da pesquisa**

A consolidação do SUS passa pelo fortalecimento da APS no Brasil e a ESF é a grande via para que isto ocorra. Desta forma a efetividade e consequente resolutividade das ações primárias de saúde se darão com a melhora das ações desta estratégia que tem no território de vida das pessoas e sua interação com os demais territórios os elementos necessários para que as necessidades de saúde da população adstrita sejam atendidas.

Nesse sentido, a tese deste trabalho é de que a inadequada abordagem e pouca utilização do território nas ações de saúde resultam na não efetividade das ações da APS e na elevada demanda para os outros níveis de atenção. Esse estudo poderá subsidiar futuras implantações de equipes e reestruturação daquelas já existentes para a releitura dos territórios de abrangência e uso destes para a Promoção de Saúde, dentro de uma abordagem multidisciplinar e intersetorial.

## **1.2 Objetivos da pesquisa**

### **1.2.1 Objetivo geral**

O objetivo desta pesquisa é identificar a melhor abordagem do território para seu uso pela ESF, nas Unidades Básicas da Estratégia Saúde da Família Parque São Jorge I e Parque São Jorge II.

### **1.2.2 Objetivos específicos**

- Caracterizar o território como o locus para a promoção da saúde para ESF
- Propor a reorganização dos serviços para incorporar o território na construção de ações de prevenção e promoção de saúde.

- Apresentar o uso dos fluxos e fixos do território como estratégia para a ESF promover a saúde.

### **1.3 Estrutura da pesquisa**

Para melhor compreensão, este estudo está disposto em capítulos que buscam contextualizar a importância da APS para mudança do paradigma do agir em saúde, a importância da reforma sanitária neste contexto, a promoção da saúde como estratégia para capacitação das comunidades no agir em saúde dentro de um modelo sócio-político como norteador; o uso do território dentro desta abordagem e a atuação da ESFs como fatores primordiais para efetividade da APS.

No primeiro capítulo encontra-se a introdução, em que são expostos os objetivos, justificativa, hipótese, estrutura do trabalho e descrição da metodologia utilizada para responder aos objetivos da pesquisa.

No segundo capítulo procurou-se contextualizar a ESF historicamente, suas diretrizes e a territorialização na APS e na ESF.

No terceiro capítulo foram debatidas a organização dos serviços de saúde e a promoção da saúde, 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 e a necessidade da reorganização dos serviços tendo como enfoque promoção da saúde e território.

No quarto capítulo tentou-se compreender como o uso do território de vida pode viabilizar a promoção da saúde tendo como entendimento a territorialidade e os fixos e fluxos.

Ao final, o quinto capítulo apresenta os fixos e fluxos identificados no território da UBSF do bairro São Jorge, discutindo a forma como a ESF pode utilizá-los em suas ações.

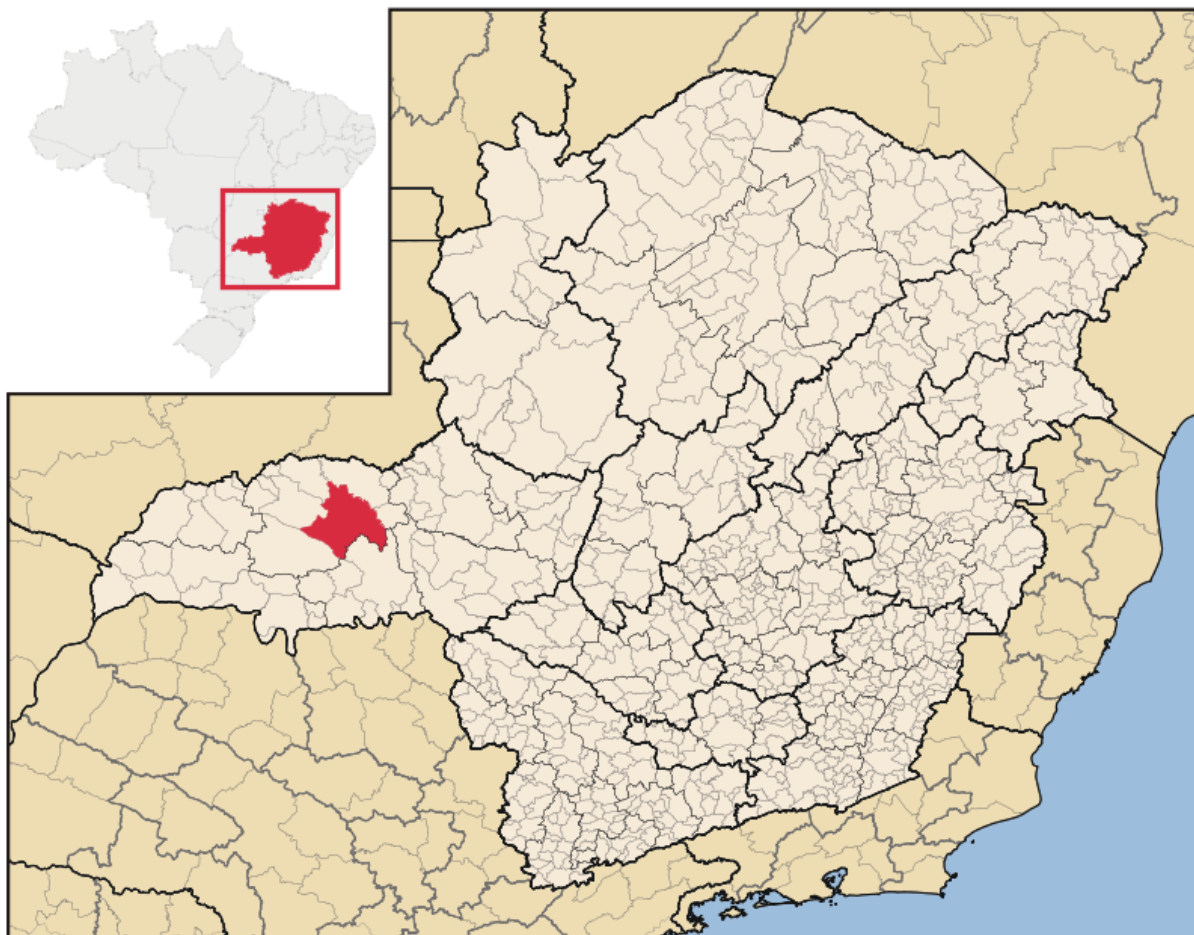
#### **1.4 Localização e caracterização do local de estudo**

O município de Uberlândia localiza-se entre as coordenadas geográficas de latitude 18° 30' e 19° 30' Sul e, 47° 50' a 48° 50' de longitude Oeste do meridiano de Greenwich, na microrregião do Triângulo Mineiro, no oeste do estado de Minas Gerais (LIMA, 1999). Além do distrito sede, o município conta ainda com mais quatro distritos: Cruzeiro dos Peixotos, Martinésia, Miraporanga e Tapuirama. Sua área de 4.115,206 quilômetros quadrados é ocupada, segundo estimativas do IBGE para o ano 2010, por 606.301 habitantes na área urbana e 10.044 no espaço rural, totalizando 615.345 habitantes.

Uberlândia interliga-se a outros centros pelas rodovias BR-365, BR-452, BR-050 e BR-497. Limita-se ao Norte com os municípios de Araguari e Tupaciguara; ao Sul com Uberaba, Veríssimo e Prata; a oeste com Monte Alegre de Minas e a leste com Indianópolis.

Em relação à saúde, Uberlândia é referência para quem busca atendimento médico e hospitalar, tanto na rede pública como privada, atraindo pessoas de outros municípios do Triângulo Mineiro, Alto Paranaíba, Noroeste de Minas e Sul Goiano. Merecendo destaque pelo número de pacientes atendidos e serviços prestados o Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (UFU), Unidades de Atendimento Integrado (UAIs), administradas pela Prefeitura, Hospital e Maternidade Santa Clara, Hospital Santa Marta, Hospital Santa Catarina, Hospital São Francisco, Hospital do Triângulo, Hospital e Maternidade Madrecor, dentre outros.

Figura 1: Localização do município de Uberlândia - MG



Fonte: <http://pt.wikipedia.org/wiki/Uberlandia>

Em Uberlândia, a ESF foi implantada apenas em 2003, aproximadamente uma década após sua criação com 34 equipes abrangendo uma população estimada, de 136.000 pessoas, com cobertura populacional de 22,6%, atualmente existem 45 equipes.

De acordo com a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Uberlândia a concepção de Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS) considera-se a estrutura física básica de atendimento aos usuários do SUS, onde a comunidade deve conseguir resolver a maioria dos problemas, com qualidade. Cada Unidade é responsável pela saúde de todos os habitantes de uma determinada região da cidade, chamada de área de abrangência. Todo planejamento das ações de saúde da unidade é voltado para esta comunidade, entendendo as situações sócio

econômicas e priorizando grupos de risco.

A Atenção Primária é oferecida no Programa Saúde da Família, Unidades Básicas de Saúde e ambulatórios de atenção primária das UAIs. E quando necessário o atendimento especializado, o usuário é encaminhado as Unidades de Atendimento Integrado ou aos hospitais conveniados do SUS. O atendimento é realizado com agendamento e na possibilidade de cada serviço.

São oito Unidades de Saúde onde são disponibilizados atendimento médico nas clínicas básicas clínica geral, pediatria, ginecologia-obstetrícia, odontologia, psicologia, serviço social e atendimento de enfermagem.

As Unidades de Atenção Primária à Saúde estão localizadas nos seguintes bairros: Brasil, Custódio Pereira, Dona Zulmira, Guarani, Nossa Senhora das Graças, Patrimônio, Santa Rosa e Tocantins.

Nesta mesma definição a SMS de Uberlândia descreve a Equipe de Saúde da Família (ESF) como unidade que tem como principal objetivo oferecer às famílias serviços de saúde preventiva e curativa em suas próprias comunidades, o que resulta na melhora da qualidade de vida dos Uberlandenses, denominada no município por UAPSF.

Constituída por 45 equipes, distribuídas em 42 Unidades de Atenção Primária à Saúde da Família (UAPSF), sendo duas equipes na Zona Rural, onde são oferecidos atendimentos básicos de saúde. Essas Unidades estão instaladas nos seguintes bairros: Aclimação, Alvorada, Aurora, Canaã, Dom Almir, Granada, Ipanema, Jardim das Palmeiras, Joana D'arc, Lagoinha, Laranjeiras, Mansour, Morada Nova, Morumbi, Santa Luzia, São Gabriel, São Jorge, São Lucas, Seringueiras, Shopping Park, Taiaman, Campo Alegre e nos Distritos Tapuira, Cruzeiro dos Peixotos, Martinésia e Miraporanga.

Os Programas oferecidos à população no âmbito da atenção básica,são: Programa de Saúde Bucal, Programa de Hipertensão e Diabetes, Programa de Assistência, Farmacêutica e Remédio em Casa, Programa de Fonoaudiologia, Programa de Atenção Integral a Saúde da Pessoa Idosa - PASPI, Programa Ações de Enfermagem, Programa Oftalmologia Social, Programa Saúde Escolar, Programa de Ações em Serviço Social, Programa de Controle da Hanseníase, Programa de Tuberculose, Programa de Nutrição, Programa de Ações em Saúde Mental, Programa de Atendimento aos Portadores de Lesões Lábios Palatais, Ambulatório Municipal MI Herbert de Souza (DST/AIDS), Controle de Zoonoses, Vigilância Sanitária, Saúde do Trabalhador (CEREST), Programa de Oxigenoterapia, Vigilância Epidemiológica, Vigilância Ambiental, Programa Mãe Uberlândia, Programa Aninhar e Programa de Fisioterapia. Para estruturação administrativa da atenção em saúde Uberlândia está dividida em cinco regiões Norte, Oeste, Sul, Leste e central (Tabela 1).

O Parque São Jorge é um bairro localizado no Distrito Sanitário Sul da cidade da cidade de Uberlândia, Minas Gerais, Brasil. Integrado aos bairros São Jorge I, II, III, IV e V, Quinhão, Jardim das Hortências, Parque Primavera, Campo Alegre, São Gabriel, Viviane e Seringueiras, atualmente é considerado um dos maiores bairros de Uberlândia, sendo o 2º maior, pois a denominação de Grande São Jorge veio exatamente para explicar grande número de bairros que foram integrados no bairro São Jorge.

De acordo com o censo demográfico do IBGE, censo 2010, o rendimento nominal mensal da população local, pessoas responsáveis pelo domicílio, é de um a dois salários mínimos.

Tabela 1 - Uberlândia: População residente por Distrito Sanitário, 2012

Região	População	%
Norte	110.022	17,7
Oeste	148.208	23,8
Sul	120.026	19,3
Leste	133.580	21,5
Central	110.863	17,8
Total	622.699	100,0

Fonte: SMS Uberlândia

De acordo com Melo e Orlando (2013), com construção no início dos anos 80, com habitações da COHAB, o crescimento do bairro ocorreu de forma irregular, ou seja, sem um planejamento urbano adequado, no início não possuía serviços básicos como a coleta de resíduos sólidos urbanos, esgoto, pavimentação das ruas, telefones públicos e residenciais, contando apenas com o sistema de fornecimento de energia elétrica e de distribuição de água. E mesmo sem a prestação desses serviços básicos o bairro foi se desenvolvendo e novas edificações continuaram sendo construídas, pois os valores dos lotes eram acessível à população de menor renda. Delimitado pelas avenidas Seme Simão, Serra Bodoquena e BR 050, foi criado pelo projeto lei 6.622 de 10 de maio de 1996.

O território utilizado para o estudo coincide com o distrito sanitário de abrangência das Unidades Básicas da Estratégia Saúde da Família Parque São Jorge I e Parque São Jorge II e conta com 2.131 famílias e uma população de 7.333 pessoas cadastradas nas UBSFs, segundo dados de 2014 da SMS de Uberlândia.

### 1.5 Percurso metodológico

A pesquisa bibliográfica e documental foi realizada a partir do banco de dados da biblioteca e do banco de teses da UFU, portal de teses da CAPES, biblioteca e base de dados da Universidade de Lisboa, publicações nas bases de dados de bibliotecas online LILACS,

BVS, OPAS, dados do IBGE, do SIAB, DATASUS dentre outros.

A pesquisa de campo aconteceu no período fevereiro de 2013 a fevereiro de 2014 sendo que o acesso aos dados das ESFs só ocorreu após aprovação pelo setor de estágios e pesquisa da Prefeitura Municipal de Uberlândia.

O trabalho de campo se deu à luz da observação da realidade local e utilização dos espaços, os registros dos dados observados alimentaram o caderno de campo e os registros fotográficos ocorreram simultaneamente a estas observações.

A competência da gestão destes serviços pertence à Maçonaria e à missão Sal da Terra, em função disto, não foi possível uma efetiva participação dos atores envolvidos nas ações das EFs locais, a aproximação com as equipes foi dificultada, os contatos esporádicos e os dados atualizados da Atenção Básica que devem alimentar o SIAB, não disponibilizados mesmo com a autorização de pesquisa aprovada pelo setor competente do município.

A realização de atividades em campo permitiu a obtenção de informações e a percepção de como as ações e práticas de saúde na UBSF do bairro São Jorge, em Uberlândia, eram realizadas, se ocorriam considerando o reconhecimento do território/população, possibilitando participação ativa dos diversos atores nas propostas para resolução dos problemas identificados, com uma ação que valoriza as relações técnicas e sociais presentes na interação dos agentes entre si, entre os sujeitos individuais e coletivos, as organizações e instituições e os serviços de saúde (PAIM; ALMEIDA FILHO, 2000).

Para realização da pesquisa foi realizada uma leitura do território para diagnóstico do cenário e detecção de potencialidades e fragilidades para promoção da saúde no território em questão, na perspectiva do contexto da visão ampliada de saúde, elegendo elementos para construção do instrumento de coleta dos dados. Para tal o território foi considerado como um sistema aberto, complexo e dinâmico; analisado de forma multiescalar.

A abordagem destas fragilidades e potencialidades ocorreu dentro da visão miltoniana de fixos e fluxos do território localizados em mapas e identificados de acordo com o maior ou menor potencial de riscos à saúde, bem como locus de oportunidade para as práticas da ESFs de ações junto à comunidade dentro do distrito sanitário.

## **2 O TERRITÓRIO COMO O LOCUS PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE**

A luta pela reforma sanitária e mudança do paradigma na abordagem da prestação dos serviços, buscando romper com o modelo biomédico que só trata a doença para um modelo de atenção integral, com estratégias de promoção da saúde, caracterizou a década de 1990 como a década das reformas dos sistemas nacionais de saúde. Dentro deste panorama de reformas, no Brasil, o modelo assistencial passa a ser operado pelo SUS e surgem como propostas para a atenção primária em saúde dois novos programas: o Programa de Agentes Comunitários de Saúde e o Programa Saúde da Família.

No entendimento de Antunes e Egry (2000), o PSF vem para romper com o modelo assistencial clínico, centrado na consulta médica, na supervalorização da rede hospitalar, na cultura da medicalização e, sobretudo, no descompromisso e na falta de humanização dos serviços de saúde.

Segundo Souza (2000), a estratégia do PSF propunha uma nova dinâmica para a estruturação dos serviços de saúde na atenção primária, em sua relação com a comunidade, e também com os outros níveis de complexidade assistencial. Assume desta forma o compromisso de prestar assistência universal, integral, equânime, contínua e, acima de tudo, resolutiva à população, na unidade de saúde e no domicílio, sempre de acordo com as suas reais necessidades, através de diagnóstico local de saúde, identificando os fatores de risco aos quais ela está exposta e pelo planejamento multiprofissional e de forma intersetorial neles intervindo de forma apropriada.

É dessa forma que o PSF constitui-se em uma estratégia que:

Prioriza as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família, do recém nascido ao idoso, sadios ou doentes, de forma integral e contínua. Seu objetivo é a reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios, em substituição ao modelo

tradicional de assistência, orientado para a cura de doenças e no hospital. A atenção está centrada na família, entendida e percebida a partir do seu ambiente físico e social, o que vem possibilitando às equipes de saúde uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e da necessidade de intervenções que vão além de práticas curativas (BRASIL, 2000).

O campo de atuação da ESF é definido por um território de abrangência e uma população adscrita, e seu processo de implantação a cargo do município, com incentivo financeiro do governo federal, sendo implantada com prioridade nas áreas de maior vulnerabilidade social e a partir da análise do perfil epidemiológico das populações, que devem ser caracterizados pela leitura diagnóstica dentro do território maior, o município.

Segundo o Ministério da Saúde, a operacionalização do PSF deve ser adequada às diferentes realidades locais, desde que mantidos os seus princípios e diretrizes fundamentais. Para tanto, o impacto favorável nas condições de saúde da população adscrita deve ser a preocupação básica dessa estratégia (BRASIL, 1997).

## **2.1 Programa saúde da família: breve histórico**

O Brasil adotou o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (1991) e o Programa Saúde da Família (1994) como estratégias para contribuir na construção de um novo modelo de atenção integral à saúde das famílias e comunidades. O Programa Saúde da Família foi implantado no Brasil com intuito de consolidar e aperfeiçoar o Sistema Único de Saúde.

Essa estratégia apresenta-se como o eixo norteador dos serviços de atenção básica e possui como objeto de trabalho a família. A equipe de trabalho para atender a população em uma área de adscrição com no máximo 4.000 indivíduos é multiprofissional, devendo ter no mínimo um médico generalista ou especialista em saúde da família ou médico de família e comunidade, um enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, um

auxiliar ou técnico de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde (ACS). Esta equipe mínima pode ser acrescida de outros profissionais de saúde bucal (cirurgião-dentista generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal). O número de ACS deve ser suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por agente e de 12 ACS por equipe de Saúde da Família. Dentre as atividades realizadas, a equipe desenvolve ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde dos indivíduos e da família, por meio de visitas domiciliares, acompanhamento de grupos específicos e atendimento na unidade de saúde da área adstrita.

Segundo o Portal da Atenção Básica do Ministério da Saúde (BRASIL 2014), as atribuições dos profissionais da ESF são as seguintes:

- I. Participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos e vulnerabilidades;
- II. Manter atualizado o cadastramento das famílias e dos indivíduos no sistema de informação indicado pelo gestor municipal e utilizar, de forma sistemática, os dados para a análise da situação de saúde considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local;
- III. Realizar o cuidado da saúde da população adscrita, prioritariamente no âmbito da unidade de saúde, e quando necessário no domicílio e nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros);
- IV. Realizar ações de atenção a saúde conforme a necessidade de saúde da população local, bem como as previstas nas prioridades e protocolos da gestão local;

- V. Garantir da atenção a saúde buscando a integralidade por meio da realização de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde e prevenção de agravos; e da garantia de atendimento da demanda espontânea, da realização das ações programáticas, coletivas e de vigilância à saúde;
- VI. Participar do acolhimento dos usuários realizando a escuta qualificada das necessidades de saúde, procedendo a primeira avaliação (classificação de risco, avaliação de vulnerabilidade, coleta de informações e sinais clínicos) e identificação das necessidades de intervenções de cuidado, proporcionando atendimento humanizado, se responsabilizando pela continuidade da atenção e viabilizando o estabelecimento do vínculo;
- VII. Realizar busca ativa e notificar doenças e agravos de notificação compulsória e de outros agravos e situações de importância local;
- VIII. Responsabilizar-se pela população adscrita, mantendo a coordenação do cuidado mesmo quando esta necessita de atenção em outros pontos de atenção do sistema de saúde;
- IX. Praticar cuidado familiar e dirigido a coletividades e grupos sociais que visa propor intervenções que influenciem os processos de saúde doença dos indivíduos, das famílias, coletividades e da própria comunidade;
- X. Realizar reuniões de equipes a fim de discutir em conjunto o planejamento e avaliação das ações da equipe, a partir da utilização dos dados disponíveis;
- XI. Acompanhar e avaliar sistematicamente as ações implementadas, visando à readequação do processo de trabalho;
- XII. Garantir a qualidade do registro das atividades nos sistemas de informação na Atenção

Básica;

- XIII. Realizar trabalho interdisciplinar e em equipe, integrando áreas técnicas e profissionais de diferentes formações;
- XIV. Realizar ações de educação em saúde a população adstrita, conforme planejamento da equipe;
- XV. Participar das atividades de educação permanente;
- XVI. Promover a mobilização e a participação da comunidade, buscando efetivar o controle social;
- XVII. Identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais; e
- XVIII. Realizar outras ações e atividades a serem definidas de acordo com as prioridades locais. Outras atribuições específicas dos profissionais da Atenção Básica poderão constar de normatização do município e do Distrito Federal, de acordo com as prioridades definidas pela respectiva gestão e as prioridades nacionais e estaduais pactuadas.

A ESF deve trabalhar com o princípio da vigilância à saúde, apresentando uma característica de atuação inter e multidisciplinar e responsabilidade integral sobre a população que reside na área de abrangência de suas unidades de saúde. Acrescenta ainda que a partir da análise da situação de saúde local e de seus determinantes, os profissionais e gestores possuirão os dados iniciais necessários para o efetivo planejamento das ações a serem desenvolvidas BRASIL (1997).

A estratégia utilizada para caracterização e leitura local se dará por intermédio de

visitas aos domicílios com identificação dos componentes familiares, da morbidade referida, das condições de moradia, do saneamento e das condições ambientais das áreas onde essas famílias estão inseridas. Nessa etapa, inicia-se o vínculo da unidade de saúde/equipe com a comunidade, que é informada da oferta de serviços disponíveis e dos locais, dentro do sistema de saúde, que prioritariamente deverão ser a sua referência.

Em 2006, o PSF deixou de ser programa e passou a ser uma estratégia permanente na atenção básica em saúde, justamente por que programa possui tempo determinado e estratégia é permanente e contínua. Desse modo passou a ser denominado de Estratégia Saúde da Família (ESF).

A ESF foi implantada juntamente com o Pacto pela Saúde (2006) que se divide em três componentes centrais: pacto pela vida, pacto em defesa do SUS e pacto de gestão. O Pacto pela Saúde surge com a finalidade de consolidar o SUS, buscando fortalecer principalmente a Atenção Básica em saúde e focalizando em ações de promoção a saúde.

Desta forma a ESF tem por princípios os mesmos que norteiam o SUS, a Atenção Básica em saúde que se constituem para garantir a saúde como direito de todo cidadão e dever do Estado, buscando à qualidade dos serviços prestados e o acesso aos mesmos.

A Atenção Básica em saúde, de acordo com a Política Nacional de Atenção Básica - PNAB de 2006 - é orientada pelos seguintes princípios: “[...] da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social” BRASIL (2006).

Desse modo, a ESF apresenta-se como forma de consolidação do proposto na Constituição Federal de 1988 e na Lei Orgânica de Saúde 8080/90, nos princípios, nas diretrizes, nos objetivos, ou seja, as bases do SUS.

## 2.2 Diretrizes da Estratégia Saúde da Família

As ações da ESF bem como a decisão de implantação ficam a cargo do município, tornando o programa como uma política de governo e não de estado, mesmo tendo nesta a base da atenção primária em saúde no Brasil. As delineações básicas e estruturantes destas ações são definidas pelas diretrizes propostas pelo Ministério da Saúde que devem ser seguidas pelos municípios desde o processo de implantação e servem como eixo norteador para as ações futuras no território de abrangência sendo assim em um processo dinâmico.

Desta forma, mesmo sendo a operacionalização da ESF adequada às diferentes realidades locais, seus princípios e diretrizes fundamentais devem ser mantidos, tendo como um dos princípios para mudança de paradigma apontar o foco de atenção de uma equipe de saúde para um *“indivíduo, núcleo familiar e ambiente de vida”* em oposição ao *“indivíduo biológico e dissociável”* (grifo nosso), tendo como ponto de partida a análise da situação de saúde local e de seus determinantes (BRASIL, 2000). Como componentes básicos da ESF são apontadas as seguintes Diretrizes:

- Conhecer a realidade das famílias pelas quais é responsável, através do cadastramento destas e do diagnóstico de suas características sociais, demográficas e epidemiológicas;
- Identificar os problemas de saúde prevalentes e situações de risco, aos quais a população está exposta;
- Elaborar, com a participação da comunidade, um plano local para o enfrentamento dos determinantes de processo saúde/doença; prestar assistência integral, respondendo de forma contínua e racionalizada à demanda organizada ou espontânea, na USF, na comunidade, no domicílio e no

acompanhamento ao atendimento nos serviços de referência ambulatorial ou hospitalar, desenvolver ações educativas e intersetoriais para o enfrentamento dos problemas de saúde identificados.

A estratégia utilizada para o alcance e preservação da dinâmica se dá por intermédio de visita domiciliar com constante identificação de riscos reais e potenciais no ambiente de vida destas famílias. Esta estratégia viabiliza ainda a manutenção do vínculo da unidade de saúde/equipe com a comunidade.

De acordo com o Ministério da Saúde (Brasil,1997), o PSF se propõe a trabalhar com o princípio da vigilância à saúde, apresentando uma característica de atuação inter e multidisciplinar, com responsabilidade integral sobre a população que reside na área de abrangência de suas unidades de saúde. Acompanha estas diretrizes uma perspectiva de família que neste contexto passa a ser o objeto de atenção e compreendida em seu ambiente de vida. Para o Ministério da Saúde, a delimitação do ambiente de vida e o território assumem papel decisivo sobre as ações de práticas do cuidado em saúde.

Mais que uma delimitação geográfica, é nesse espaço que se constroem as relações intra e extra-familiares e onde se desenvolve a luta pela melhora das condições de vida – permitindo, ainda, uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e, portanto, da necessidade de intervenções de maior impacto e significação social. As ações sobre esse espaço representam desafios a um olhar técnico e político mais ousado, que rompam os muros das unidades de saúde e se enraízem no meio onde as pessoas vivem, trabalham e se relacionam (BRASIL, 1997).

Neste novo modelo passa a ser central a Promoção da Saúde, com educação para saúde, a mobilização comunitária, articulação dos vários setores da administração pública (ação intersetorial) e o estabelecimento de parcerias na comunidade, instalando-se uma nova

ética nos serviços: o compromisso, a responsabilização e a solidariedade.

De acordo com a PNAB (2006), a ESF deve ser orientada pelos mesmos princípios do SUS, pelos princípios doutrinários da universalidade, da equidade e da integralidade, e organizacionais, que são os da regionalização e hierarquização, da resolubilidade, da descentralização e da participação da sociedade. Define-se ainda que a ESF deve:

- Ter caráter substitutivo em relação à rede de Atenção Básica tradicional nos territórios em que as Equipes Saúde da Família atuam;
- Atuar no território, realizando cadastramento domiciliar, diagnóstico situacional, ações dirigidas aos problemas de saúde de maneira pactuada com a comunidade onde atua, buscando o cuidado dos indivíduos e das famílias ao longo do tempo, mantendo sempre postura pró-ativa frente aos problemas de saúde doença da população;
- Desenvolver atividades de acordo com o planejamento e a programação realizados com base no diagnóstico situacional e tendo como foco a família e a comunidade;
- Buscar a integração com instituições e organizações sociais, em especial em sua área de abrangência, para o desenvolvimento de parcerias; e
- Ser um espaço de construção de cidadania.

As ESFs atuam em territórios delimitados, o que significa que esse território terá características específicas e prioridades, que serão observadas a partir do diagnóstico situacional, o que contribuirá para a realização do planejamento e programação das ações e serviços de saúde também específicos, buscando a qualidade dos mesmos e o atendimento prioritário e direcionado aos problemas e necessidades de cada território. Nesses espaços as

equipes de saúde da família têm o dever de substituir o modelo tradicional de atenção à saúde, focalizar o trabalho em equipe, estabelecer a família no contexto do território como objeto de trabalho, e desenvolver ações de promoção, prevenção e proteção a saúde.

### **2.3 Territorialização na estratégia saúde da família**

As diversas compreensões acerca do processo saúde-doença têm impulsionado discussões quanto aos meios e estratégias para oferecer serviços de saúde à população e elaborar estratégias para tal. O uso do território como estratégia tem sido a proposta do Ministério da saúde através dos Sistemas Locais de Saúde (SILOS).

A Constituição Federal de 1988 que criou o SUS e as Leis 8.080 e 8.142 de 1990 que o regulamentaram destacam os princípios organizativos e operacionais do sistema de saúde, como a construção de modelo de atenção instrumentalizado pela epidemiologia, um sistema regionalizado com base municipal e o controle social, fortalecendo, através da municipalização, o uso do território como estratégia para realizar o planejamento, monitoramento e avaliação em saúde.

Outro aspecto importante é a territorialização como resultado da organização social das comunidades, que expressa as condições materiais - socioeconômicas, mas também simbólicas - culturais, com mecanismos de associações cooperativas e de ajuda mutua, que resultam num dado empoderamento para enfrentar as iniquidades.

Portanto, ao se discutir o território deve se levar em consideração os diversos aspectos que caracterizam os grupos populacionais que serão atendidos pelo serviços de saúde, caracterizando-se num dado espaço contingente, uma dada população específica, vivendo em dado tempo, com problemas de saúde bem definidos.

O estudo do território deve buscar não só a caracterização do lócus da doença e sua distribuição espacial. Esta caracterização acompanhava o conceito simplista de saúde onde a ausência da doença simbolizava sua presença. O território pode revelar situações de risco e vulnerabilidade da população, assim como pode ajudar na caracterizar os determinantes do processo saúde-doença.

A mudança deste paradigma e um novo conceito de saúde em seu caráter mais ampliado se apresentam como “divisores de águas” para contemplar uma perspectiva de território como local para planejar, contextualizar, estudar, propor ações de saúde e até tratar doenças.

A exemplo disto a Epidemiologia Social fez progressos significativos no que se refere à interpretação coletiva do adoecimento e acentuou a forte dependência social desse fenômeno. A inserção do pensamento geográfico, no sentido de contribuir para essa mesma investigação, pode revelar o perfil territorial do processo saúde-doença. Czeresnia e Ribeiro (2000) aponta que apesar de constituir-se numa categoria fundamental da epidemiologia, o espaço é compreendido neste campo do conhecimento separado do tempo e das pessoas, como o lugar geográfico que predispõe a ocorrência de doenças.

A própria constituição do espaço se caracteriza como local de relações e construção social que formulam os aspectos de saúde, que segundo Santos (1988) tem como elementos constitutivos: os homens; o meio ecológico base física do trabalho humano; as infraestruturas, materialização do trabalho humano em formas; as “firmas” responsáveis pela produção de bens, serviços, ideias e as instituições encarregadas de produzir normas, ordens e legitimações (SANTOS, 1998).

Dentro desta linha ao caracterizar os “territórios do cotidiano” Mesquita e Brandão (1995), têm como parâmetros a co-presença, a vizinhança, a intimidade, a emoção, a

cooperação e a socialização com base na contiguidade, reunindo na mesma lógica interna todos os seus elementos: pessoas, empresas, instituições, formas sociais e jurídicas e formas geográficas.

A proposta de organização dos sistemas de saúde a partir da atenção primária foi preconizada na Conferência de Alma-Ata, ocorrida na antiga União Soviética, realizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Tal Conferência teve sua importância destacada, principalmente, pelo lema “Saúde para todos até o ano 2000” que ficou amplamente conhecido. Diversos países afirmaram tal compromisso com a finalidade de melhorar a saúde da população com a valorização da atenção primária e da participação comunitária (BRASIL, 2000).

Em novembro de 1986, a discussão acerca do amplo significado e relevância da “promoção da saúde” culminou na 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde em Ottawa (Canadá), onde foram destacados progressos alcançados a partir da Declaração de Alma-Ata. O resultado desta Conferência foi expresso na Carta de Ottawa que define promoção da saúde como “o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo” (BRASIL, 2001, p. 19). Além disso, foram discutidos vários fatores intervenientes no estado de saúde do indivíduo, bem como a responsabilidade do Estado neste processo, devendo o mesmo garantir condições para que as diferenças sejam minimizadas (CARTA DE OTTAWA, 1986).

A crise financeira vivenciada pelo Brasil no Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS) devido ao aumento dos gastos por necessidade de atendimento a uma parcela maior dos trabalhadores incide na segunda metade da década de 1970 no chamado movimento sanitaria, que teve como foco estabelecer um novo relacionamento

entre o setor privado e o governo na área da saúde e lutar pela constituição de um sistema universal de saúde.

Este e outros movimentos resultaram na VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, na qual foi aprovado um relatório cujas recomendações passaram a constituir o projeto da reforma sanitária brasileira. Podemos destacar como principais metas do projeto: a saúde como direito de todos e dever do estado; o acesso universal aos serviços de saúde dignos e com qualidade; e que saúde não inclui apenas assistência médica, mas, também, emprego, alimentação, moradia, saneamento básico, lazer, educação, transporte, e outras demais necessidades. Vale destacar, também, que este movimento reconhece um novo ator até então passivo. Trata-se do usuário, que passa a proporcionar a ideia de autosustentabilidade a este movimento, gerando um processo de descentralização até então inconcebível na organização em saúde.

A partir de então, a saúde passa a ser entendida como “direito de todos e dever do Estado, garantido 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”, sendo inclusa na Constituição de 1988, no artigo 196. (BRASIL, 2006).

## **2.4 As concepções acerca do território em saúde**

As concepções acerca do espaço, território, territorialidade da ocupação humana permeiam diversos olhares como antropológico, filosófico, biológico, geográfico e o olhar da saúde que leva em consideração os demais para definir território, bem como para definir as demandas locais em saúde de uma determinada população, comunidade, grupo ou mesmo do núcleo familiar.

Sack (1986) define a territorialidade como o esforço coletivo de um grupo social para ocupar, usar, controlar e se identificar com o seu ambiente biofísico, convertendo-a assim em seu “território” ou *homeland*. Para Casimir (1992) a territorialidade é uma força latente em qualquer grupo, cuja manifestação explícita depende de contingências históricas. Neste contexto um território surge diretamente das condutas de territorialidade de um grupo e deste modo trata-se de um produto histórico de processos sociais e políticos. Por isso, torna-se necessário, para analisar o território de qualquer grupo, uma abordagem histórica que trata do contexto específico em que surgiu e dos contextos em que foi defendido e/ou reafirmado. Este olhar antropológico e filosófico deve valorizar a multiplicidade de expressões da territorialidade humana, o que produz uma amplitude de territórios, cada um com suas particularidades socioculturais, bem como os vínculos sociais com o ambiente físico e defesa dele.

Do ponto de vista físico, território esboça uma significação de espaço definido e com características próprias, com imposições da população ali adstrita, que é capaz de modificá-lo e ao mesmo tempo, ser modificada por ele. Por um olhar social, o território pode ainda ser descrito e entendido como um produto social que está em permanente construção, configurando um processo de territorialização, desterritorialização e reterritorialização, que se faz dentro de um padrão de dependência histórica, no qual o espaço construído atua como agente na reconfiguração do novo espaço (HAESBAERT, 2005).

Para Raffestin, espaço e território têm significados distintos, porém convergentes em um dado momento. Nas palavras do autor:

É essencial compreender bem que o espaço é anterior ao território. O território se forma a partir do espaço, é o resultado de uma ação conduzida por um ator sintagmático (ator que realiza um programa) em qualquer nível. Ao se apropriar de um espaço, concreta ou abstratamente [...] o ator “territorializa” o espaço. (RAFFESTIN, 1993, p. 143).

Para Saquet (2003, p. 3), “o território é compreendido como fruto de processos de apropriação e domínio de um espaço, inscrevendo-se num campo de forças, de relações de poder econômico, político e cultural”.

Neste aspecto, um território é constituído de territorialidades, palavra de ampla significação caracterizada pela totalidade das questões que a envolvem concretas e abstratas, objetivas e subjetivas, materiais e imateriais, emotivas e perceptivas. Na definição de Soja (2001), territorialidade é composta por três elementos: senso de identidade espacial, senso de exclusividade e compartimentação da interação humana no espaço. Portanto para se considerar o território deve se entender a territorialidade, especialmente nas ações desenvolvidas utilizando este como recurso estratégico. Portanto, a expressão territorialidade para Andrade (1995), está associada ao território. Já territorialização é a forma como se materializa o território, bem como a manifestação das pessoas, a especialização de qualquer segmento da sociedade como, por exemplo, a produção econômica de um determinado produto.

Territorialidade pode ser entendida tanto como o que se encontra no território, estando sujeito à sua gestão, quanto, ao mesmo tempo, o processo subjetivo de conscientização da população de fazer parte de um território, de integrar-se em um Estado

[...] A formação de um território dá às pessoas que nele habitam a consciência de sua participação, provocando o sentido da territorialidade que, de forma subjetiva, cria uma consciência de confraternização entre elas (ANDRADE, 1995, p. 20).

Ao definir território e territorialização na atenção primária, Mir (1990) apresenta a divisão do território sistematizada em Território-Distrito, Território-Área, Território Micro-Área e Território-Moradia. Para o autor, Território-Distrito é o conjunto total espaço-populacional do sistema regionalizado, em geral coincidindo com um limite ou uma definição

político-administrativa, como um município, subdivisões municipais ou conjunto de municípios e corresponde a uma definida coordenação sanitária, de articulação interna e externa. Território-Área seria a primeira subdivisão do Território-Distrito, devendo representar o espaço-população adstrita, que estabeleça vínculo e relação com uma Unidade de Saúde, permitindo a melhor relação e fluxo população-serviços, com essa unidade e outros necessários e compatíveis com a atenção à saúde nesse nível. Território Micro-Área seria uma subdivisão do Território-Área próxima ao conceito de "área homogênea de risco", permitindo e objetivando contínua análise epidemiológica com identificação e enfrentamento continuado dos problemas de saúde. Território-Moradia constituiria o espaço de menor agregação social, familiar ou de grupos de indivíduos, permitindo aprofundar o conhecimento epidemiológico e o desenvolvimento de ações de saúde.

Nesta mesma linha, Mendes (1993) diz que o território é um espaço em permanente construção, produto de uma dinâmica social onde se tensionam sujeitos sociais postos na cena política. Uma vez que estas tensões são permanentes, o território nunca está acabado, mas, ao contrário, em constante construção e reconstrução. É a concepção de território processo que além de um território-solo é um território econômico, político, cultural e epidemiológico, configurando uma realidade de saúde sempre em movimento, nunca pronto.

É nesta perspectiva que se constitui o Distrito Sanitário como um processo de transformação das práticas sanitárias, considerando-se as dimensões políticas, ideológicas e técnicas superando uma visão topográfico-burocrática.

Um Distrito Sanitário só terá sentido se seus resultados apresentarem uma utilidade que se expresse no impacto sobre os níveis de saúde da população de um determinado território. Por impacto, deve-se entender as mudanças, quantitativas e qualitativas, no estado atual e futuro da saúde da população que possam ser atribuídas aos serviços de saúde.

A avaliação do impacto relaciona-se, portanto, com um resultado, ou seja, com a capacidade que têm os produtos de um sistema de saúde de alterar, para melhor, os níveis de mortalidade, morbidade ou incapacidade.

Na tentativa de ordenar o território de acordo com as necessidades e possibilidades das práticas de intervenção, propõem-se as subdivisões: território-área, território-microárea e território-moradia.

O território-área refere-se à área de uma unidade ambulatorial de saúde, delimitando-se em função do fluxo e contra-fluxo de trabalhadores de saúde e da população num determinado território. A lógica de sua estruturação é a constatação de barreiras geográficas impeditivas de uma livre circulação. É, sobretudo, um território de determinação da corresponsabilidade pela saúde naquele espaço entre população e serviço, mas, também, um espaço de organização básica da prática de atenção à demanda.

O território-microárea, subdivisão do território-área, é normalmente assimétrico, definido segundo a lógica da homogeneidade socioeconômico-sanitária, isto é, a identificação de espaços onde se concentram grupos populacionais mais ou menos homogêneos de acordo com suas condições objetivas de existência. Está próximo ao conceito de "áreas homogêneas de risco". Seu objeto é a prática da vigilância à saúde mediante um conjunto de ações interdisciplinares e intersetoriais.

Finalmente, o território-moradia é o espaço de vida de uma micro-unidade social (família nuclear ou extensiva), identificado no território-microárea como locus para o desencadeamento de ações de intervenção sobre algumas causas dos problemas e seus efeitos.

Portanto, a territorialização é um processo permanente, portanto contínuo e dinâmico, assim como o processo saúde-doença e desenvolvimento de tecnologias para a saúde, caracterizando a reterritorialização como ferramenta cabível e imprescindível para a

organização administrativa na atenção à saúde.

A territorialização consiste em um dos pressupostos da organização de processos de trabalho que considerem as características de determinado local/espço e população, definindo uma atuação em determinada delimitação espacial. Ainda que considerada como uma estratégia administrativa a territorialização não pode ser resumida a espaço, pois deve se considerar a amplitude das relações e determinações que permeiam os aspectos socioculturais, socioeconômicos bem como de saúde de dada população.

É importante que se ressalte a possível incongruência ao se definir território para utilização como ferramenta administrativa e estratégica em saúde com a caracterização meramente física de um determinado espaço. Andrade (1995, p. 19) ratifica esta ideia na própria definição de território:

O conceito de território não deve ser confundido com o de espaço ou de lugar, estando muito ligado à ideia de domínio ou de gestão de uma determinada área. Deste modo, o território está associado à ideia de poder, de controle, quer se faça referência ao poder público, estatal, quer ao poder das grandes empresas que estendem os seus tentáculos por grandes áreas territoriais, ignorando as fronteiras políticas.

O Sistema Único de Saúde, criado pela constituição de 1988 e regulamentado em 1990, pelas Leis 8.080 e 8.142, se destaca pelos seus princípios organizativos e operacionais, que propõe a construção de sistema de atenção regionalizado, com base municipal, e com controle social. Foi o SUS, com a municipalização da saúde, que fortaleceu o uso do território como estratégia em saúde.

A Norma Operacional 01/93, de maio de 1993, foi o referencial do processo de implantação do Sistema Único de Saúde, tendo procurado sistematizar o processo de descentralização da gestão do sistema e serviços, num esquema de transição, com diferentes níveis de responsabilidades para os Estados e Municípios e, por relação, do próprio Governo

Federal.

Posteriormente, a NOB-SUS 01/96 avança o processo de municipalização do setor saúde definindo como principal operador da rede de serviços do SUS o Sistema Municipal de Saúde, permitindo aos usuários ter a proximidade com os responsáveis pela implantação das políticas públicas que podem determinar o seu estado de saúde. Esta norma define o campo de atuação do sistema em três componentes: o da assistência à saúde, o das demandas ambientais e o das políticas extra-setoriais, resgatando o princípio constitucional da integralidade, permitindo a construção de um modelo assistencial que incorpora ao modelo tecnológico clínico dominante o modelo epidemiológico.

A definição do município como território em saúde, do ponto de vista organizativo, aponta para a necessidade do território ser definido em unidades menores que facilitem a operacionalização da atenção à saúde, em análises multiescalares. Pode-se considerar o município a base do sistema e fragmentar o território em distritos ou subunidades, segundo suas características geográficas, populacionais, sociais econômicas, culturais e epidemiológicas. Devem-se considerar, também, todos os aspectos envolvendo as dimensões do município e do usuário, dentre elas as questões da pertença que são dimensões que precisam ser consideradas como elementos imprescindíveis ao estudo dos desenhos territoriais e da delimitação territorial de serviços de saúde, assim como a definição das redes de hierarquização desses serviços e a mobilidade espacial na busca pelo cuidado à saúde. A compreensão de território, neste caso não somente define relações de poder para organizar os serviços, mas define também a identidade social e cultural das famílias.

Essa relação identidade-território toma a forma de um processo em movimento, que se constitui ao longo do tempo, tendo como principal elemento o sentido de pertencimento do indivíduo ou grupo com o seu espaço de vivência. Esse sentimento de pertencer ao espaço em

que se vive, de conceber o espaço como *locus* da vida e da saúde, tem raiz numa uma complexa trama de relações sociais que dá a esse espaço o caráter de território.

A territorialização em saúde não pode ser compreendida como um simples ato de dividir determinado espaço em partes. A territorialização é a distribuição de um dado espaço em subespaços que possibilitem/facilitem as ações em saúde. Estes subespaços ou distritos devem ser definidos a partir de critérios e dados de saúde que compreendam todos os possíveis determinantes de saúde, viabilizando assim ações para se atender os princípios do SUS, dentre eles os princípios da equidade e da integralidade.

As dimensões socioeconômicas que permeiam o processo saúde-doença e o uso do serviço de saúde expressam territorialmente as desigualdades (iniquidades) e, em grande parte, resultam de concentração dos recursos financeiros e materiais e do acesso limitado aos bens e serviços por uma grande parcela significativa da população.

Ao se definir territórios em saúde, as diversas unidades ou subunidades que comporão a rede de atenção à saúde devem estar planejadas e planificadas de forma que busquem uma distribuição espacial bem definida com vistas a se buscar uma efetividade e qualidade dos serviços prestados. A própria distribuição e até mesmo a localização dos serviços de maior densidade tecnológica devem ser planejados e ofertados de forma concentrada, e de fácil acesso através do sistema de transporte urbano. Os serviços de menor densidade tecnológica devem ser planejados para uma oferta de forma dispersa, visando atender de forma acessível um número delimitado de usuários, respeitando as especificidades locais. Lembramos ainda o sentimento de pertença dos sujeitos, diríamos que, em parte, o uso de serviços se dá pela receptividade do sistema no aspecto acolhimento e vínculo. Nesta ótica, território significa espaço de interação da população e serviços de saúde bem como com sua estrutura administrativa e seus gestores.

Territorialização e vinculação de uma dada população são ideias nucleares da proposta do Programa de Saúde da Família (PSF). O espaço territorial das áreas das Equipes de Saúde da Família (ESF) deve ser o locus operacional de ações, que tem como objetivo, não só a assistência, mas também a promoção e a proteção da saúde da população.

### **3 (RE) ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE E A TERRITORIALIZAÇÃO**

A visão mecanicista do mundo e o dualismo científico ganharam força após estudo de Isaac Newton (1642-1727) que por meio do uso de métodos matemáticos explicou alguns fenômenos celestes e aumentou a percepção de que as coisas da natureza são regidas por leis imutáveis.

Nas ciências e práticas médicas este fenômeno não foi diferente. Esta perspectiva científica se estabeleceu e ainda se faz presente na abordagem do processo saúde/doença, no qual a presença de um significa a ausência do outro, dentro de uma visão cartesiana.

Com a descoberta dos organismos vivos microscópicos por Louis Pasteur, o modelo biomédico surge como o modelo respaldado por esta visão científica, uma vez que a biologia explicava diversos fenômenos e se apoiava na concepção cartesiana. Em decorrência, a doença ficava entendida como a relação micro organismo e o homem.

O modelo de saúde adotado pelo Brasil é o reflexo deste modelo assistencialista construído nos EUA e em outros países ocidentais, a partir de uma visão mecanicista e reducionista de saúde, o modelo biomédico de assistência à saúde, considerado por Capra (1982) um modelo que concebe o corpo humano como uma máquina e a doença como o mau funcionamento dos seus mecanismos biológicos. Dessa maneira, o papel do médico é intervir física ou quimicamente para consertá-lo.

Por meio das categorias de doenças, entidade mórbida, corpo doente, organismo, fato patológico, lesão, sintoma, etc., elaboradas no período clássico, a medicina instaura o discurso sobre objetividades, onde a doença e o corpo são temas de enunciados positivos, científicos. A medicina, considerada a disciplina das doenças, é pioneira na constituição da racionalidade

moderna, seja por meio de suas teorias e conceitos ligados ao mecanicismo, seja por meio de seus profissionais que, mais que práticos da arte de curar, são teóricos da ciência moderna das doenças (LUZ, 2004).

Andrade e Barreto (2002) afirmam que o período do início do século XX até a década de 70 é marcado pelo fortalecimento da clínica e pela sistematização da educação médica com publicação do Relatório Flexner. Configura-se o paradigma biomédico, privilegiando as ações individuais, curativas, as especializações e o biologicismo.

O modelo biomédico sustenta-se nos seguintes elementos: biologicismo, individualismo, especialização, tecnificação e curativismo. Esses elementos coexistem, complementam-se e potencializam-se no interior do modelo, reforçando a separação entre individual e coletivo, biológico e social, ação curativa e preventiva, público e privado. A fragmentação do homem e consequentemente a disciplinarização da medicina e sua prática tornam-se a principal característica deste modelo de saúde (MENDES, 1996; BARROS, 2002).

Não podemos negar as realizações deste modelo, com certo poder de atuação sobre a cura de diversas doenças e descobertas importantes para tratá-las como os antibióticos e técnicas de uso de recursos tecnológicos. Porém, há uma ineficácia que se relaciona com os altos custos dos procedimentos tecnológicos, que só se efetivam a custas de grandes recursos econômicos, que a maioria da população não pode pagar. Na década de 1970, a ineficácia deste modelo assistencial altamente especializado ficou comprovada pela necessidade de grandes investimentos e retorno desproporcionalmente pequeno. Mas, as ineficácias deste modelo referencial curativista vão além dos altos custos; sendo capaz de eliminar algumas doenças em emergências individuais, porém incapaz de diminuir as proporções da sua ocorrência.

Para a superação deste modelo, os serviços e práticas sanitárias necessitam passar por mudanças e reformas profundas, com redefinição do objeto da ação, dos processos e dos meios de trabalho, nas quais as formas de organização dos serviços de saúde configurem um sistema que garanta práticas resolutivas, equânimes, integrais e que considerem as subjetividades.

Tem sido um grande desafio e uma tensão paradigmática superar esse modelo hegemônico, na construção de um paradigma sanitário que considere os acontecimentos cotidianos dos indivíduos e das coletividades nos modos de vida, bem como as expressões singulares e subjetivas, na determinação da saúde-doença.

As diversas tentativas de mudança nas ações e práticas de saúde esbarram na força do modelo biomédico e na convicção de gestores e profissionais de saúde de que, tratar a doença seja a única forma de se obter saúde. Desta forma, os modelos de ações de saúde ainda permeiam ou se sustentam pela visão tecnoassistencial, do tratamento das doenças e que lugar de se promover “saúde” sejam os estabelecimentos nosocomiais.

A mudança de paradigma passa pela própria conceituação de saúde, dentro de uma visão que pode assumir aspectos de carácter individual, mas também social e cultural, com conotações que podem apresentar diversidades locais e globais, num sentido mais alargado, na direção do conceito da OMS que propõe saúde, como bem-estar, sob uma concepção de ser integral, biológico, psíquico, social e espiritual, em que o biológico se equilibra com os demais aspectos da vida e o meio onde estas relações acontecem assume a importância de ser o locus do processo.

Entendemos assim que, há uma necessidade de reorganização dos serviços de saúde para que as ações sejam direcionadas para o uso do território de vida das populações e para prática promoção da saúde. Em verdade, esse processo já começou.

A partir de 1994, a ESF ainda PSF assume o papel de norteador da APS. A organização do sistema de saúde no SUS ficou articulada em três níveis de atenção: Atenção Primária à Saúde (APS), atenção de média e de alta complexidade. Enquanto a média complexidade consiste em serviços e ações que necessitam de um suporte diagnóstico e terapêutico tecnológico, sem grandes investimentos financeiros, a alta complexidade envolve alta tecnologia e elevados custos.

A Atenção Primária à Saúde é apresentada como a grande proposta de reorganização dos serviços de saúde, sendo a principal porta de entrada do SUS e o local do primeiro contato do cidadão com os serviços de saúde, devendo buscar o rompimento com o modelo tradicional, desviar o foco da doença e do indivíduo para colocá-lo na saúde e no coletivo. Mas, o que se tem notado é que, por vezes, esta estratégia A APS tem sido estabelecida com os mesmos princípios do modelo biomédico tecnoassistencial, no qual a maioria das ações são voltadas para a assistência curativa e individual, como um centro de realização de consultas médicas e na prática da clínica pautada em cura e reabilitação.

Com predomínio do pensamento clínico sobre o processo saúde-doença [...] A saúde é entendida ou representada como ausência de doenças e a organização dos serviços é medicamente definida e tem como objetivo colocar à disposição da população serviços preventivos e curativo-reabilitadores (MENDES, 1996, p. 236).

A ESF tem seguido o paradigma sanitário moderno, sustentado no modelo biomédico de explicação e intervenção sobre o processo saúde-doença, de curar indivíduos e pela racionalidade científica moderna. A prevalência desta prática é perceptível na forma de remuneração dos profissionais que têm suas rendas condicionadas ao aspecto quantitativo, onde a produtividade é delineada pelo número de práticas assistenciais que determinam maior ou menor ganho, aspecto também utilizado para dimensionar a efetividade da ESF, nas filas em busca por consultas, pedidos de exames e de receitas médicas, na importância dada à

figura do profissional médico e desnível de remuneração entre categorias profissionais. Romper com esse modelo da assistência individual, que só vê o corpo biológico não é tão simples e, não é por acaso que Foucault (2004) diz:

O controle da sociedade sobre os indivíduos não se opera simplesmente pela consciência ou pela ideologia, mas começa no corpo, com o corpo (FOUCAULT, 2004, p. 80).

### **3.1 Promoção da saúde como um novo paradigma**

A promoção da saúde surge no pós-crise da medicina científica como proposta de reorganização da atenção primária em saúde, esta estratégia pode ser considerada como fruto da medicina social, que propõe o corpo como uma realidade biosociopolítica.

A preocupação com a saúde da população em um contexto mais amplo para além do biologismo acompanha alguns países europeus desde o final do século XV, preocupando com os fatores econômicos, políticos e científicos do mercantilismo, a doença em âmbito coletivo e social.

O termo promoção da saúde foi utilizado pela primeira vez por Sigerist, historiador médico que utiliza, pela primeira vez em 1946, em documentos escritos, o termo promoção da saúde ao definir as quatro áreas de atuação da medicina: promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento das doenças e reabilitação (OMS, 1986).

Em 1974, no Canadá, a publicação do Informe Lalonde, representou o grande marco para a promoção da saúde, como proposta de reorganização da atenção primária em saúde.

O então ministro de Bem-Estar e Saúde do Canadá, Marc Lalonde publicou o documento intitulado “Uma nova perspectiva para a saúde dos canadenses” no qual introduziu a ideia de que a melhoria das condições ambientais e a mudança de comportamento dos

indivíduos poderia resultar em significativa redução da morbi-mortalidade (BUSS, 2003).

Este documento apresentava a saúde como resultado de quatro componentes: a biologia humana (genética e função humana); o ambiente (natural e social), o estilo de vida (comportamento individual que afeta a saúde) e a organização dos serviços de saúde. Apesar dessa proposta inovadora, o relatório Lalonde ainda colocava foco na ação individual, prescrevendo mudança de estilos de vida, numa perspectiva comportamental e preventivista, culpabilizando a vítima e responsabilizando os indivíduos pelo seu estado de saúde (STOTZ e ARAÚJO, 2004).

Castiel (2003) apresenta críticas à essa concepção de promoção da saúde porque parte-se do pressuposto de que se pode decidir o futuro desejável, criando “hábitos saudáveis” em que cada um de nós deve dirigir a si próprio com intervenções em busca da saúde e evitando-se situações de risco. Da mesma forma, as “escolhas saudáveis” direcionam a uma vertente de consumo da saúde que implicitamente reforçam o pensamento neoliberal, individualista, que gera grupos de indivíduos entregues a si próprios e remetem à busca incessante de atitudes, comportamentos, estilos e hábitos sempre saudáveis.

Não há dúvidas que o Informe Lalonde influenciou as políticas sanitárias em muitos países e ajudou a estabelecer as bases para a conformação de um novo paradigma dos cuidados de saúde, centrado na atenção primária, formalizada na Conferência de Alma-Ata, em 1978, com propostas como “Saúde para Todos até o ano 2000” e a “Estratégia de Atenção Primária de Saúde”. Esta Conferência Internacional de Atenção Primária à Saúde colocava a necessidade de ação urgente de todos os governos, dos trabalhadores de saúde e ampliação da participação da comunidade mundial para promover a saúde de todos os povos com o lema Saúde Para Todos no Ano 2000 (BRASIL, 2001).

Neste momento, o contexto dos aspectos sociais e da coletividade ganha força e definem a saúde para além do biológico. Enfatizavam-se a participação comunitária e a cooperação entre os diferentes setores da sociedade em busca da construção de políticas públicas saudáveis cujo fundamento conceitual é a promoção da saúde (MARCONDES, 2004).

Outro marco importante foi a Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, em Ottawa no Canadá que culminou com a Carta de Ottawa que definiu promoção da saúde como um 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 sociais 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. Neste 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 (BRASIL, 2001, p. 19).

Em 1988, foi realizada a II Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, na Austrália, que teve como resultado a Declaração de Adelaide sobre Políticas Públicas Saudáveis. No documento, são identificadas cinco áreas de ação para a promoção da saúde: formulação de política pública para a saúde, criação de entornos próprios do processo saúde-doença, desenvolvimento de atitudes pessoais, fortalecimento da ação comunitária e reorientação dos serviços de saúde reafirmando-se o compromisso com a saúde e com o meio ambiente físico, social e econômico (BRASIL, 2001).

Em 1991, na Suécia, realiza-se a III Conferência Internacional sobre Promoção à

Saúde quando se elabora a Declaração de Sundsvall sobre ambientes favoráveis à saúde. Reafirma-se a necessidade de medidas para se alcançar uma melhor qualidade de vida e convocam-se os responsáveis pela execução das políticas a tomarem decisões em todos os setores, como ações multisetoriais, com um objetivo básico: melhoria da qualidade de vida e saúde para todos (BRASIL, 2001).

Em Jacarta, Indonésia, em 1997, na IV Conferência Internacional de Promoção da Saúde foi reafirmado o compromisso de se estabelecer uma estratégia mundial para o enfrentamento de questões relativas à saúde e os princípios de atenção primária, fixados em 1978, na Declaração de Alma Ata. Essa Conferência conclama todos os países a criarem um entorno político, jurídico, educativo, social e econômico adequado à promoção da saúde (BUSS, 2003).

Em 2000, ocorre a V Conferência Global sobre Promoção da Saúde, na Cidade do México, que reconhece o valor da saúde como recurso para a vida com qualidade, apontando-se a necessidade do desenvolvimento socioeconômico e da equidade. Nessa Declaração, recoloca-se a necessidade da promoção da saúde ser assumida como prioridade das políticas e programas locais, regionais, nacionais e internacionais (WESTPHAL, 2006).

Em 2005, aconteceu a VI Conferência Global de Promoção da Saúde em Bancoc, na Tailândia, na qual se discutiu amplamente a globalização e sua influência nas questões da saúde, tendo como tema “Políticas e parcerias para a saúde: procurando interferir nos determinantes sociais da saúde” (WESTPHAL, 2006).

Após 25 anos da declaração de Alma Ata, apesar dos esforços e de discussões em muitos países, a Promoção da Saúde ainda se configura como uma ideologia a ser materializada na APS. Para que isso ocorra é necessário compreendê-la como uma estratégia que apresenta recursos para a aplicação de uma concepção de que saúde que deve ser

construída e partilhada de forma multisetorial e comunitária.

### **3.2 Organização dos serviços para a prática da Promoção da Saúde**

O princípio da integralidade do SUS, diz respeito tanto à atenção integral em todos os níveis do sistema, como também à integralidade de saberes, práticas, vivências e espaços de cuidados. Com base no princípio da integralidade e do agir em saúde, os serviços devem ofertar ações de promoção à saúde, prevenção dos fatores de risco, assistência aos danos e reabilitação segundo a dinâmica do processo saúde-doença, e estas devem estar articuladas e integradas em todos os espaços organizacionais do sistema de saúde.

Organizar os serviços de saúde orientados para a promoção da saúde significa a materialização de seus preceitos e elaboração de estratégias para sua execução. As estratégias devem ser alicerçadas na compreensão holística de saúde no lugar da apreensão da saúde através da doença, inscrita na normatividade biomédica transposta às clássicas abordagens em Saúde, com práticas orientadas pela complexidade do processo saúde-doença-cuidado, abrindo-se ao reconhecimento das dimensões econômica, política, sociocultural e espiritual aí envolvidas.

A promoção da saúde surge como proposta de reorientação das práticas de atenção à saúde com a superação de modelos de atenção excessivamente centrados na doença, na assistência curativa e na intervenção medicamentosa e elege o território como locus estratégico para se promover saúde e construir ambiente favorável para ações que contemplem a amplitude dos aspectos do processo saúde-doença.

Ao sugerir a promoção da saúde como norteador da APS devemos necessariamente nos reportar aos seus pilares.

De acordo com Buchanan (2000):

Promoção da Saúde não é um conjunto de procedimentos técnico-científicos. É um processo ético e político de trabalhar junto com concidadãos no empenho de aproximar uma concepção mais clara e convincente de bem-estar humano, um ideal em direção a qual, as pessoas queiram trabalhar juntas para realizar.

Entre as recentes propostas de reorientação das práticas de atenção à saúde destacam-se a superação de modelos de atenção excessivamente centrados na doença, na assistência curativa e na intervenção medicamentosa.

Rootman et al. (2000) destacam que a promoção da saúde não é uma nova roupagem e ou reacondicionamento da prevenção da doença, embora haja sobreposição, pois “(...) seus princípios e estratégias se aplicam a todos os domínios da saúde, inclusive prevenção primária e secundária, tratamento e reabilitação e cuidado a longo prazo”.

Segundo Ceccim e Ferla (2003), o desenvolvimento do trabalho em saúde tem como desafio não dicotomizar a atenção individual da atenção coletiva, as doenças e adoecimentos da vigilância da saúde; a qualidade de vida (biologia) do andar da vida (produção subjetiva); não fragmentar os grupos de trabalhadores (da gestão, da atenção e da vigilância); não perder o conceito de atenção integral à saúde e realizar o trabalho educativo junto à população e, finalmente, aceitar que há incerteza na definição dos papéis profissionais, onde há alternância de saberes e práticas de cada núcleo, constituído das profissões de saúde e do campo da atenção integral à saúde.

Considerando os campos da promoção da saúde, tal como apontado na Carta de Ottawa, com o objetivo de interferir positivamente no status de saúde da população, observam-se cinco estratégias (BUSS, 2000):

1. *Políticas públicas saudáveis*: reconhecimento que decisões políticas têm influências

favoráveis ou desfavoráveis sobre a saúde e que esta deve ser priorizada como critério de governo; importância das ações intersetoriais que apontem para maior equidade.

2. *Criação de ambientes favoráveis à saúde*: reconhecimento da complexidade de nossas sociedades e a da interdependência entre diversos setores. Proteção do meio ambiente e acompanhamento dos impactos das mudanças sobre a saúde. Conquista de ambientes favoráveis e/ou promotores de saúde, como trabalho, lazer, escola, instituições e a própria cidade.
3. *Reforço da ação comunitária: empowerment*, ou incremento do poder técnico e político das comunidades, como resultado do acesso contínuo à informação e às oportunidades de aprendizagem sobre as questões de saúde por parte da população; participação comunitária através da autoajuda e do apoio social; possibilidade de atuação na definição de prioridades, tomada de decisões e implementação de estratégias para alcançar melhor nível de saúde.
4. *Desenvolvimento de habilidades pessoais* favoráveis à saúde em todas as fases da vida: resgate da educação em saúde como responsabilidade das diversas organizações; *empowerment* no plano individual.
5. *Reorientação dos serviços de saúde*: fazê-los avançar além da assistência; impõe a superação do modelo biomédico, centrado na doença como fenômeno individual e na assistência médico-curativa como foco essencial da intervenção. Implica transformações profundas na organização e financiamento dos sistemas, assim como nas práticas e na formação dos profissionais. Favorecendo assim, condições para reduzir desigualdades, ampliar o esforço preventivo e aumentar a capacidade de enfrentamento das pessoas em face das doenças crônicas, incapacidades e problemas de saúde mental. Propiciando condições para se promover o *autocuidado* (decisões e ações que o indivíduo toma em benefício de sua saúde), a *autoajuda* (ações que as

peças realizam para ajudar umas as outras) e *entornos sãos* (criação de condições e ambiente favorecedores à saúde).

O campo das políticas públicas saudáveis deve ser construído pelas articulações de representantes políticos eleitos na esfera municipal, com interlocução com o poder público e ser reafirmado dentro dos conselhos de saúde local, os distritos sanitários devem ser articulados de forma a comporem seus conselhos distritais de saúde para que possam por meio dos arranjos locais determinar as necessidades do território e reivindicá-las.

Stotz e Araújo (2004) argumentam que a ênfase dada ao sujeito e à mobilização social, defendidos como pressupostos das ações de promoção da saúde pode, a depender do modo como são construídas as ações de saúde, implicar no detrimento da intervenção do Estado mediante políticas públicas no contexto mundial de crise e contenção dos Estados de Bem-Estar Social.

Os conselhos locais e as associações de bairro devem ter papel de cobrar junto ao poder público a realização destas necessidades e acompanhar as execuções com a participação comunitária. As práticas de promoção da saúde devem promover a participação da sociedade de forma aberta e democrática em um movimento que representa, em si, o exercício de cidadania, de capacidade de regular e administrar o poder, de compartilhar os interesses e as responsabilidades.

Há que se considerar, também, esse enfoque no estabelecido pela Política Nacional de Promoção da Saúde (BRASIL 2010) ao propor a ampliação da autonomia e corresponsabilidade dos sujeitos e coletividades, inclusive do poder público, no cuidado integral à saúde e minimizar as desigualdades sociais; valorizar e otimizar os espaços públicos de convivência para o desenvolvimento de ações de promoção da saúde e contribuir na elaboração e implementação de políticas públicas integradas e inter setoriais que visem a

melhoria da qualidade de vida no planejamento de espaços urbanos e rurais (BRASIL, 2006a).

É importante destacar que se torna cada vez mais evidente que as estratégias de promoção da saúde devem considerar o enfoque social, comunitário e político como determinantes das respostas efetivas em saúde (SAPAG; KAWACHI, 2007; METZLER et al, 2007).

A pobreza e as iniquidades sociais são identificadas como determinantes da saúde e, portanto, para promover saúde, é preciso construir políticas públicas intersetoriais voltadas para melhoria da qualidade de vida, equidade na produção e consumo de ações e serviços de saúde, inclusão social e afirmação da cidadania e co-cidadania.

É fundamental reconhecer que as condições de saúde estão determinadas pelas desigualdades, na expressão de seus indicadores de morbi-mortalidade, no acesso e na distribuição dos serviços, na formulação das políticas e na construção das práticas de promoção da saúde (SENA; SILVA, 2007).

Num contexto marcado por iniquidades, como é o caso do Brasil e da América Latina, promover saúde implica superar o enfoque estritamente individual das iniciativas até então implantadas e assumir como imperativos éticos a superação da pobreza e a construção da equidade como estratégias para promoção da saúde (PAHO, 2006; SAPAG; KAWACHI, 2007).

Villermé, em 1826, demonstrou a relação entre pobreza e doença ao estudar a mortalidade em diferentes setores de Paris (FERRAZ, 1998, TERRIS, 1996). Virchow, em 1847, ao estudar uma epidemia de tifo na Prússia recomendou que a população vitimada necessitava, entre outras intervenções médicas, de completa e ilimitada democracia, educação, liberdade e prosperidade (MINAYO, 2002).

Assim, discute-se a promoção da saúde a partir de mudanças no conjunto das políticas públicas econômicas e sociais (emprego, segurança, educação, ambiente, seguridade social, etc.), agregando valores e mobilizando vontades e ações políticas que permitam a redistribuição do poder na saúde e em outros setores para viabilizar as mudanças necessárias (BRASIL, 2006b).

Com essa concepção, a promoção da saúde requer uma articulação entre os elementos determinantes da saúde e seu reflexo na sociedade com ações articuladas e responsabilidades partilhadas entre os governos e os mais diferentes setores da sociedade, tanto públicos quanto privados, além da indispensável efetiva participação comunitária.

Ao pensar na criação de ambientes favoráveis à saúde, obrigatoriamente, nos leva à necessidade de reconhecer a complexidade de nossa sociedade e a interdependência entre diversos setores. Os espaços para promoção da saúde extrapolam os ambientes tradicionais de atendimento à doença e incorpora novos atores e locais para se promover a saúde, como proteção do meio ambiente e acompanhamento dos impactos das mudanças sobre a saúde; construção de ambientes favoráveis e/ou promotores de saúde, no trabalho, no lazer, na escola, e em outros espaços institucionais na cidade.

A construção destes espaços passa pela percepção individual de papel, o saber médico desenvolveu-se orientado por uma versão positiva de saúde, que deve ser contrariado, com um cunho acentuadamente higienista e vitalista em que a saúde é vista como expansão da vitalidade por meio de hábitos sadios, exercícios, regimes alimentares, sentimentos positivos (LUZ, 2005).

O significado da promoção da saúde afirma princípios de cidadania, responsabilidade individual e traz à cena discussões sobre as ações locais em saúde, o desenvolvimento sustentável, a afirmação da diversidade e do multiculturalismo, estímulo à cultura de paz.

O reforço da ação comunitária exige que a participação da comunidade local deve ser dotada da percepção de poder que descrevemos como empowerment seguindo a proposição original na Carta de Ottawa.

Para Campos (2004), a promoção da saúde, representa a capacidade dos indivíduos em fazerem escolhas e criarem normas para suas vidas, formas de lidar com as dificuldades, limites e sofrimentos, que sejam mais criativas, solidárias e produtoras de movimentos (CAMPOS, BARROS e CASTRO, 2004).

Compreendendo que nenhum indivíduo é capaz de ser completamente independente de seu contexto de vida, a autonomia é regulada e constituída na relação de dependência dos indivíduos entre si e com as instituições sociais. Surge assim a necessidade de reconhecer e aceitar as inúmeras redes de dependência que atravessam o cotidiano e as práticas de promoção da saúde. Neste sentido, a responsabilização é uma categoria mediadora na relação autonomia-dependência e supõe que o sujeito responsabilizado pela promoção da saúde é aquele que, ante as diferentes possibilidades de escolha, opta por alternativas sustentáveis na criação de novos hábitos de vida. Fortalece assim a percepção que, o território e o cotidiano de vida são o espaço e a forma como estas relações de poder devem ser construídas.

As ações de promoção podem se tornar estratégias de vigilância que muitas vezes limitam ou restringem as liberdades e decisões individuais, com a motivação do bem-estar coletivo ou da evitabilidade de consequências danosas à saúde e à sociedade (VERDI; CAPONI, 2005), num discurso de medicalização da vida. Defendemos o processo de escolha das pessoas que partilham em um espaço a tomada de decisão para melhorarem sua condição de saúde e de sua comunidade. Desta forma a promoção da saúde, ao mesmo tempo em que coloca indivíduos como responsáveis no plano decisório de sua saúde o instrumentaliza para condutas as “saudáveis” em ações que representam risco para o coletivo. Em uma relação de

poder e contra poder que melhor se entendem dentro do campo da cidadania e co-cidadania.

O território de vida desta feita se torna um espaço de conquistas de direitos, participação, emancipação, autonomia, enfim, é o espaço onde os homens têm a possibilidade de fazer escolhas.

Assim, na superação do enfoque medicalizante das práticas disciplinares de promoção da saúde, entende-se a autonomia como categoria estratégica na determinação das mudanças nas organizações sociais e na configuração de novas práticas que superem os modelos de racionalidade até então hegemônicos no campo da saúde.

Apoiamo-nos em dois enfoques para a potencialização das pessoas visando a promoção da saúde: o enfoque objetivo, voltado para a melhoria das condições de vida com participação na formulação de políticas públicas, integração social, capacidade de participar da vida social que implicitamente remete à ampliação de poder e mobilização para o reconhecimento da saúde como direito social (WESTPHAL, 2006).

E o enfoque subjetivo que contempla os sentidos e significados da saúde e dos modos de viver no qual promover saúde com qualidade de vida em suas múltiplas dimensões envolve tanto ações do Estado quanto a singularidade e a autonomia dos sujeitos (CAPONI, 2003).

A “capacitação” individual e coletiva viabiliza a efetivação e cristalização de uma visão alargada de saúde, que oriente para a garantia dos direitos econômicos, sociais e culturais e indique novos caminhos na ampliação do controle ou domínio dos indivíduos e comunidades sobre os determinantes de sua saúde como oportunidade para superar a medicalização da vida e da sociedade. Nessa discussão, os sujeitos assumem posição central nas proposições da promoção da saúde, pois se reconhece a liberdade na dinâmica de produção e de realização dos indivíduos.

A educação em saúde se desdobra como uma estratégia para o fortalecimento da participação popular, politização de grupos, difusão de conhecimento acerca da saúde e criação de espaços para estas discussões onde não se usuários e sim atores para a mudança e o conhecer em saúde.

De acordo com Vasconcelos (1989; 1999) entre os diversos espaços dos serviços de saúde, os locais de atenção básica são espaços privilegiados para desenvolvimento de práticas educativas em saúde, no que se refere à coletividade. Pela particularidade destes serviços, caracterizados pela maior proximidade com a população e por sua ênfase nas ações preventivas e de promoção de saúde.

A atenção primária, inserida na atenção básica, é onde se realiza o diagnóstico precoce e os cuidados de acompanhamento de rotina além dos cuidados preventivos como a educação em saúde e a filosofia do autocuidado, estes últimos incluídos nos principais objetivos do programa saúde da família.

A educação em saúde é tida como a prática na qual, existe a participação ativa da comunidade, que proporciona informação, educação sanitária e aperfeiçoa as atitudes indispensáveis para a vida. A extensão de práticas de promoção da saúde e educação em saúde, a outros níveis de atenção à saúde, norteia-se pelo princípio da integralidade do SUS. Para garantir a aplicação desse princípio, tanto a atenção secundária como a terciária devem utilizar estratégias de promoção de saúde, que visem à capacitação e educação nesses níveis de atenção.

Para Morin (2002) assumir a integralidade na educação em saúde, significa que os profissionais passem a perceber a comunidade como "seres que sabem, sabem que sabem, sabem por que sabem, sabem como sabem, e sabem dizer a terceiros o que sabem e não menos importantes agem consequentemente aos seus saberes".

Dentro da concepção de integralidade, destacam-se as ações de educação em saúde como estratégia articulada entre a concepção da realidade do contexto de saúde e a busca de possibilidades de atitudes geradoras de mudanças a partir de cada profissional de saúde, do trabalho em equipe e dos diversos serviços que buscam uma transformação no quadro da saúde da população.

As práticas educativas em saúde devem ser desenvolvidas nos diversos cenários, onde existam relações entre sujeitos sociais, e através de estratégias metodológicas diversificadas e de modo formal ou informal.

Denotam ações que compreendem relações entre sujeitos sociais, ocorrem em diferentes espaços, portam diferentes saberes, são práticas dialógicas, estratégicas, mediadas pela ação instrumental, apresentando-se de maneira formal ou informal, utilizando metodologias progressistas ou conservadoras, desenvolvidas em espaços públicos e privados (PEDROSA 2001).

Nesta ótica, as instituições de saúde assumem papel estratégico na valorização dos conhecimentos de novas formas de agir e produzir integralidade em saúde, na medida em que reúnem, num mesmo espaço, diferentes perspectivas, interesses e distintos atores sociais (profissionais de saúde, gestores e usuários).

Para Pinheiro e Luz (2003), as instituições de saúde representam um lócus privilegiado de observação e de análise dos elementos constitutivos do princípio institucional da integralidade, seja quanto às práticas terapêuticas prestadas aos indivíduos, seja quanto às práticas de saúde difundidas na coletividade.

Implica reconhecer a saúde como direito social o que necessariamente converge para a liberdade individual ante escolhas distintas e alternativas e, no plano coletivo, remete à garantia de ofertas de cuidados em saúde a todos que deles necessitam, o que corresponde ao ideal de igualdade e que, por sua vez, remete a um Estado democrático de direito

(NOGUEIRA E PIRES, 2004).

A partir dessa análise, entende-se a promoção da saúde como um conjunto de estratégias e ações no sentido de ampliar a capacidade das pessoas em decidirem sobre sua vida/saúde/doença, portanto, no campo das liberdades individuais para escolhas saudáveis e oportunas.

Ao mesmo tempo, ao deslocarmos para o plano individual e privado das escolhas, não estamos negando a dimensão coletiva e a necessidade de discutir as “regras” que submetem as liberdades individuais aos interesses coletivos. É nesse sentido que a noção de direito à saúde e à promoção da saúde, emerge como forma de sociabilidade política que articula práticas individuais e coletivas num espaço comum.

A reorientação dos serviços de saúde é o que propomos de forma global neste capítulo, o rompimento com o modelo biomédico significa uma mudança de paradigma de alto apelo comercial, como a indústria farmacêutica e biomédica.

### **3.3 O território como referencial para organizar os serviços de saúde**

Especialmente no que se refere às ações locais, Akerman (2005) salienta que a perspectiva do modelo atual de promoção da saúde compreende a dimensão da saúde como construção que se dá no espaço cotidiano da vida humana, buscando entender o ambiente como um território vivo, dinâmico e reflexo de processos econômicos, históricos e culturais.

O autor, demonstra ainda que, o local é um campo de ação privilegiado para melhorar a qualidade de vida, minimizar riscos e promover espaços saudáveis. O lugar manifesta a situação de saúde de uma dada comunidade nos mais diversos contextos da sociedade. Podemos afirmar que a doença é uma manifestação do indivíduo e a situação de saúde é uma

manifestação do lugar, pois os lugares e seus diversos contextos sociais, dentro de uma cidade ou região, são resultado de uma acumulação de situações históricas, ambientais, sociais, que promovem condições particulares para a produção de doenças (BARCELLOS, 2000).

Desta forma as ações de saúde devem ser guiadas pelas especificidades destes contextos dos territórios da vida cotidiana que definem e conformam práticas adequadas a essas singularidades, garantindo com isso uma maior e mais provável aproximação com a produção social dos problemas de saúde coletiva nos diversos lugares onde a vida acontece.

A proposta de atenção voltada para a produção social da saúde das populações impõe a necessidade de esclarecer as mediações operadas entre as condições reais em que ocorre a reprodução dos grupos sociais no território e a produção da saúde e da doença, diagnosticadas pela realidade local, tornando obrigatório o desenvolvimento de uma estratégia de investigação, com uso de seus correspondentes instrumentos de coleta e análise de informações que permitam traduzir os avanços teóricos em metodologias de análise.

Ao se apropriar de um espaço, concreta ou abstratamente (por exemplo, pela representação), o sujeito “territorializa” o espaço. Este, por sua vez, inclui os valores éticos, espirituais, simbólicos e afetivos plantados localmente pelos sujeitos territorializados. Desta forma os diversos espaços se complementam e tornam o cenário para que os indivíduos desenvolvam suas ações favoráveis à saúde em conformidade com o proposto pela OMS, a paz, a alimentação, a renda, um ecossistema estável, a justiça social e a equidade (OMS, 1986).

Para a constituição de uma base organizativa dos processos de trabalho nos sistemas locais de saúde que se propõe fazer mais do que atenção curativa, é necessário conhecimento dos territórios, seus contextos de uso e suas demandas, pois estes materializam diferentemente as interações humanas, os problemas de saúde e as ações integrais sustentadas na

intersetorialidade.

Teixeira, Paim e Villasbôas (1998), considerando a vigilância em saúde, afirmam que o ponto de partida para a organização do trabalho das ações de vigilância em saúde é a territorialização do sistema local de saúde, isto é, o reconhecimento e o esquadramento do território segundo a lógica das relações entre condições de vida, ambiente e acesso às ações e serviços de saúde.

Ao territorializar as condições concretas de vida e de saúde de grupos populacionais específicos, eles próprios e as autoridades de saúde podem reconhecer a situação de saúde, suas necessidades levantadas junto aos grupos, possibilitando assim, elaborar práticas de saúde promotoras de melhor qualidade de vida.

Segundo Raffestin (1993), o processo de territorialização é caracterizado pelo modo como o território se materializa, por meio da manifestação das pessoas, da organização do espaço e das “coisas”, apontando para uma abordagem integradora. O território pode ser assim operacionalizado por práticas humanas planejadas com políticas governamentais de intervenção e práticas e ações de saúde que considerem a vida social cotidiana.

A territorialidade refere-se à qualidade subjetiva do grupo social ou do indivíduo que lhe permite, com base em imagens, representações e projetos, tomar consciência de seu espaço de vida. O “pertencimento”, ou seja, o sentimento de “ser” e/ou “estar” num determinado lugar no qual se reconhece como pessoa, é influenciado ao mesmo tempo em que influencia a dinâmica deste lugar, possibilitando o desenvolvimento do território (CARA, 1996).

Corrêa (1996) define territorialidade como um conjunto de práticas e suas expressões materiais e simbólicas como capazes de garantirem a apropriação e permanência de um dado

território por um determinado agente social.

O território pode nos informar sobre fatores negativos e positivos que atuam sobre uma situação problema. A leitura do território, apontando suas inter-relações espaciais permite identificar vulnerabilidades, populações expostas, escolha de prioridades para as intervenções, de ações mais adequadas, apontando estratégias e atores que foram identificados no processo, para operacionalização de práticas mais viáveis.

O reconhecimento desse território pelos profissionais de saúde da ESF, que interveem na vida cotidiana de comunidades, é essencial para a caracterização da população, de seus problemas e necessidades de saúde, bem como para a avaliação do impacto dos serviços sobre os níveis de saúde.

Segundo Mendes (1993), muito além de ser meramente o espaço político-operativo do sistema de saúde, o território do distrito sanitário ou do município, onde se verifica a interação população-serviços no nível local, caracteriza-se por uma população específica, vivendo em tempo e espaço determinados, com problemas de saúde definidos e que interage com os gestores das distintas unidades prestadoras de serviços de saúde. Esse território apresenta, portanto, muito mais que uma extensão geométrica, também um perfil demográfico, epidemiológico, administrativo, tecnológico, político, social e cultural, que o caracteriza e se expressa em um território em permanente construção.

Para a efetividade das ações de saúde, o poder público, ao intervir em populações específicas, deve estender seu campo de atuação formal sobre o território, que, deve ser observado permanentemente, pois estes territórios modificam-se conforme as dinâmicas das relações sociais, mudando ou não a correlação de forças existentes, não configurando como um plano estático e sim dinâmico, sobre constantes influências. O território não é estático e sim dinâmico, um sistema que recebe influências externas e ao

mesmo tempo influência, e estas relações e as mudanças que nele ocorrem podem provocar também mudanças nas condições de vida e no ambiente. Nesta compreensão a observação deste território deve ser permanente, um processo, para que se percebam suas transformações.

Pereira e Barcellos (2006) dizem que a territorialização exige ao menos três ações diferentes e complementares: demarcação de limites das áreas de atuação dos serviços; reconhecimento do ambiente, da população e da dinâmica social existente nessas áreas; estabelecimento de relações horizontais com outros serviços adjacentes e verticais com centros de referência.

## 4 O TERRITÓRIO E A PROMOÇÃO DA SAÚDE

Neste capítulo se discutirá o uso do território nas práticas e ações de saúde como principal meio para se promover a saúde da população, observando os princípios da integralidade e intersetorialidade.

O uso do território não é uma novidade em saúde, porém, sua utilização, quase sempre é baseada em uma concepção normativa, para delimitação de uma área para adscrição da população a uma unidade de atenção à saúde. Por exemplo, as unidades de saúde são localizadas sob critérios diversos, para posteriormente se definir o território de adscrição de sua clientela (LIMA, 2013).

Faria (2013) argumenta que o ponto de partida deve ser o território e não os critérios para defini-lo, de modo que os serviços sejam organizados para atender às especificidades do processo saúde-doença, em cada território.

A territorialização da saúde deve ser o mote da reorganização do processo de trabalho em saúde, reconfigurando o modelo de atenção. Para a realização das ações de saúde na ESF de vigilância e promoção da saúde, deve-se ter uma visão mais ampliada do território, da territorialidade, dos vínculos territoriais e do cotidiano de vida dos sujeitos.

A importância dada ao estudo do território para compreender a relação da saúde com os contextos da vida cotidiana tem ganhado força entre as diversas ciências e o Geógrafo Milton Santos tem sido a maior referência.

A Geografia alcança neste fim de século a sua era de ouro, porque a geograficidade se impõe como condição histórica, na medida em que nada considerado essencial hoje se faz no mundo que não seja a partir do conhecimento do que é Território. O Território é o lugar em que desembocam todas as ações, todas as paixões, todos os poderes, todas as forças, todas as fraquezas, isto é onde a história do homem plenamente se realiza a partir das manifestações da sua existência. A Geografia passa a ser aquela disciplina mais capaz de mostrar os dramas do mundo, da nação, do

lugar (SANTOS, 2002, p. 9).

Esta importância é ratificada por Haesbaert (2004), ao defender que, não há como definir o indivíduo, o grupo, a comunidade, a sociedade sem ao mesmo tempo inseri-los num determinado contexto geográfico territorial.

Entre as ciências médicas, o uso do território como lócus para a Promoção da Saúde ganha força a partir da conferência de Ottawa, porém, é na III Conferencia Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada na cidade de Sundsvall (OPAS, 1991) que o território foi proposto como a principal referência teórica para a criação de ambiente favorável à saúde, sob o tema “Ambientes Favoráveis à Saúde”.

Para melhor compreender o território vamos buscar o conceito de território usado. Segundo Santos (1999), o território tem que ser entendido como o *território usado*, que não é o chão mais a identidade, sendo a identidade o sentimento de pertencimento. O autor ainda diz mais, “o território é o fundamento do trabalho, o lugar da residência, das trocas materiais e espirituais e do exercício da vida”.

Silveira (2011, p. 4) considera o espaço geográfico como sinônimo de território usado quando entendido como “o espaço concreto dos homens”, para além das relações matemáticas que define a distância entre os objetos localizados no espaço. “As localizações deixam de ser uma mera topologia para ganhar a espessura de um contexto histórico”.

O território não é só delimitação de uma área, mas é claro que a divisão jurídico-política do espaço de um país, de um estado, de um município, constituem um território que não é só um contorno marcado no mapa, é resultado de um processo histórico, econômico, cultural, e uma dinâmica atual definida por um sistema de sistemas de objetos (fixos) e sistemas de ações (fluxos), conforme Santos (1996).

Por tudo isso, o conceito de território, estritamente normativo, sobre o qual o sistema de saúde tem trabalhado deve ser substituído pelo conceito de território usado. O CONASEMS (2005) define territorialização como um conceito fundamental que deve ser utilizado na gestão da saúde, na regionalização dos serviços e nas ações sanitárias de vigilância, prevenção e promoção da saúde. Um dos princípios organizativo-assistenciais do SUS e a territorialização da saúde. Unglert (1999, p. 222) considera que:

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

Barcellos e Monken (2007) dizem que as estratégias de atenção à saúde deveriam passar por uma reorganização que fosse pautada em um novo entendimento do conceito saúde e no relacionamento deste com a categoria território, com vista à criação de ambientes saudáveis.

Para Merhy (1997) se faz necessário constituir uma nova ética entre estes mesmos profissionais, baseada no reconhecimento que os serviços de saúde são, pela sua natureza, um espaço público, e que o trabalho neste lugar deve ser presidido por valores humanitários, de solidariedade e reconhecimento de direitos de cidadania em torno da assistência à saúde.

O autor defende ainda que, estes valores devem guiar a formação de um novo paradigma para a organização de serviços. Portanto, para se constituir um novo modelo assistencial, isso pressupõe a formação de uma nova subjetividade entre os trabalhadores, que perpassa seu arsenal técnico utilizado na produção da saúde que não pode prescindir do diagnóstico situacional.

O diagnóstico situacional deve ser uma ferramenta utilizada para que as equipes das

ESFs tomem conhecimento do território, de sua população, do seu modo de vida, das suas expressões culturais acerca da saúde, dos padrões e meios de se manter saudável e até mesmo de como lida com a suas perdas.

A análise da "dimensão espacial do cotidiano" ou do "conteúdo geográfico do cotidiano" pode, sobretudo, concretizar as ações e as práticas sociais, conduzindo ao entendimento diferenciado dos usos do território, das ações e das formas geográficas que podem revelar contextos vulneráveis para a saúde e, com isso, contribuir para a tomada de decisão (MONKEN 2003, p. 40).

Os serviços de saúde devem buscar a compreensão do modo de vida da população para que as ações e práticas estejam em consonância com seus anseios, seus problemas de saúde, sua compreensão acerca da saúde no seu espaço de vivência, e ainda, permita a proximidade e autonomia para decisões em saúde local, como proposto por Santos (1996) a "socialidade no cotidiano será tanto mais intensa quanto maior a proximidade entre as pessoas envolvidas com contiguidade física entre pessoas numa mesma extensão, num mesmo conjunto de pontos contínuos vivendo com a intensidade de suas inter-relações".

O cotidiano de vida está relacionado a conhecimentos, experiências e valores de indivíduos e coletividades que a ele se reportam em variadas épocas, espaços e histórias diferentes (MINAYO, HARTZ E BUSS 2000).

Segundo Heller (1977), mesmo com a heterogeneidade, é possível hierarquizar as práticas cotidianas, não de forma eterna e imutável, mas de maneira em que se modificam em função dos diferentes contextos, espaços e tempos. Para a autora o entendimento da vida cotidiana, passa pela necessidade de compreensão do ser humano em três aspectos: particularidade, individualidade e generalidade, pois o indivíduo é simultaneamente ser particular e ser genérico.

As particularidades estão voltadas para as satisfações pessoais, enquanto as generalidades são as atividades sociais globalizantes comuns ao gênero humano. Todo homem é um ser singular particular, que vem ao mundo com qualidades, atitudes e dificuldades que lhe são próprias.

O homem é um ser genérico, já que é produto e expressão de suas relações sociais, herdeiro e preservador do desenvolvimento humano; mas o representante do humano-genérico não é jamais um homem sozinho, mas sempre em integração (HELLER, 2004, p. 21).

Ao atribuir um conceito de território aliado ao cotidiano de vida, Hobsbawm (2003), considera também o território enquanto uma construção sociohistórica, recuperando a constituição e ocupação do espaço, identificando quem vive ali, de que modo, com quais recursos, com vistas a qualificar o “tempo-presente”, ou seja, o cotidiano da vida nesse determinado espaço geograficamente delimitado e cujo significado é atribuído por aqueles que nele vivem.

Para Carvalho (2004), a dinâmica social ganha vida e potencial de transformação, (e não apenas mera repetição do cotidiano), porque é no cotidiano que ocorre, também o novo, o inusitado, o inesperado. Conforme assinala o autor citado, é possível que uma ação inédita de um determinado ator social possa desencadear transformações mais abrangentes, em sinergia com as ações de outros atores.

Os chamados “territórios do cotidiano” têm como parâmetros a co-presença, a vizinhança, a intimidade, a emoção, a cooperação e a socialização com base na contiguidade, reunindo na mesma lógica interna todos os seus elementos: pessoas, empresas, instituições, formas sociais e jurídicas e formas geográficas. O cotidiano imediato, localmente vivido, traço de união de todos esses dados, é a garantia da comunicação (SANTOS 1996).

Ao interpretar o cotidiano de vida para instrumentalizar as práticas e ações dos

serviços de saúde, passa-se a compreender o contexto que determina o processo saúde-doença no lugar em que se vive e trabalha, como propõe Lima (2013):

Em um diagnóstico de situação de saúde deve-se reconhecer o território e o contexto da vida cotidiana dos indivíduos e das populações, nos quais esses problemas e necessidades ocorrem. Também, deve-se conhecer os significados e a importância que os sujeitos atribuem à sua situação de saúde, seus problemas e necessidades, o que implica, necessariamente, em ouvi-los (LIMA, 2013).

#### **4.1 A Promoção da Saúde a partir do conceito de Território Usado**

Partilhamos a ideia de Santos (2006) de que, o espaço é formado por um conjunto indissociável, solidário e contraditório de sistemas de objetos e sistemas de valores e que o território se constitui em um espaço em permanente construção, composto por e para os que nele habitam, dotado de elementos para satisfazer necessidades individuais e coletivas tais como redes de serviços públicos e de serviços privados, redes comunitárias, oferta de trabalho e renda, equipamentos de lazer, cultura e, também, composto por elementos subjetivos. É no cotidiano que os sujeitos, ao se relacionarem com seu território, exprimem seus desejos, expectativas e sofrimentos estabelecendo suas redes de sociabilidade.

Panerai (2006, p.14) considera que

A cidade - e sua inserção no território geográfico, sua forma, o desenho de suas vias, a organização do seu tecido, as relações entre seus bairros - não é independente dos grupos sociais que a produzem, que nela vivem e a transformam.

Telles (1999) admite que a noção de espaço público se qualifica como espaço de deliberação conjunta, por meio do qual os homens se tornam interessados e responsáveis pelas questões que dizem respeito a um destino comum, ou seja, o espaço público se revela e se determina como uma comunidade politicamente organizada. Nessa comunidade, é preciso estabelecer “regras de convivência”, “leis” que expressam as referências a partir das quais

cada um pode reconhecer o outro como seu semelhante.

Assim, o território é componente de um processo dinâmico em constante construção e reconstrução pelas buscas individuais e coletivas local de multiplicidade de interesses, estabelecimento de conflitos e, ao mesmo tempo, da solidariedade, com necessário estabelecimento de redes e parcerias, definido como territorialização.

Para Santos (1978), “a utilização do território cria o espaço”; imutável em seus limites e apresentando mudanças ao longo da história. O território antecede o espaço, já que o espaço geográfico é mais amplo e complexo, e entendido como um sistema indissociável de sistemas de objetos e ações, em que a instância social é uma expressão concreta e histórica.

Monken (2003) reconhece que para a compreensão do território deve-se identificar e localizar os objetos no espaço geográfico e os fluxos de pessoas e matérias, considerando o conhecimento da dinâmica social, hábitos e costumes, resultado das interações sociais entre os indivíduos e grupos humanos.

Isto é o que propõe Santos (1988, p. 28) quando define o espaço geográfico:

... um conjunto indissociável de sistemas de objetos (fixos) e de ações (fluxos) que se apresentam como testemunhas de uma história escrita pelos processos do passado e do presente.

Os fixos são objetos naturais e construídos no espaço como rios, morros, vales, florestas (naturais) e, ainda, prédios, ruas e avenidas, parques (construídos) e os fluxos são o movimento e a circulação de matéria entre os fixos. Assim, o território é configurado pelo trabalho produzindo os fluxos que constrói e organiza os objetos (fixos). A partir dos fixos e fluxos é possível compreender a produção, a circulação, a distribuição e o consumo no território, portanto a vida cotidiana.

O território, então é uma construção social, que segundo Santos (1988), tem como elementos constitutivos: os homens; o meio ecológico base física do trabalho humano; as infraestruturas, materialização do trabalho humano em formas; as “firmas” responsáveis pela produção de bens, serviços, ideias e as instituições encarregadas de produzir normas, ordens e legitimações.

Coelho (2001) identifica o nascimento de novas identidades culturais e políticas em contraposição a fragmentação dos territórios promovida pela globalização da economia, que transforma as populações locais em sujeito de ações integradas e articuladas na construção do território. Deste modo, há que se considerar o papel da globalização na configuração dos territórios locais.

Para Saquet (2007), a territorialização que é produzida por processos espaço-temporais, multiescalares, com desigualdades, diferenças ritmos e identidades no cotidiano dos lugares, com articulações verticais e horizontais (SANTOS, 1996).

Carvalho (2004), ao analisar o processo global propõe que os eventos são produtos do mundo e do lugar ao mesmo tempo, tendo em vista que uma determinada decisão tomada em outro continente concretiza-se, de fato, numa unidade geográfica muito menor, o local, influenciando diretamente nos modos de ser e viver dos habitantes de um lugar.

Uma característica importante que deve ser considerada no plano da organização dos sistemas locais é que a maior parte dos fixos dos serviços de saúde se encontra em locais mais centrais nas cidades, operando distante das populações da periferia, que muitas vezes, pela distância ou por falta de conexões dos transportes coletivos, reduz a acessibilidade de serviços.

Lima (2013) ao analisar a relação do território com a situação de saúde propõe que,

O Diagnóstico de situação de saúde pode ser elaborado a partir de seis grandes conjuntos de informações: o perfil epidemiológico, que se refere ao modo de adoecer e morrer; o perfil social, condições demográficas, educacionais e materiais necessárias à manutenção da vida dos indivíduos e da população; o perfil do lugar, referido pelas condições da moradia e vizinhança, mobilidade e acessibilidade, que não resultam diretamente de atributos dos indivíduos; a agregação social que se refere aos vínculos familiares e territoriais dos indivíduos, que podem constituir-se como capital social; aspectos do estilo de vida, que são definidos por uma condição cultural e pelo grupo social e não pela vontade dos indivíduos; e as políticas públicas, não só da área da saúde, que devem ser intersetoriais para fazer frente aos determinantes sociais da saúde (LIMA, 2013).

A baixa resolutividade nas Atenção Primária à Saúde tem demonstrado que é necessário uma mudança de paradigma nas ações e práticas de saúde pública, e que a ESF não deve ser uma simples roupagem remodelada do modelo assintencional para o tratamento de doenças, mas uma nova visão multiestratégica, combinando desenvolvimento de políticas, mudança organizacional, desenvolvimento comunitário, legislação, educação e comunicação.

Para ser mais resolutiva, a ESF deve reconhecer o território, a partir do diagnóstico de situação de saúde, considerando não somente as condições epidemiológicas e economicossociais da população, mas também as condições do lugar que inclui as condições do meio físico, da infraestrutura urbana, do estilo de vida e da agregação social. Ainda há que se reconhecer as políticas públicas estabelecidas no lugar. Só depois, poderá ocorrer o planejamento e, conseqüentemente as ações que satisfaçam as necessidades de saúde da população.

Para atender as demandas reais, as redes de serviço de saúde devem ser construídas considerando os contextos territoriais. Então, como a ESF pode se valer do conceito de território para melhorar a efetividade das ações na atenção primária à saúde? Tal pergunta norteou a análise dos fixos e dos fluxos das áreas de cobertura das UAPSFs São Jorge I e II de Uberlândia, apresentada no próximo capítulo.

## 5 OS FIXOS E O FLUXOS DA ÁREA DAS UAPSFS SÃO JORGE I E II

A territorialização e o vínculo de uma dada população com as equipes são ideias centrais da ESF. Por muito tempo, a referência territorial tem sido importante ferramenta da epidemiologia em serviço, porém, consideramos ínfimo o seu uso como estratégia para melhorar o status de saúde da comunidade.

(...) uma equipe de saúde da família, em território de abrangência definido, desenvolve ações focalizadas na saúde; dirigidas às famílias e ao seu habitat; de forma contínua, personalizada e ativa; com ênfase relativa no promocional e no preventivo mas sem descuidar do curativoreabilitador; com alta resolubilidade; com baixos custos diretos e indiretos, sejam econômicos, sejam sociais e articulando se com outros setores que determinam a saúde” (MENDES 1996, p.273-276).

O uso do vínculo tem sido por vezes tomado como modo de organizar a relação entre equipes assistenciais e a sua população, mas, os profissionais ainda têm dificuldades de incorporar as questões do cotidiano de vida destes grupos, às suas ações levando a uma atuação na maioria das vezes prescritiva.

As ações de saúde devem, assim, ser guiadas pelas especificidades dos contextos dos territórios da vida cotidiana que definem e conformam práticas adequadas a essas singularidades, garantindo com isso uma maior e mais provável aproximação com a produção social dos problemas de saúde coletiva nos diversos lugares onde a vida acontece (BARCELLOS; MONKEN, 2007. p. 181).

Nesta concepção, o território é o espaço onde as relações que interferem no processo saúde doença acontecem, não podendo uma simples análise física para determinar as ações cooperadas de saúde, mesmo não sendo analisado em campo este modo de ocupar e agir no território deve ser levado em consideração para as propostas da promoção da saúde pela ESF.

Como a visão dos gestores locais de saúde está fortemente ancorada na abordagem

clínica de saúde, essa compreensão vai determinar uma organização de trabalho no sistema de atenção à saúde que prioriza as ações e práticas médico assistenciais e a medicalização (LIMA, 2013).

Neste contexto, a ESF deve buscar a territorialização da saúde, envolvendo-se com as políticas públicas locais intersetoriais e participativa, incluindo o exercício cotidiano de apropriação do espaço.

Hoje, precisamos cuidar do território, da saúde do município, além da saúde das pessoas, e, para que isso aconteça, exige-se que as pessoas que lá vivem participem da definição dos problemas prioritários e de sua resolução, incluindo aqui também o reconhecimento das suas potencialidades. É a partir do fortalecimento da solidariedade local que podemos pensar as intervenções, tomando a população como sujeito, inserindo-a nos processos, estimulando o compartilhamento de decisões e a responsabilidade cidadã (BARCELLOS; MONKEN 2007, p. 199).

No diagnóstico realizado no território delimitado para pesquisa, a área das UAPSFs São Jorge I e II, foram identificados diversos espaços que podem significar riscos ou proteção para a saúde da população, muitos destes espaços podem ser utilizados pela ESF para a Promoção da Saúde e outros necessitam ações para redução de potencialidade de risco ou eliminação dos riscos.

A necessidade de mobilização local e de ação intersetorial fica evidenciada em alguns destes espaços que são frequentados por usuários de drogas e servem de abrigo para andarilhos que necessitam de assistência, conforme registro das fotos 1 e 3, em terrenos baldios e terrenos domiciliares utilizados como depósito de materiais para fins de reciclagem fotos 4 e 5, porém estes locais estrategicamente podem ser utilizados para ações de amparo social a pessoas em situação de vulnerabilidade social, como usuários de drogas e moradores em situação de rua e ações de educação em saúde acerca de doenças transmissíveis, criação de espaços para lazer e de grupos locais com o uso de estrutura física como das fotos 1 área

pública pertencente à prefeitura municipal.

Fotos 1: Prédio abandonado de responsabilidade da PMU.



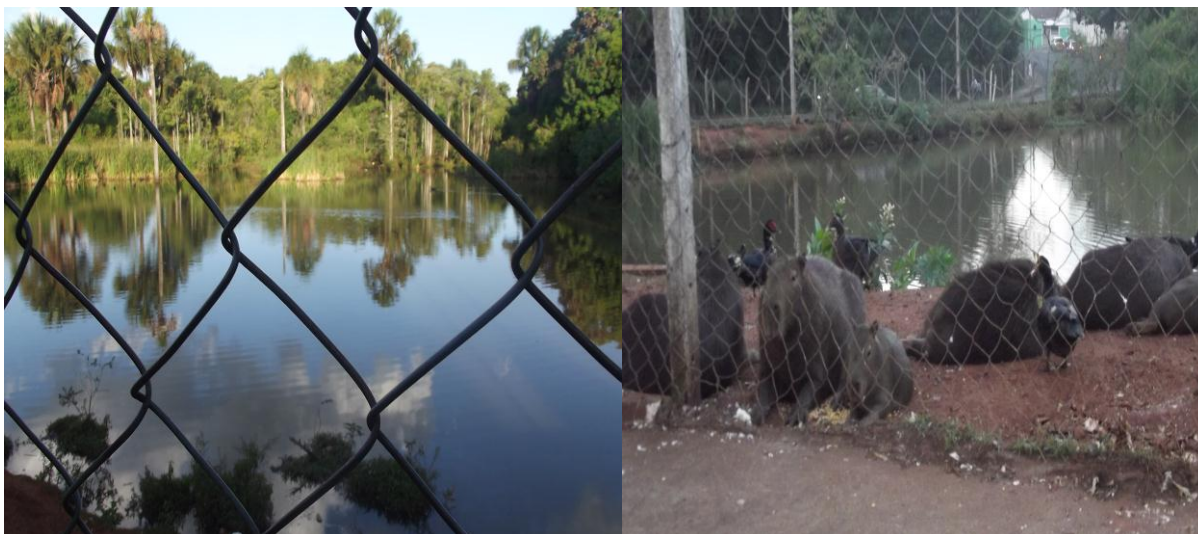
Autor: Marlucio Anselmo Alves, 2014.

Os terrenos baldios podem ser utilizados dentro de programas de hortas comunitárias e atender grupos de crianças desnutridas, gestantes, diabéticos e hipertensos com dificuldades de acesso a produtos hortifrúti. Uma vez que parte destes espaços são públicos e de propriedade da Prefeitura Municipal por intermédio de ações locais junto à comunidade pode significar mais facilidade para efetivação de projetos coletivos.

Em área contígua junto ao Parque Santa Luzia, utilizado como referência de lazer para o território existe um espaço onde existem diversas capivaras (Fotos 2), que são alimentadas e convivem muito próximo dos moradores locais possibilitando risco de zoonoses como a febre maculosa. No local há presença de recipientes e água do lago das capivaras que podem permitir a proliferação de insetos inclusive possíveis focos para mosquito transmissor da dengue e outros vetores.

Entendemos que, o processo de convivência deve se dar pelo conhecimento do risco e adoção de medidas de prevenção destas zoonoses por parte destes munícipes.

Fotos 2: Área verde com reservatório de água e animais silvestres.



Autor: Marlucio Anselmo Alves

A detecção de riscos à saúde exigem ações para sua eliminação ou minimização, a celeridade destas são guiadas pela potencialidade para danos, que deve reger o nível e o grau “urgência”.

Foto 3: Área pública de lazer utilizada para práticas de consumo de drogas.



Autor: Marlucio Anselmo Alves, 2014.

As ações são sugeridas no sentido de capacitar a população local para a tomada de decisão em relação a estes riscos, e pela percepção destes para a necessidade de mudanças relacionadas com as melhorias locais.

Foto 4: Terreno baldio utilizado por moradores como despejo de lixo.



Autor: Marlucio Anselmo Alves, 2014.

Os abrigos para espera do ônibus do transporte coletivo devem significar, em condições adversas, proteção contra intempéries, à exposição ao frio, calor e chuva que são fatores importantes na ocorrência de doenças sazonais como gripes, resfriados e pneumonias bem como a exposição ao sol aumenta riscos para doenças dermatológicas como o câncer de pele. Na área de estudo conforme mostrado na foto 6 estes são abertos e não oferecem proteção contra o sol, chuva e o frio.

Foto 5: Depósito de material reciclável a céu aberto.



Autor: Marlucio Anselmo Alves, 2014.

As ações exigem integralidade e a ESF pode ser o “gatilho” para e comunica-las aos diversos setores governamentais ou não governamentais. Tal efetividade pode ser afetada pela incapacidade de interlocução ou indisponibilidade de um meio de solicitação e acompanhamento de ações públicas dentro do município.

Uma das intervenções da ESF pode ser o apoio a mobilização da população do bairro para cobrar do poder municipal melhorias na oferta dos diversos serviços públicos, principalmente aqueles cuja falta ou ineficiência, nomeadamente, podem representar riscos para a saúde da população.

Foto 6: Ponto para espera de ônibus.



Autor: Marlucio Anselmo Alves, 2014.

No território de estudo existe uma variedade de opções para lazer como bares, salões de festa, espaços de área para convivência em grupo, como nas fotos 7 e 8. Diversos locais podem oferecer opções de lazer, como práticas esportivas, tanto público quanto privado, porém as áreas públicas quase sempre se encontram degradadas ou mal conservadas. Esses espaços públicos de lazer merecem atenção por parte do setor público ou parceria privada para melhoria das condições locais. Muitos destes espaços podem ser utilizados pela ESF para estimular práticas saudáveis como atividade física para todas as fases etárias, fotos 9.

No poliesportivo público é desenvolvido pela Fundação Uberlandense do Turismo, Esporte e Lazer (Futel) o Programa Agita Uberlândia que visa promover à população de Uberlândia um estilo de vida mais saudável através da atividade física. No entanto, não há participação da ESF neste programa, que seria uma boa experiência de ação multisetorial, com participação do setor saúde. Este mesmo local, utilizado para práticas saudáveis durante o dia, é um espaço de riscos à saúde porque à noite é usado por usuários de entorpecentes.

Foto 7: Parque Ambiental Santa Luzia, áreas de lazer e práticas esportivas.



Autor: Marlucio Anselmo Alves, 2014.

A Promoção da Saúde nos diversos espaços deve ter como uma das demandas prioritárias a educação em saúde e saúde do escolar. Comprendemos que estes espaços de formação educacional e cultural são lócus privilegiados para as ações da ESF conforme ressaltado e discutido no item 5.3 deste estudo.

Foto 8: Campo de Futebol em área de uso comum.



Autor: Marlucio Anselmo Alves, 2014.

Fotos 9: Quadra de esportes e área verde com pista de caminhada e equipamentos de ginástica.



Autor: Marlucio Anselmo Alves, 2014.

Fotos 10: Estabelecimentos públicos de ensino.



Autor: Marlucio Anselmo Alves, 2014.

O território do “Grande São Jorge” possui três estabelecimentos de ensino público regular, com ensino básico e fundamental mantidos pelo poder público municipal e dois estabelecimento de referência para o ensino médio, de responsabilidade do governo do estado de Minas Gerais, fotos 10. Conta ainda com outras três unidades de ensino, sendo uma de iniciativa privada, uma de formação em parceria com os governos do Estado e Município, com cursos profissionalizantes e outra, Centro Educacional Parque São Jorge II, mantido pela Missão Sal da Terra que desenvolve um trabalho de Educação Básica, especificamente de Educação Infantil, com atendimento integral. Há ainda, um Centro de Cultura Moçambique Afro, Estrela Guia, mantido pela Secretaria Municipal de Cultura, no qual são oferecidos cursos de Culinária, Informática, Dança, Capoeira, Violão, Artesanato, esportes, entre outros.

A Missão Sal da Terra, que também coordena as UBSF do bairro faz assistência social em sua sede. É uma associação beneficente de caráter filantrópico, sem fins lucrativos e econômicos, com fins sociais, educacionais, profissionalizantes e recreativos. Atende aos bairros Parque São Jorge I, II, III e IV, Laranjeiras, Aurora, São Gabriel, Seringueiras I e II.

Foto 11: Espaço de divulgação de cultura afro.



Autor: Marlucio Anselmo Alves, 2014.

O atendimento preferencial é no centro de educação infantil que atende a crianças na faixa etária de quatro meses a quatro anos. A entidade mantém ainda um centro de formação, em parceria com a Prefeitura Municipal, atendendo crianças com idade entre 6 e 15 anos, com atividades diárias de informática, artesanato, dança, esportes, reforço escolar, inglês, literatura e música. Essas atividades contam também, com o apoio do Praia Clube e da Universidade Federal de Uberlândia (UFU). Diariamente, as crianças recebem refeições e assistência psicopedagógica.

A ESF deve se aproximar destas instituições de forma a estabelecer parcerias para ações conjuntas uma vez que esta é a principal responsável pelas intervenções de saúde que ocorrem no território de sua abrangência.

A assistência social pública está presente através do Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) unidade estatal descentralizada da Política Nacional de Assistência Social (PNAS). O CRAS, apresentado na foto 12, atua como a principal porta de entrada do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), e é responsável pela organização e oferta de serviços da Proteção Social Básica nas áreas de vulnerabilidade e risco social. Além

de ofertar serviços e ações de proteção básica, o CRAS possui a função de gestão territorial da rede de assistência social básica, promovendo a organização e a articulação das unidades a ele referenciadas e o gerenciamento dos processos nele envolvidos.

O principal serviço ofertado pelo CRAS é o Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF), cuja execução é obrigatória e exclusiva. Este consiste em um trabalho de caráter continuado que visa fortalecer a função protetiva das famílias, prevenindo a ruptura de vínculos, promovendo o acesso e usufruto de direitos e contribuindo para a melhoria da qualidade de vida.

Foto 12: Centro de Referência de Assistência Social São Jorge.



Autor: Marlucio Anselmo Alves, 2014.

O CRAS local tem funcionamento de segunda a sexta-feira, das 12:00 as 18:00 horas e tem como público alvo os grupos familiares em condições de vulnerabilidade social. Apresenta como principal serviço oferecido o atendimento psicossocial com caráter preventivo às famílias da área de abrangência da Casa da Família, através de orientação, acompanhamento e encaminhamento para a rede de atendimento às necessidades básicas buscando contribuir, com a redução da situação de risco tais como: violência intrafamiliar, abuso sexual, dependência química, negligência em relação à criança e ao adolescente,

jovens, mulher, idosos, pessoas portadoras de deficiência.

Oferece ainda atendimento assistencial para CadÚnico, Bolsa Família, Tarifa Social DMAE, Tarifa Social CEMIG, Pró-Pão, emissão de carteira de trabalho, solicitação de 2ª via de certidão de nascimento, casamento e óbito, encaminhamento para isenção de taxa de confecção de carteira de identidade, guia de fotos para emissão de documentos. O CRAS é o potencial parceiro público das ESFs para resolução de situações que necessitam de interferência multisetorial para as questões sociais e estruturais dentro do território.

Dentre os fixos presentes no que se refere à assistência e ao apoio social existem duas instituições não governamentais atuando inclusive com atendimento à saúde (fotos 13). A Divulgação Espírita Cristã (DEC), que realiza atendimento a gestante, ambulatórios médico e odontológico, atendimento farmacêutico e atendimento ao idoso, por intermédio de médicos voluntários parceiros da entidade são disponibilizadas consultas na rede privada para a comunidade mais carente.

Dentre outras ações desenvolvidas estão o fornecimento de sopa, a distribuição de cestas básicas e gêneros de primeira necessidade e a realização de oficinas de costura e bonecas.

Fotos 13: Organizações Não Governamentais com atendimento à saúde e apoio social.



Autor: Marluccio Anselmo Alves, 2014.

Estão presentes na área de abrangência do estudo um grande número de igrejas evangélicas, igreja católica e de doutrina espírita, que dentre suas práticas estão o apoio social e cultos e rituais de cura espiritual representadas pelas fotos 14 e 15, estes estabelecimento representam culturalmente locais de grande importância e do ponto de vista da integralidade uma grande rede de apoio para a ESF no enfoque e contexto do homem como ser psico-socio-bio-espiritual conforme discutido no item 5.3 As equipes devem reconhecer estes como ambientes de promoção da saúde, de cura e reabilitação.

A presença destes fixos tendem a complementar as ações uma vez que a saúde se pauta também no bem estar espiritual.

Fotos 14: Centro Espírita Maria Lobato para práticas religiosas, sociais e curas espirituais.



Autor: Marlucio Anselmo Alves, 2014.

Foto 15: Igreja Evangélica com práticas religiosas e curas espirituais.



Autor: Marlucio Anselmo Alves, 2014.

O corpo de bombeiros no município de Uberlândia (foto 16), além de compor a segurança pública e demais serviços já peculiares presta assistência de Urgência e Emergência pré hospitalar com atendimento e transporte de vítimas de causas externas e urgência clínicas, para assistência especializada e rede de serviços da Atenção Primária, Secundária e Terciária.

Foto 16: Unidade fixa do Corpo de Bombeiros de Uberlândia.



Autor: Marlucio Anselmo Alves, 2014.

No local estudado existem algumas áreas em que ações de segurança pública são necessárias, a ESF pode agir conjuntamente com este serviço para melhorar as ações de segurança nestes locais, e ainda estabelecer meios para inserção dos militares, que gozam de prestígio popular, em ações de educação em saúde, saúde do escolar, de atitudes seguras, prevenção de eventos domésticos e atuação caso ocorram dentre outras.

O atendimento convencional em saúde conta uma Unidade de Atendimento Integrado - UAI São Jorge, foto 18, gerida pela Missão Sal da Terra em parceria com a Prefeitura Municipal de Uberlândia. As Unidades de Atendimento Integrado são unidades mistas, com Atendimento Ambulatorial na Atenção Básica e Pronto Atendimento funcionando 24 horas por dia todos os dias da semana.

O atendimento ambulatorial e o atendimento de emergência de Odontologia acontecem das 7h às 22h, com a instalação do Horário do Trabalhador.

Fotos 17: Unidades de Estratégia de Saúde da Família São Jorge I e II.



Autor: Marlucio Anselmo Alves, 2014.

As UAIs oferecem consultas especializadas, como: Angiologia, Cardiologia, Cirurgia Geral, Cirurgia Infantil, Dermatologia, Endocrinologia, Gastroenterologia, Infectologia, Mastologia, Nefrologia, Neurologia, Oncologia, Ortopedia, Otorrinolaringologia, Pneumologia, Proctologia, Psiquiatria, Urologia. Duas UAPSFs, Unidade de Atendimento Primário à Saúde da Família, São Jorge I e São Jorge II também geridas pela Missão Sal da Terra em parceria com a Prefeitura Municipal de Uberlândia (fotos 17).

As UAIs, dentro do Sistema Municipal de Saúde, formam a complementariedade às ESFs e devem ser compreendidas e utilizadas como tal. Complementam a rede de atenção pública a prestação de serviços privados com a presença de várias clínicas de odontologia, laboratórios, farmácias e de drogarias (fotos 20).

Foto 18: Unidade de Atendimento Integrado São Jorge.



Autor: Marlucio Anselmo Alves, 2014.

O setor de comércio e serviços conta com açougues, padarias, sacolões de comércio de frutas e verduras, supermercados, hipermercado, bancos, restaurantes, pizzarias, rede lotérica, lojas de eletroeletrônicos, de informática, centros automotivos, salões de beleza, lojas de vestuário e calçados, materiais para construção, escritórios contábeis e outros representados pelas fotos 19 e 20.

Foto 19: Hipermercado de referência para compras em varejo.



Autor: Marlucio Anselmo Alves, 2014.

Existe ainda a presença de borracharias e oficinas de lanternagem e pintura que além de compor a rede de serviços merecem cuidado especial por apresentarem risco para a saúde com a possibilidade de acúmulo de água e reservatórios para proliferação do mosquito da dengue e outros vetores de doença.

A oferta diversificada de serviços no bairro dispensam o deslocamento para as áreas mais centrais da cidade, o que dentro dos centros urbanos maiores significa custo e risco para a comunidade local. Cabe à ESF a participação na vigilância e de ações de capacitação de consumo saudável nestes locais, orientação de lojistas e prestadores de serviços para a saúde ambiental, uma ampla rede de serviços propicia o acesso a produtos de melhor qualidade.

Fotos 20: Prestadores de serviços, bancários e farmácia.



Autor: Marlucio Anselmo Alves, 2014.

Há serviços itinerantes da PMU em parceria com as entidades locais, fluxo de mercadorias e pessoas pela centralidade relacionada ao comércio local, pela oferta de locais de lazer, como bares, restaurantes e pizzarias dentre outros. Os fluxos do território, seguindo classificação de Milton Santos, podem ser classificados como circuito superior, representado pela presença de negócios bancários, comércio, transporte público; e pelo sistema inferior pela presença de serviços artesanais não modernos, de venda a varejo e comércio em pequena escala.

No território existe um espaço definido para lazer itinerante pré-definido para montagem do parque de diversões e circos, espaços importantes como opção de lazer popular.

Nas quintas feiras das 15:00h às 20:30h ocorre a feira livre, que é fiscalizada e regulamentada pela Secretária Municipal de Agropecuária e Abastecimento. Nos dias em que há feiras, ocorre um aumento de diversidade de mercadorias que influenciam a circulação tanto de pessoas como de serviços. Nestes dias ocorre a mudança da rotina do trânsito, que é desviado para outras ruas das proximidades.

Fotos 21: Parque de diversões itinerante e transporte coletivo.



Autor: Marlucio Anselmo Alves, 2014.

O transporte coletivo de passageiros em Uberlândia é constituído por um sistema integrado o Sistema Integrado de Transporte - SIT, que é composto por cinco terminais: Terminal Central, Umuarama, Planalto, Santa Luzia e Industrial, interligados por linhas troncam, interbairros, alimentadoras e distritais. O território conta transporte coletivo que o interliga ao centro da cidade e ao terminal Santa Luzia, e daí aos demais. Existe ainda, a complementariedade de diversas empresas de moto táxi e de táxis urbanos.

O uso destes espaços apresentados com ações de vigilância, melhorias estruturais, exploração no uso e práticas adequadas à realidade local apontam para uma potencialização

da Promoção da Saúde, como propomos nas páginas seguintes.

### **5.1 Espaços para a participação social**

A capacidade de mobilização e organização suporta a orientação e a alocação de recursos para prover interesses individuais e coletivos, caracterizando as diversas organizações comunitárias tais como conselhos locais, associações de bairro e outras entidades de classe e movimentos sociais, como preciosa estratégia para prover o território de fluxos e ou fixos, que venham atender às demandas locais.

Esta mobilização e a formação de grupos por vezes demandam tempo e uma série de recursos, o que faz com que os indivíduos marginalizados na sociedade raramente constituam entidades organizadas para defender seus interesses, devendo assim a ESF servir de suporte para constituição e apoio na manutenção destas.

O modelo de saúde deve ser construído no cotidiano das relações sociais onde os diversos atores tecem arranjos, alianças e confrontos tendo como foco suas demandas. O estabelecimento de canais com efetiva participação, requer a existência de organizações da sociedade civil, que possam sustentar e legitimar a representatividade dos diversos setores sociais.

ESFs e os demais serviços de atenção coletiva devem capitanear e fomentar a participação dos grupos populares nas suas ações de saúde local, na estruturação de comitês locais de saúde e na articulação com os diversos grupos presentes como sindicatos de trabalhadores, grupos pastorais, associações de moradores, grupos de jovens, conselhos paroquiais, grupos de mulheres dentre outros.

A proximidade com a população, em sua vida cotidiana, permite que a ESF possa exercer papel importante na mobilização popular pela saúde, não só para reivindicar a saúde

como direito, mas para agir solidariamente em favor da saúde individual e coletiva, no território em que vive.

Em muitos casos, há uma fragilidade na organização social das comunidades, e quando isso ocorre, porque as entidades ou grupos organizados são frágeis, deve-se estimular o seu fortalecimento, bem como a criação de novos grupos que ampliem a capacidade de reivindicação, mas também o espírito de solidariedade. Deve-se dar atenção especial aos movimentos sociais organizados no local, principalmente àqueles que atuam especificamente com questões da saúde. Também, pode-se estimular a organização social para reivindicar serviços públicos e proteção social que podem afetar positivamente a saúde ou mesmo para ajudar a organizar grupos que podem ampliar o sentido de agregação social e solidariedade entre os sujeitos, o que decididamente pode desempenhar papel importante para a saúde (VASCONCELOS 2001).

Trata-se de estimular a participação e o aumento do capital social da comunidade, não só para defender os interesses individuais mas os interesses coletivos, a partir da criação do que Putnam (1996) chamou de comunidade cívica, com elevado sentimento de cidadania e espírito público.

A comunidade cívica seria a maior força para o desenvolvimento social de um lugar, podendo influenciar decisivamente sobre os governantes, mas também estabelece uma estrutura social com relações baseadas na confiança e colaboração solidária, em busca de um bem comum, aspectos que caracteriza cidadania (PUTNAM, 1996).

Deste modo, para um desenvolvimento social autônomo, é desejável que haja uma comunidade organizada, com espaços institucionais de participação, que consiga influenciar a administração pública local e permita uma experiência de envolvimento cívico e solidários entre os cidadãos. Isto representaria o que Santos Júnior (2001) chamaria de capital social.

Entretanto, um espaço privilegiado para participação popular nas decisões de governo, que pode influenciar decididamente sobre as políticas públicas são os Conselhos Locais e Municipais, que permite, ainda, que a sociedade exerça fiscalização sobre a aplicação dos recursos públicos.

Os Conselhos e conferências em todos os níveis de governo, definido pela Lei nº 8.142/90, representam bem o processo de redemocratização do país e a participação popular nas decisões das políticas de saúde, e é parte fundamental da estrutura política do SUS, atuando na formulação e proposição de estratégias de saúde e no controle da execução das Políticas de Saúde.

A Resolução nº 333, de 04 de novembro de 2003, do Conselho Nacional de Saúde define os Conselhos de Saúde, em cada esfera de governo, como um órgão colegiado, deliberativo e permanente do Sistema Único de Saúde, com participação paritária de representantes dos usuários do SUS (50%), trabalhadores da saúde (25%) e representantes de governo e prestadores privados conveniados ou sem fins lucrativos (25%).

A presidente Dilma Rousseff assinou em 21/05/2014 um Decreto-Lei instituindo a Política Nacional de Participação Social, que visa estabelecer mecanismos de articulação e diálogo entre o Estado e a sociedade civil, para que o governo ouça os movimentos sociais sobre os programas e políticas públicas, o que pode significar novos espaços de participação social, a partir do diálogo entre governo e movimentos sociais na definição e acompanhamento da execução das políticas públicas. Este processo estaria organizado a partir de um conselho de políticas públicas (processo decisório), uma conferência nacional (debate, formulação e avaliação), uma ouvidoria federal, e audiências públicas que permitiria realizar mobilização e participação social mais ampla. Na avaliação do governo esta lei significa um aprimoramento da gestão pública. Para os partidos da oposição o decreto-lei é pura

demagogia e populismo (BRASIL 2014).

## **5.2 Espaços para práticas populares em saúde**

A arte de diagnosticar e curar doenças não é exclusiva dos profissionais da área médica e esta prática antecede a essas profissões. Entendemos que os serviços de saúde não devem restringir a autonomia da comunidade de entender o processo saúde/doença. Mesmo do ponto de vista biomédico a capacidade de diagnosticar sintomas e relacioná-los à doença deve ser uma prática corriqueira e aprendida pela população para a procura antecipada garanta uma efetividade dos serviços de saúde.

Nas práticas comunitárias em saúde o processo de cura e de prevenção de doenças está presente nas ações populares de curandeiras(os), benzedeiras(os), raizeiras(os) e garrafeiras(os) dentre tantos, que vão além da espiritualidade.

Estes médicos populares, assim os chamamos, pois muitos realizam verdadeiras consultas executam anamnese e até exame físico, diagnosticam, prescrevem e aviam suas receitas e têm na proximidade a confiança da população que os busca. A valorização e respeito da diversidade e heterogeneidade dos grupos sociais, configura a base das ações de saúde coletiva que deve transitar entre o saber popular e o saber científico.

A busca por estratégias alternativas às práticas convencionais ou hegemônicas se cristaliza nas práticas populares. Estas práticas deferem este conceito, longe da prescritividade do modelo biomédico que impede a tomada de decisão e uso de terapia considerada apropriada pelo sujeito, pelo contrário afasta esta percepção.

O objetivo já não tem que ser exclusivamente a cura, como desaparecimento da doença, mas enquadrar uma situação em margens e parâmetros cientificamente toleráveis e controláveis, variáveis para cada situação diagnosticada. Isto se afasta das pautas tradicionalmente pontuais e particularistas de proibição e de intervenção exterior sobre o organismo mediante o subministro de preparados (OYARBIDE

1996, p. 226).

Paralelamente, a estas práticas que compõem e acompanham os aspectos culturais da saúde e da doença a espiritualidade acompanha na maioria das vezes os seus adeptos, atribuindo a fé em procedimentos não médico convencionais como um atributo importante para o processo de cura ou se manter saudável.

A arte da cura e da manutenção da saúde se confunde com a figura de sacerdotes, xamãs, e curandeiros; e a relação dos males do corpo com a interferência de deuses e situações místicas, sobrenaturais. Porém, o vínculo entre a cura do corpo e a condição de crença em um campo sobrenatural, mediante a sua fé ou a intercessão de orações e cultos para encontrar a saúde tem grande força quando esgotados todos os recursos científicos conhecidos.

Não buscamos nesta compreensão a defesa de uma doutrina que considere religiosidade e espiritualidade a mesma coisa. Embora relacionadas, não as definimos como sinônimo. Compartilhamos a compreensão de SAAD et al. (2001) e POWELL et al. (2003) quando dizem que religiosidade envolve sistematização de culto e doutrina compartilhados por um grupo. A espiritualidade está afeita a questões sobre o significado e o propósito da vida, com a crença em aspectos espiritualistas para justificar sua existência e significados.

A espiritualidade poderia ser definida como uma propensão humana a buscar significado para a vida por meio de conceitos que transcendem o tangível: um sentido de conexão com algo maior que si próprio, que pode ou não incluir uma participação religiosa formal (SAAD et al., 2001; VOLCAN, 2003).

Para Ross a espiritualidade se fraciona em três componentes que devem ser compreendidos no campo de atuação do profissional da saúde:

A espiritualidade depende de três componentes: necessidade de encontrar significado, razão e preenchimento na vida; necessidade de esperança/ vontade para viver; necessidade de ter fé em si mesmo, nos outros e em Deus. A necessidade de significado é considerada uma condição essencial à vida e, quando um indivíduo se sente incapaz de encontrar um significado, sofre em função dos sentimentos de vazio e desespero (ROSS, 1955, p. 446-455 apud FLECK, 2003).

Desde tempos remotos, e em todas as culturas, se sabe que a espiritualidade pode ser um fator que contribui para a saúde das pessoas. Mesmo agora, no século 21, a medicina ocidental, com todo o avanço da tecnologia tem reconhecido os efeitos da espiritualidade na cura e nos cuidados com a saúde. Essa espiritualidade é a expressão da busca do indivíduo pelo que não é materiais, representado pela religião, crença, Deus, naturalismo, racionalismo, humanismo e artes, que de algum modo pode influenciar no estado físico, mental e espiritual dos sujeitos, sendo que todos esses fatores podem influenciar na forma como os pacientes e mesmo os cuidadores percebem a relação saúde-doença (PUCHALSKI, 2001).

É necessário, também, compreender que a espiritualidade envolve um aspecto forte de individualidade devendo ser respeitada desta forma, como afirmam Drane e Pessini (2005). A espiritualidade faz parte da natureza humana, devendo ser desvelada pela vivência e pelas descobertas individuais. Assim, a espiritualidade é diferente para cada indivíduo, podendo aparecer como propósito de vida, conexão com uma força/ um algo maior, autoconhecimento, entre outras formas.

Toda pessoa é espiritual, enquanto dotada de espírito. A espiritualidade não implica necessariamente na fé em uma divindade específica. A palavra espírito não se refere especificamente à divindade, mas à capacidade de autoconsciência, de fazer uma reflexão sobre si mesmo. O ser humano é um ser intrinsecamente espiritual, pois demonstra esta capacidade de refletir e autotranscender-se (GOLDIN et al. 2007, p. 15).

O modelo hegemônico ou biomédico está alicerçado na supervalorização do conceito

biológico, fisiopatológico da doença, e se põe em contraposição à espiritualidade e sua relação com a saúde. Não há como negar que haja uma relação entre ciência e religião, que é preciso abordar o ser humano no seu contexto espiritual, além dos contextos socioeconômico e cultural, para além de sua condição biológica. De acordo com Albert Einstein, “a ciência sem religião é paralítica; a religião sem ciência é cega” (COSTA, 2006, p. 39).

Enquanto a medicina oriental busca relacionar de maneira explícita as dimensões religiosa e espiritual no processo de cuidado à saúde, alguns setores da medicina ocidental têm insistido em ignorar a ação sobre natural e a transcendência no tratamento e cura das doenças, mesmo que não possa negar que a fé constitui-se em uma força sobrenatural de cura, principalmente quando a ciência nada mais pode fazer (FECK et al. 2003).

GASTAUD et al. (2006) dizem que “a religiosidade e a espiritualidade sempre foram consideradas importantes aliadas das pessoas que sofrem e/ou estão doentes” e que a medicina ocidental, principalmente a psiquiatria tem as tem negligenciado e mesmo combatido por considerar essas experiências como evidências de psicopatologias.

Em estudo de revisão de literatura, citado por FLECK et al. (2003), a religiosidade foi considerada como fator protetor contra suicídio, abuso de drogas e álcool, comportamento delinquente, satisfação marital, sofrimento psicológico e alguns diagnósticos de psicoses funcionais.

A religiosidade e a participação em um grupo religioso aumentam a percepção de pertencimento, com a formação de redes de apoio social, que favorecem a promoção da saúde e, frequentemente, ajudam a interromper hábitos de risco como tabagismo e alcoolismo, oferecem e recebem suporte social para manter ou mesmo recuperar as relações matrimoniais.

Dispensada por vezes no campo de conhecimento das ciências médicas, a religiosidade ganha importância nas ciências humanas, principalmente com a Psicologia, na qual as

experiências espirituais têm sido cada vez mais valorizadas tanto no plano das doenças comportamentais quanto no enfrentamento de situações adversas como em doenças de diagnóstico relacionado à morte. Atualmente, na Psicologia e nas Ciências Sociais contemporâneas, a religião não é mais vista como um “sistema defensivo ou de alienação” (DIAS 2010, p. 131).

No conceito de saúde da OMS (1998) está contida a dimensão não material ou espiritual. No instrumento *World Health Organization's Quality of Life Measure* (WHOQOL) para definir qualidade de vida, a OMS (1998) incluiu a percepção do sujeito sobre sua condição material, o contexto da cultura e os valores do grupo social em que vive, considerando, ainda, os seus objetivos e preocupações, considerando ainda a espiritualidade, religiosidade e crenças Pessoais (SRPB). Este questionário pergunta como o sujeito se sente acerca de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida em aspectos das dimensões física, psicológica, nível de independência, relações sociais, meio ambiente e espiritualidade/religião/crenças pessoais. O questionário pergunta: suas crenças pessoais dão sentido à sua vida? em que medida você acha que sua vida tem sentido? em que medida suas crenças pessoais lhe dão força para enfrentar dificuldades? em que medida suas crenças pessoais lhe ajudam a entender as dificuldades da vida? (FLECK et. al. 1999).

Nestas questões de qualidade de vida e, ainda, nas proposições de Promoção da Saúde da OMS (1998), definindo a vida a partir, não somente de contextos biológicos, socioeconômico, psicológicos e culturais, mas também espiritual, necessariamente nos leva a reconhecer a importância da dimensão da espiritualidade para a saúde do indivíduo.

Na prática hospitalar, principalmente em situações em que há aproximação com a realidade dura das doenças e proximidade com a morte, as questões espirituais têm ganhado força, inclusive instituindo ou permitindo práticas religiosas e cuidados pastorais.

Diversos estudos têm buscado a comprovação científica da importância da espiritualidade nos processos de tratamento e cura das doenças. STRAWBRIDGE et al. (1997), em estudo de longo seguimento, avaliaram 6.928 pacientes, entre 16 e 94 anos, durante 28 anos de seguimento; os praticantes regulares de atividades religiosas tiveram menores taxas de mortalidade.

CARRICO (2006) avaliaram a relação entre práticas religiosas e níveis de cortisol urinário em 264 pacientes soropositivos para HIV, com o objetivo de determinar o impacto da espiritualidade sobre os níveis de cortisol e sua relação com sintomas de depressão. Neste cenário, a prática de atividades religiosas esteve associada a menores taxas de cortisol urinário de 24 horas e sintomas de depressão.

Colantonio et al. (1992), avaliando fatores preditores psicossociais para acidente vascular cerebral (AVC) em idosos não institucionalizados, determinaram, em 2.812 idosos de Connecticut, status de depressão por meio da escala do Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D). Esse estudo revelou altos valores de escores de CES-D como importante preditor de AVC ( $p < 0,05$ ), e a prática frequente de serviços religiosos foi associada à menor incidência de AVC ( $p < 0,001$ ).

HUMMER et al. (1999) avaliaram dados do National Health Interview Survey (NHIS) em 21.204 casos e, entre estes, 2.216 óbitos, associando a frequência de prática religiosa a aspectos sociodemográficos, de saúde e comportamento. Determinaram que pessoas que nunca tiveram ou que exerceram prática religiosa irregular apresentavam risco de óbito 1,87 vez maior comparadas àquelas com prática de pelo menos uma vez por semana.

MOREIRA-ALMEIDA et al. (2006) verificaram que maiores níveis de envolvimento religioso estão associados positivamente a indicadores de bem-estar psicológico (satisfação com a vida, felicidade, afetos positivo e moral mais elevados) e a menos depressão,

pensamentos e comportamentos suicidas, uso/abuso de álcool/drogas. Esse impacto positivo sugere ser mais relevante entre pessoas sob estresse (idosos e aqueles com deficiências e doenças clínicas).

IRONSON et al. (2006) avaliaram os efeitos de mudanças na religiosidade e na espiritualidade após o diagnóstico de soropositividade para o HIV e suas consequências sobre as dosagens de CD4 e carga viral, a mudança na prática de atividades religiosas foi fator para redução da carga viral e aumento dos valores de CD4.

Saad et al. (2001) ao discutirem e proporem o reconhecimento do aspecto espiritual como fator de saúde ou doença apontam que, a doença permanece como entidade de impacto amplo sobre aspectos de abordagem desde a fisiopatologia básica até sua complexa relação social, psíquica e econômica; é fundamental reconhecer que esses diversos aspectos estão correlacionados em múltipla interação.

A integralidade, um dos princípios doutrinários do SUS, pressupõe o reconhecimento do homem nas dimensões física, social, psicológica e espiritual. Para a implementação deste princípio, muito contribui as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICSA), instituídas por meio da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), seguindo uma orientação da Organização Mundial da Saúde (BRASIL 2006).

O PNPIC busca conhecer, apoiar, incorporar e implementar experiências que já vêm sendo desenvolvidas na rede pública de muitos municípios e estados, bem como a institucionalização nas unidades de atenção à saúde, práticas medicina alternativa como Homeopatia, Plantas Medicinais e Fitoterapia, Medicina Tradicional Chinesa/Acupuntura, Medicina Antroposófica e Termalismo Social - Crenoterapia. Isto já era uma demanda da sociedade desde a 1ª Conferência Nacional de Vigilância Sanitária (2001), 1ª Conferência Nacional de Assistência Farmacêutica (2003), 2ª Conferência Nacional de Ciência,

Tecnologia e Inovação em Saúde (2004) e as últimas Conferências Nacionais de Saúde (BRASIL, 2006).

A aproximação dos cuidados de saúde com o cotidiano de vida permite reconhecer a influência da espiritualidade na saúde da população. Por isso, os profissionais de saúde que trabalham na ESF precisam compreender que, para uma melhor prestação do atendimento integral às necessidades de saúde da população, necessitam romper com o modelo biomédico hegemônico, reconhecendo a espiritualidade e as práticas religiosas nas concepções teóricas e nas práticas dos cuidados para o bem-estar e qualidade de vida do sujeito (YAWAR, 2001).

Jung também questiona sobre os valores e crenças do profissional, pois, segundo ele, querendo ou não, o profissional está envolvido com suas convicções, tanto quanto o paciente, e o mais importante não é a “técnica utilizada”, mas a pessoa que usa determinado método. Por isso, o profissional, eticamente, está obrigado a um conhecimento e a uma crítica de suas convicções pessoais, filosóficas e religiosas, tanto quanto um cirurgião está obrigado a uma perfeita assepsia (MONTEIRO, 2008, p. 63-85).

Sendo assim, reconhecendo que a espiritualidade desempenha papel importante na saúde da população, as ações e práticas de saúde na ESF devem ser direcionadas para que, não só os espaços das unidades de atenção à saúde, mas os espaços da vida cotidiana, sejam locais de construção de conhecimento e partilha em saúde, de aprender e ensinar, para a cura, prevenção e promoção da saúde.

### **5.3 Promoção da saúde em locais de construção do saber escolar**

No Brasil estudos apontam que as ações em saúde escolar se deram ainda no império. Lima (1985) diz que um decreto do Barão do Lavradio, em 1889, já tratava da regulamentação de questões de higiene escolar na inspetoria das escolas públicas e privadas

da Corte, no contexto do sanitarismo da polícia médica que estabelecia prescrição a respeito da salubridade dos locais de ensino, e a puericultura, além de estabelecer regras sobre as condições de vida e comportamento para professores e alunos. Um traço fundamental desta educação para a saúde é que seu objetivo era modificar comportamentos e atitudes individuais, com claro viés higienista (LIMA, 1985).

A educação para a saúde na escola, por muito tempo foi estabelecida a partir de um modelo sanitarista campanhista; uma educação sanitária, onipresente, esgrimida pela higiene e pelo movimento sanitarista, altamente caracterizada pela prescrição de atitude, no qual as ações devem estabelecer mecanismos de transformação de comportamento dos sujeitos e das populações, nos quais os meios são justificados pelos fins (DUARTE 2000).

É importante considerar o que Briceño-León (1996) diz sobre os programas sanitários de combate e controle das doenças verticais e autoritários, que são próprios de governos igualmente autoritários. Ainda que a situação política e social mude e se reestabeleça a democracia, quase sempre, estes programas de controle das doenças continuam autoritários, sem o envolvimento dos sujeitos. No caso do controle das doenças, cujo ciclo de transmissão envolve o agente infeccioso, o vetor e o hospedeiro humano, os três elementos são tomados como passivos diante da ação de combate à doença. Os programas fracassam porque somente são sustentáveis ações que envolvam os indivíduos e as comunidades como protagonistas. Neste artigo, o autor estabelece sete teses sobre educação sanitária para a participação comunitária.

1. Não há um que sabe e outro que não sabe, mas dois que sabem coisas distintas.
2. A educação não ocorre só nos programas educacionais, mas em toda a ação sanitária.
3. A ignorância não é um vazio a ser preenchido, mas um cheio a ser transformado.
4. A educação deve ser dialogada e participativa.

5. A educação deve reforçar a confiança das pessoas em si mesmas.
6. A educação deve procurar reforçar o modelo de conhecimento: esforço - recompensa.
7. A educação deve fomentar a responsabilidade individual e a cooperação coletiva.

Briceño-León (1996), neste trabalho não fala em promoção da saúde, mas esses princípios de educação para participação comunitária representam bem, o que seria o papel da educação em ações e programas de promoção da saúde.

No Brasil, a partir dos anos de 1980, as ideias de educação para a saúde e saúde na escola começam a se afastar do discurso tradicional de concepção biomédica, para uma nova abordagem das Escolas Promotoras de Saúde (EPS), com estratégia para a promoção e manutenção da saúde dos sujeitos da escola, com ações extensivas à família e à comunidade, com o propósito da construção de ambientes saudáveis na perspectiva da promoção da saúde (FIGUEIREDO et al 2010, AFONSO et al. 2013)

A escola como espaço de construção de conhecimentos, de socialização, de cidadania é um local privilegiado para a ESF desenvolver ações que visem a Promoção da Saúde. A OMS e a UNESCO sugerem que saúde se deve aprender na escola OPAS (1995).

A ideia de Escola Promotora de Saúde também já era apresentada, de maneira embrionária, em 1954, quando a Comissão de Especialistas em Educação em Saúde da OMS indicou a necessidade da realização de atividades de educação para saúde no espaço escolar e não só a transmissão de conhecimentos sobre a saúde (GONÇALVES et al., 2008).

A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), em 1995, lançou oficialmente a IREPS (Iniciativa Regional de Escolas Promotoras de Saúde) que rapidamente foi adotada por todos os países da América Latina e do Caribe, tendo como principal objetivo rever as atividades de educação em saúde que eram desenvolvidas nas escolas, dando orientações para

que fosse adotada uma abordagem de Promoção da Saúde (MONT'ALVERNE e CATRIB, 2013).

Uma Escola Promotora da Saúde deve ajudar a construir um ambiente saudável, como pressuposto da promoção da saúde, na escola, na família e na comunidade, com participação autônoma e criativa de todos os membros da comunidade escolar, alunos, professores e demais servidores, consideradas em seus contextos familiares e territoriais (OPAS 1995).

Isso é corroborado por Afonso et al. (2013) que afirmam que uma Escola Promotora de Saúde deve fundamentar suas ações em três componentes principais: educação para a saúde, criação e manutenção de espaços saudáveis, e acesso aos serviços de saúde, alimentação saudável e vida ativa. Acrescentam, ainda, que devem utilizar “metodologias pedagógicas que promovam a discussão crítica das relações existentes entre os comportamentos individuais, as condições sociodemográficas do entorno e os riscos para a saúde”.

A Escola Promotora de Saúde deve propiciar aprendizado com troca de experiências teóricas e práticas acerca da saúde que instituem junto aos sujeitos na comunidade escolar hábitos e comportamentos saudáveis, não com uma visão higienista, mas com a compreensão de determinantes sociais de saúde, para mudar os contextos desfavoráveis a saúde.

Mas, o que se tem visto é que, ainda, as ações de educação para saúde nas escolas têm sido extremamente prescritivas e normatizadoras, voltadas apenas para inculcar nos indivíduos hábitos considerados saudáveis.

Defendemos que esta modificação dos estilos de vida, no qual se incluem os comportamentos de saúde, seja uma tomada de decisão a partir compreensão do processo saúde/doença nos contextos biológicos, psicológicos, micro e macrosociais e ambientais, garantir ao indivíduo o poder de julgar quais são suas necessidades de saúde, e não que um

determinado estilo de vida seja escolha única e que, a perda da saúde signifique um mal comportamento, culpabilização da vítima.

A atuais práticas ainda tendem a uma visão reducionista de promoção da saúde à saúde do escolar com práticas focadas na figura do profissional da saúde como o detentor de todo conhecimento para prescrever atitudes para ser saudável ou simplesmente não ter doenças, seguindo os preceitos da medicina hegemônica.

Vitor Valla, em entrevista concedida a Roseli Oliveira (OLIVEIRA 2003) afirma que educação em saúde sempre foi, essencialmente um movimento de cima para baixo, oriundo das classes dominantes (governantes, médicos, profissionais de saúde) para as classes populares, com imposição de normas sociais e de comportamentos, com a ideia de que a população, sobretudo das classes populares não teria condições de estabelecer um conhecimento sanitário, sendo necessário ser orientada a partir das classes hegemônicas.

Pelicioni e Torres, ao criticarem as ações de saúde do escolar, apontam que este contexto de dissociação e prescritividade sempre esteve associado às práticas de saúde coletiva, posto que o centro da ação eram individualidades, tentando mudar comportamentos e atitudes sem, muitas vezes, considerar as inúmeras influências provenientes da realidade em que as crianças estavam inseridas. Era comum acontecerem ações isoladas voltadas ao trabalho para saúde, partindo de uma visão assistencialista de educação e sem discutir a conscientização acerca do tema saúde e suas inter-relações para o equilíbrio dinâmico da vida (PELICIONI e TORRES, 1999).

O Programa Saúde na Escola (PSE) constitui-se em uma estratégia para a integração e a articulação permanente entre as políticas e ações de educação e de saúde, com a participação da comunidade escolar, envolvendo as equipes de saúde da família e da educação básica, a partir de uma iniciativa conjunta do Ministério da Educação e do Ministério da Saúde. O PSE

foi instituído pelo Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro 2007, com finalidade de contribuir para a formação integral dos estudantes da rede pública de educação básica por meio de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde, visando o enfrentamento das vulnerabilidades que comprometem o pleno desenvolvimento de crianças, adolescentes e jovens da rede pública de ensino (BRASIL, 2007c).

De modo geral, as ações do PSE se estabelecem na escola por iniciativa da Secretaria Municipal de Saúde que contrata equipes de Agentes Comunitários de Saúde para estabelecer a articulação entre Escola e Rede Básica de Saúde, que é a base do Programa Saúde na Escola, portanto ações intersetoriais.

A partir de 2013, o governo federal estabeleceu a universalização do Programa Saúde na Escola (PSE), com ampliação das ações para a Educação Infantil (Creches e Pré-escolas), com adesão voluntária dos municípios, condicionada à assinatura de um termo de compromisso e pactuação de metas (BRASIL, 2013).

O governo redefine as regras e critérios para adesão ao Programa Saúde na Escola (PSE) por Estados, Distrito Federal e Municípios e dispõe sobre o respectivo incentivo financeiro para custeio de ações.

Os princípios filosóficos do PSE estão em consonância com a Política Nacional de Promoção da Saúde (BRASIL, 2010) que estabelece diretrizes para de atenção à saúde dos indivíduos e comunidades a partir de estratégias de assistência, prevenção e promoção da saúde e a criação de ambientes saudáveis, promovendo qualidade de vida, reduzindo vulnerabilidade e riscos relacionados aos seus determinantes da saúde e modo de vida: condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais (BRASIL, 2006c).

Entretanto, a prática destoa dos princípios filosóficos porque a concepção do modelo

biomédico ainda é hegemônico nas unidades de atenção à saúde, que estabelecem como estratégia de ação quase sempre palestras prescritivas, para dizer o que as crianças devem e não deve fazer. Também, a pactuação de metas quantitativas de atendimentos que são estabelecidas pelos municípios com o governo federal tem desvirtuado os princípios filosóficos do PSE.

Castro (2011) apresenta críticas ao PSE que as ações realizadas nas escolas não se apoiam nos objetivos estabelecidos pelo Programa, como enfrentar as vulnerabilidades sociais da saúde que possam comprometer o pleno desenvolvimento escolar, considerando a escola no contexto da família e do território.

O território é o espaço de produção da vida e, portanto, da saúde, sendo este construído e constituído coletivamente. A saúde é uma produção social; portanto, é fundamental a garantia de espaços de trocas de experiências e de construção coletiva de saberes. A partir da participação ativa dos sujeitos em práticas e cotidianas é possível vislumbrar uma escola que forma cidadãos críticos e informados, com habilidades para agir em defesa da vida (BRASIL, 2007, p. 3).

Assim como as demais ações, a educação em saúde na escola deve partir do conhecimento do território e de suas necessidades e de contextualização deste território dentro do macro, no nosso caso o município, o estado, e por fim, a federação; levando em consideração que, dentro de um mesmo município coexistem diferentes segmentos socioeconômicos e territórios apresentam perfis epidemiológicos substancialmente diferentes e contraditórios.

A partir deste diagnóstico as equipes devem propor estratégias específicas para resolução dos problemas definidos, socializar no ambiente escolar com vista na “capacitação” dos atores envolvidos para a tomada de decisão.

No entanto, a educação em saúde não é exclusividade da saúde na escola dentro da

proposta da promoção em saúde ela deve acontecer em todas as oportunidades educativas, individual e coletivamente, e deve compor o escopo das ações da saúde coletiva.

O aconselhamento coletivo, por exemplo é compulsório e tem caráter informativo de veria ser o momento de troca coletiva deveria fortalecer a identificação de situações pessoais, posteriormente tratadas no aconselhamento individual. Entretanto, a ânsia no profissional de saúde em passar uma quantidade enorme de informações inviabiliza a implementação de estratégias mais participativas. Então, os aconselhadores assumem papel de professores e partem para uma aula expositiva (ARAÚJO 2003, p.147)

Para além dos espaços escolares formais ou informais a atuação da ESF por si já deve construir um grande espaço para a construção da Educação Popular, que entendemos não significar “educação informal”. Educação em saúde no âmbito das estratégias de Promoção da Saúde, dentro ou fora da escola, deve basear-se na educação popular.

A educação popular não busca criar sujeitos subalternos educados: sujeitos limpos, polidos, alfabetizados, bebendo água fervida, comendo farinha de soja etc. E a organização do trabalho político que, passo a passo, abra caminho para a conquista liberdade e direitos, a estes sujeitos. Esta educação reconhece os sujeitos e grupos sociais em processos de participação, por intermédio de formas coletivas de aprendizado e investigação que promovem o crescimento da capacidade crítica acerca da realidade e permitem a elaboração de estratégias de luta e enfrentamento dos problemas e dificuldades, como sujeitos ativos, rompendo com a passividade usual dos processos pedagógicos tradicionais (BRANDÃO 1982).

#### 5.4 Promoção da saúde em espaços públicos de lazer e recreação

A portaria do Ministério da Saúde nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) define que no processo de trabalho das equipes da Atenção Básica deve-se realizar atenção à saúde na Unidade Básica de Saúde, no domicílio, em locais do território (salões comunitários, escolas, creches, *praças*, etc.) e outros espaços que comportem a ação planejada.

Essa determinação de que o serviço de saúde deve sair da unidade tradicional de atenção à saúde para realizar práticas e ações de saúde, primeiramente no domicílio como também nos espaços da vida cotidiana, inclui, necessariamente, os espaços do lazer. Dentre as atividades que podem ser realizadas pela Atenção Básica no território, nos lugares da vida cotidiana estão as ações de vigilância em Saúde, prevenção e promoção da saúde.

Assistir integralmente é o grande desafio das ESFs e os espaços coletivos de lazer viabilizam o convívio social e oferecem a oportunidade para o desenvolvimento de práticas que ajudam a melhorar tanto a saúde física quanto mental.

Silva (2009), em sua tese de doutorado, realizou estudos com o objetivo de analisar as práticas de promoção da saúde, seus sentidos e significados, em espaços sociais da vida cotidiana: escola, serviço de saúde, associação de moradores, grupo de convivência da terceira idade, grupo de ginástica, clube recreativo e pista de caminhada. Embora, reconhecendo que as práticas de saúde têm sido realizadas pelas unidades de saúde, a autora avalia que ainda “prevalecem práticas focalistas, de caráter pontual sobre o adoecer, os riscos ou os desvios da normalidade e que pouco contribuem para romper com a medicalização social”. Entende que, ainda que fora do espaço tradicional da Unidade de Atenção à Saúde, essas práticas que

podem estar sendo realizadas em diferentes espaços, que são chamadas de promoção da saúde, mas não são em essência, continuam reforçando o paradigma biomédico.

A partir da Constituição de 1988, o lazer passou a ser direito de todos os cidadãos brasileiros e uma das obrigações do Estado. É sabido que o lazer pode desempenhar papel importante na socialização dos indivíduos e na redução do estresse, a partir de três funções básicas: descanso, divertimento e desenvolvimento da personalidade (BALDISSERA e BUENO (2012).

Marcellino (1990 apud Pellegrin, 1996, p. 33) diz que:

O lazer possui um caráter “revolucionário”, pois é no tempo de lazer, onde procuram a vivência de algumas coisas pela escolha e satisfação, encontro com pessoas, com o “novo” e o “diferente”, que se encontram possibilidades de questionamento dos valores da estrutura social, e das relações entre sociedades e espaço.

A ESF deve atentar para a dimensão social, que inclui a maneira pela qual normas, costumes e processos sociais podem afetar a saúde, entender as mudanças que estão ocorrendo nas relações sociais tradicionais que podem ameaçar a saúde e propiciar o adoecimento.

A Promoção da Saúde pela ESF deve acontecer de modo integral considerando o homem dentro do contexto psicológico e social para esta abordagem o que caracteriza segundo a OPAS (1998), o enfoque central.

O movimento cidades saudáveis, que surgiu na Europa, em 1986, e se espalhou por todo o mundo articula políticas públicas intersetoriais, junto com as políticas de saúde para melhorar os lugares onde as pessoas vivem, estudam, trabalham e se divertem (BUSS 2000).

Compreendemos que os diversos espaços coletivos pertencentes ao cotidiano de uma

população são e devem ser utilizados nas prática de promoção da saúde, como bares, restaurantes, parques, academias públicas, ruas, praças, casas de show, templos religiosos, etc... sempre pensando na possibilidade de se desenvolver estratégias locais que permitam à população fazer escolhas que promovam a saúde.

Em 2011, o Ministério da Saúde, instituiu o Programa Academia da Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, a ser implantado pelas Secretarias de Saúde do Distrito Federal e dos Municípios, com o apoio técnico das Secretarias Estaduais de Saúde e do Ministério da Saúde. Dentre os principais objetivos do programa podem ser citados:

- Estimular e orientar os cidadãos quanto aos cuidados individuais e coletivos com a saúde;
- Aumentar o nível de atividade física da população;
- Potencializar o uso dos espaços públicos de lazer e equipamentos de saúde com atividades físicas e de lazer;
- Valorizar e fortalecer a cultura e as tradições locais e regionais;
- Favorecer a ressocialização dos usuários da rede de saúde mental e de substâncias psicoativas;
- Realizar ações intersetoriais, qualificadas com os diversos setores da rede de saúde, numa perspectiva de promoção da saúde.

Segundo Pina (1996), o lazer, como um dos principais pontos para a qualidade de vida, passou por transformações na relação cidadão e espaço urbano. Valorizar os espaços públicos, as praças, os parques urbanos e mesmo as ruas como espaços de lazer e recreação é uma questão fundamental para a vida nas grandes cidades, que pode até ter espaços vazios que poderiam ser destinados a essa função. Entretanto, muitas vezes falta segurança para que a população que não tem condição financeira para frequentar os espaços de lazer privados, como os clubes.

O cidadão da grande urbe necessita de áreas próximas a sua moradia,

para que lá exerça atividades de lazer e recreação e evite, principalmente, os deslocamentos, fator de grande importância nos nossos dias pelo consumo de tempo solicitado por esta atividade (SANTINI 1993, p. 43).

Promoção da Saúde também deve passar pela construção de ambientes saudáveis e sustentáveis, que inclui, necessariamente, espaços de lazer e recreação. Uma visão holística da saúde e da organização do território para a construção de território saudável se impõe como política pública intersetorial entre planejamento da saúde e planejamento urbano. O espaço urbano deve ser organizado para responder às necessidades para oferecer aos indivíduos e à coletividade condições de vida que favoreçam a manutenção da saúde e, isto também é papel das unidades básicas de saúde, compreendendo que as ações de saúde na atenção primária devem ir além das práticas individuais curativas, para realizar, também estratégias coletivas de prevenção e promoção da saúde.

Segundo Pellegrin (1996), cabe às prefeituras municipais, secretarias e órgãos públicos de administração em geral, buscar soluções para que ocorram transformações e adaptações necessárias no espaço de lazer, de forma que a população seja envolvida no processo, deve ser levado em conta a apropriação que os cidadãos estabelecem com o espaço urbano, como espaço de lazer; e que se faz necessário trabalhar com estratégias de ação que privilegiem a participação da população.

A rua pode voltar a ser um espaço de interação social, como era a muito tempo atrás, quando não haviam tantos carros e o onde lazer das crianças era permitido, quando não havia tanta violência. Precisamos das ruas para as pessoas, das praças para as crianças, precisamos de mais iluminação pública e mais segurança, pois a falta de segurança pública afasta das ruas e dos espaços públicos as pessoas e impede o encontro do lazer, da festa e da confraternização.

### 5.5 Promoção da saúde pelo acesso a bens, produtos e serviços

Para argumentar que a saúde do indivíduo está relacionada com suas condições de moradia, trabalho, alimentação, educação e lazer, e por isso não podiam ser responsabilizados por sua doença, Paulo Buss, em seu artigo Promoção da saúde e qualidade de vida, citando SINGER (1956), fala de Johann Peter Frank, diretor geral de saúde pública da Lombardia austríaca, no século XVIII, que dizia: a miséria do povo é a mãe das enfermidades, ou seja a pobreza e as más condições de vida eram as principais causas das doenças; também fala de Chadwick que dizia no século 19, que a saúde era afetada para melhor ou para pior pelo estado dos ambientes social físico e a pobreza era consequência das doenças e que, seria necessário a realização de transformações sociais e econômicas para resolver os problemas da saúde pública mais do que simples reformas sanitárias. O autor também refere-se a Virchow, que século 19 dizia que a Medicina é uma ciência social (BUSS, 2000).

As condições socioeconômicas dos indivíduos e grupos familiares refletidas nas de atividades da vida diária, na privação ou restrição ao acesso a bens e serviços dispensáveis ou não, interferem no atendimento de necessidades humanas básicas, que podem ser percebidas no estado de saúde tanto individual quanto coletivo. Uma distribuição de renda não equânime reflete em grandes desigualdades em saúde, tanto no estado de saúde de grupos populacionais, como no acesso e utilização de serviços de atenção à saúde.

A alimentação e a nutrição como componentes essenciais à saúde foram destacadas na Declaração de Adelaide, durante a II Conferência Internacional de Promoção da Saúde, como uma das áreas prioritárias para a promoção da saúde.

As consequências de uma desnutrição refletem em outros fatores. Uma desnutrição proteica pode ser fator determinante para uma baixa estatura que por sua vez viabiliza obesidade e suas consequências como diabetes e hipertensão. Aporte inadequado de proteína

compromete composição biológica e genética entrando desta forma como determinante de agravos relacionados à imunidade e predisposição a doenças como as neoplasias.

A alimentação saudável passa pelo acesso a alimentos básicos para a constituição humana dentro de uma perspectiva de necessidade baseada em qualidade, suficiente e de forma contínua. Esta necessidade é configurada pela capacidade de compra por intermédio de preços estáveis e compatíveis, políticas que proporcionem esta estabilidade e bons hábitos alimentares.

Cabe às equipes de ESFs conhecer a realidade da condição socioeconômica das famílias, se elas estão conseguindo garantir uma alimentação suficiente para suprir as necessidades dos indivíduos, e mais, se sua dieta alimentar confere uma condição de alimentação saudável.

A falta de acesso a bens e serviços por questões da renda ainda pode produzir novos agravos no território, dentre eles a violência.

O ser humano é complexo e contraditório, ambivalente em seus sentimentos e condutas, capaz de construir e de destruir. Em condições sociais de escassez, de privação e de falta de perspectivas, as possibilidades de amar, de construir e de respeitar o outro ficam bastante ameaçadas. Na medida em que a vida à qual está submetido não o trata enquanto homem, suas respostas tendem à rudeza da sua mera defesa da sobrevivência (VICENTE,1994).

Pela ESF passa o desafio de atender de forma contínua e ativa, com ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família de forma integral e contínua, objetivando com isso melhorar a qualidade de vida dos indivíduos. É necessário que as ESFs sejam fomentadoras de políticas públicas que venham em apoio às famílias pobres não apenas em relação à renda, mas também em relação ao acesso a bens e serviços sociais.

Para políticas saudáveis referente à questão social, o olhar sobre a família é essencial

principalmente por ser este o foco da Estratégia Saúde da Família, mas para isto deve-se olhar a família em seu movimento, suas vulnerabilidades e suas potencialidades, trabalhar com a escuta, reconhecendo suas fragilidades no contexto do território, olhar a família dentro de um contexto integral, capitaneando a busca por políticas públicas de caráter universalista junto ao Estado, para assegurar proteção social à família como sujeito de direitos.

O Estado, no que se refere ao acesso a bens e serviços públicos deve partir dos princípios da *igualdade* e da *equidade*. Dotar territórios destes serviços deve ser a prática de uma política que amplia o acesso e atenda às necessidades. Porém, a detecção das necessidades passa pelos diversos agentes sociais envolvidos no território, incluindo os agentes de saúde.

Fator importante para a população é a presença no território de serviços formais de saúde tais como clínicas odontológicas, consultórios de profissionais de saúde, farmácias, laboratórios dentre outros, o que contribui para o exercício da autonomia dos sujeitos no processo de escolha de serviços e sobre sua saúde.

Apesar do controle do Estado, na maioria das vezes sobre o consumo de insumos de saúde por meio de leis que limitam a tomada de decisão e escolha dos indivíduos, a ausência ou a presença destes estabelecimentos pode interferir direta ou indiretamente no processo saúde/adoecimento individual ou coletivamente.

As regulamentações acerca da oferta destes serviços de exercício legal da profissão, de condições de salubridade são os pontos de destaque em que o controle do Estado tem efeito positivo, porém, na maioria das vezes limitam a liberdade de escolha dos indivíduos com base na medicina hegemônica e hierarquizam as categorias profissionais.

Mesmo privando do direito de escolha e de autonomia, como exemplo a proibição de um laboratório de realizar um exame diagnóstico sem solicitação do devido profissional,

compra de medicamentos sem prescrição a presença destes serviços dentro do território anula a necessidade de deslocamento para acessá-los quando necessário.

A ESF é uma estratégia privilegiada para o desenvolvimento de ações referentes à alimentação e nutrição na atenção integral à saúde, possibilitado pelo estreitamento dos vínculos com as comunidades atendidas. Trata-se de espaço privilegiado para ações de incentivo e apoio à inserção de hábitos alimentares saudáveis e busca de alternativas para acesso.

As ações não devem se limitar ao caráter prescritivo de alguns programas como o de controle da desnutrição primária e da deficiência de micronutrientes, e reposição medicamentosa. E sim dentro de uma perspectiva que extrapole a visão biologicista do cuidado, conforme referida por Sousa e Hamann (2009), por meio da ampliação das condições e ações de alimentação e nutrição ofertadas para a superação efetiva do modelo biomédico hegemônico nas políticas públicas do setor saúde no Brasil.

A educação para a saúde desponta como estratégia de promoção de hábitos alimentares saudáveis, participação efetiva da ESF nesta prática no ambiente escolar, colaborando na elaboração do cardápio, na orientação dos cozinheiros e ajudantes das cantinas escolares, de pais e da comunidade escolar como um todo para que desta forma possa afetar o ambiente onde a escola está inserida.

É preciso ter em foco que, a amplitude da nutrição está associada não somente ao consumo do alimento, mas acesso a bens e serviços para um processo de nutrição adequada, pois, envolve outros elementos como condições sanitárias, saneamento, abastecimento de água adequado e condições de moradia tendo em vista principalmente a segurança alimentar dentro do processo de armazenamento, preparo e consumo.

Políticas para o aumento da produção muitas vezes para atender demandas comerciais

externas não garantem o acesso, mas podem viabilizar com preços acessíveis, fator que distingue o que são “alimentos de pobres” e “alimentos de ricos”.

Políticas para uma alimentação saudável contrapõem em diversos sentidos aquelas que visam a saúde da economia, porém podem se convergir quando o assunto for custo com a assistência curativa de alto custo. A adoção de políticas para garantir o acesso a alimentos saudáveis deve figurar dentro das políticas econômicas como supressão ou redução de impostos sobre produtos com baixo teor de sódio, diets, lights, etc.

Acesso à rede de supermercados próximo à residência pode viabilizar menor preço e possibilitar o processo de escolha e acesso a alimentos frescos e mais saudáveis, evitar o deslocamento para a aquisição e transporte que pode comprometer qualidade dos produtos.

A ESF pode trabalhar com a mobilização comunitária local e organizações governamentais e não-governamentais para aquisição de recursos e disponibilização de espaços para a construção de hortas comunitárias.

O que se está a dizer é que os serviços de saúde, principalmente, a Estratégia Saúde da Família deve ir além do tratamento das doenças para se preocupar com a saúde da população. Fica claro que para isso a ESF deve se envolver em programas, projetos e ações intersetoriais.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para satisfazer as necessidades de saúde individuais e coletivas não basta apenas multiplicar os atendimentos, é preciso redefini-los. Uma das diretrizes fundamentais do SUS é considerar o território nas práticas e ações de saúde, o que significa considerar o contexto da vida e os determinantes sociais da saúde.

Apesar de ser a categoria território objeto de diversos estudos em saúde o seu uso por gestores e serviços na prática tem se restringido à divisão dos municípios em partes para demarcação das áreas de abrangência. O conhecimento do território deveria ser imprescindível para identificação das populações que nele habitam, do cotidiano de vida e as diferentes situações que podem afetá-la tanto para a vigilância em saúde quanto para a promoção da saúde.

Promover saúde no território, de acordo com os princípios norteadores da ESF deve ser a tônica das equipes dentro da área de abrangência compreendendo que a vida cotidiana dos sujeitos, na família e no território, interferem na saúde. Cabe, ainda à ESF, o papel de articulação de ações intersetoriais, com participação social, para, junto com os sujeitos e as famílias, mobilizar os recursos necessários à superação dos determinantes da saúde no território, com a criação de territórios saudáveis.

Elementos “simples” como os espaços de cultura, de prática religiosa, áreas de convivência, espaços livres, locais de construção e discussão de saberes dentre outros, assumem dimensão e importância tornando-os imprescindíveis para a promoção da saúde.

A constituição destes espaços e as ações de promoção da saúde como locus e modelo de atenção se fortalecem pelo uso de dispositivos locais para a mobilização comunitária, a articulação de vários setores da administração pública e o estabelecimento de parcerias.

A proposta de abordagem da saúde da comunidade considerando o “território de vida”, buscando atender as necessidades locais, pode significar a viabilidade de se oferecer serviços a todos, com equidade e mais eficiência. Deve-se considerar ainda, que a necessidade de complementariedade de oferta de bens e serviços determina uma ampliação do território, dentro de uma ideia de construção de territórios inseridos em um território de maior escala, neste caso o município.

As ações desenvolvidas dentro deste território não devem ser vinculadas e não direcionadas pelo saber biomédico, e ser capaz de utilizar os diversos elementos de composição deste espaço de vida para cristalização das ações em saúde com a compreensão da dimensão da complexidade humana e do território.

A prática clínica focada no indivíduo, no biológico domina a maioria das ações na atenção básica, fazendo com que esta perca sua identidade e se volte para o modelo técnico assistencial. Apesar da tentativa de reorganização e de busca por um novo modo de agir em saúde na Atenção Primária em Saúde no Brasil, os diversos serviços ainda não conseguiram promover a mudança do conceitual para o campo da prática, a força do modelo biomédico e hegemônico direciona de forma coercitiva tanto a abordagem do território como as ações das equipes de ESF.

É necessário se desvencilhar do modelo biomédico que a permeia e se impõe dentro do nível local de assistência à saúde, que prioriza a atenção médico-hospitalar e a medicalização do cuidado. É imprescindível a reestruturação dos serviços de saúde, para valorizar a atenção primária e as estratégias e ações que considerem o território e as condições de vida das populações.

As práticas de saúde nas UBSF precisam ser reorganizadas para que as ações sejam voltadas para a promoção da saúde e retomada a essência da Estratégia Saúde da Família que

é a territorialização da saúde, compreendendo a saúde dos indivíduos no contexto da vida cotidiana na família no território de vida. Há, portanto, uma iminente necessidade de incorporação de novas práticas e novos saberes, para além do enfoque biológico, que é simplificado pelas ações tecnoassistenciais e para além dos conhecimentos exclusivos dos profissionais das áreas tradicionais da saúde, no enfoque da multidisciplinaridade e da inteculturalidade.

A Atenção Integral à Saúde passa por ações que se voltem ao indivíduo e à coletividade, buscando maior resolubilidade dos problemas de saúde. Para isso, deve-se ouvir os sujeitos e elaborar estratégias para que as percepções sobre a saúde sejam consideradas nas estratégias de prevenção e promoção.

As ações de saúde devem ser norteadas por princípios que permitam a participação da sociedade no processo de diagnóstico das necessidades locais, de planejamento, execução e avaliação. Os diversos serviços devem propiciar esta participação e motivar esta mobilização popular, ultrapassando o campo científico do saber médico tradicional.

O desenvolvimento de práticas preventivas, promocionais e educativas devem ocupar espaços convencionais e não convencionais dentro do atual modelo como, por exemplo, na consulta médica, na assistência individual, em complementariedade ao que se propõe na residência das famílias em ocasião da visita domiciliar, grupos educativos, na base da estratégia da família, expressa a assimilação do princípio da integralidade pelas equipes de saúde.

A estratégia de saúde das UBSF, como porta de entrada dos serviços de saúde e como conhecedora da população e do território deve, ainda, ser capaz de comunicar-se com os demais níveis de atenção, para garantir a integralidade em saúde, com referência e contra-referência,

A vigilância e a promoção da saúde no território devem ocorrer por intermédio da identificação de riscos reais e potenciais para a saúde e de dispositivos para manter a população adscrita saudável neste e demais espaços que o influenciam direta e indiretamente. Desta forma, a análise do território também deve reunir informações quantitativas e qualitativas para a detecção de potencialidades e fragilidades em saúde nos contextos político, econômico, social e mesmo o biológico.

É evidente a necessidade de se olhar para o território e suas organizações, viabilizar e promover a participação das pessoas, das redes sociais locais de forma ativa e de ações intersetoriais conectadas para a Promoção da Saúde.

Esta tese proporciona um novo olhar sobre o território de vida das relações da vida cotidiana para as ações da Estratégia de Saúde da Família e contribui para elaboração de novas estratégias de implantação bem como proposta de reorganização do modelo das atuais equipes que atuam em territórios definidos como sua abrangência.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AFONSO, Carmelinda Monteiro Costa; TAVARES, Maria de Fátima Lobato; LUIZA, Vera Lúcia. Escolas promotoras da saúde na América Latina: uma revisão do período 1996-2009. **Revista Brasileira de Promoção da Saúde**, Fortaleza, 26(1): 117-127, 2013.

AKERMAN, M. *Saúde e desenvolvimento local: princípios, conceitos, práticas e cooperação técnica*. São Paulo: Hucitec, 2005.

ANDRADE, L.O.M., BARRETO, I.C.H.C. Promoção da saúde e Cidades/Municípios Saudáveis: propostas de articulação entre saúde e ambiente. In: MINAYO, M.C.S., MIRANDA, A.C. (orgs.) **Saúde e ambiente sustentável: estreitando nós**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2002. p. 151-71.

ANDRADE, Manuel Correia de. **A questão do território no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1995.

ARAÚJO, C.L.F. A prática do aconselhamento em DST/AIDS e a integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTTOS, R.A. de (Org.). **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2003. p. 145-168.

ARDREY, Robert. **The territorial imperative: A personal inquiry into the animal origins of property and nations**. New York: Atheneum, 1966.

BALDISSERA, Vanessa Denardi Antoniassi; BUENO, Sonia Maria Villela. O lazer e a saúde mental das pessoas hipertensas: convergência na educação para a saúde. **Rev Esc Enferm USP**, 46(2):380-387, 2012.

BARCELLOS, C. **Organização espacial, saúde e qualidade de vida**. In: I SEMINÁRIO NACIONAL SAÚDE E AMBIENTE NO PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO, 2000, Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000. v.2. p.27-34.

BARROS, J.A.C. **Pensando o processo saúde-doença: a que responde o modelo biomédico?** *Saúde e Sociedade*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 67-84, jan./jul. 2002.

BERTOLLI FILHO, Cláudio. **História da Saúde Pública no Brasil**. 4. ed. São Paulo: Editora Ática, 2004. 71p.

BRANDÃO, C. R. **Lutar com a palavra: escritos sobre o trabalho do educador**. Rio de Janeiro: Graal, 1982.

BRASIL, Fundação Nacional de Saúde - FUNASA. **Diretrizes de educação em saúde visando à promoção da saúde: documento base** - Fundação Nacional de Saúde, 70p. Brasília, 2007b.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Decreto nº 6.017, de 17 de janeiro de 2007**. Regulamenta a Lei nº 11.107, que dispõe sobre as normas gerais de contratação de consórcios públicos, 2007a.

BRASIL. Constituição. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Decreto nº 8.243, de 23 de maio de 2014. **Institui a Política Nacional de Participação Social - PNPS e o Sistema Nacional de Participação Social - SNPS, e dá outras providências**. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. 2014. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2011-2014/2014/Decreto/D8243.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2014/Decreto/D8243.htm)>. Acesso em 18/06/2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **ABC do SUS - Doutrinas e Princípios V**. Brasília: Ministério da Saúde, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde*. Decreto de 13 de março de 2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Equipe Saúde da Família**. Disponível em: <[http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp\\_como\\_funciona.php?conteudo=esf](http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp_como_funciona.php?conteudo=esf)>. Acesso em: 30/04/2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria Interministerial nº 1.413, de 10 de julho de 2013**. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/pri1413\\_10\\_07\\_2013.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/pri1413_10_07_2013.html)>. Acesso em 14/03/2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia Prático do Programa Saúde da Família**. Brasília:Ministério da Saúde, 2001. p. 67.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O trabalho do agente comunitário de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. 119p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Promoção da Saúde. Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Declaração de Sundsvall, Declaração de Bogotá**. Brasília, Ministério da Saúde. 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. 3ª Ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_promocao\\_saude\\_3ed.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_3ed.pdf)>. Acesso em 25/03/2014.

BRASIL. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica (Série B. Textos Básicos de Saúde). Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 92p.

BRASIL. Presidência da República. **Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro 2007**. Institui o Programa Saúde na Escola - PSE, e dá outras providências. Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos. 2007c. Disponível em: <[http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_download&gid=8606&Itemid=>](http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=8606&Itemid=>)>. Acesso em 18/06/2014.

BRASIL. **Promoção da saúde. Declaração de Alma-Ata. Carta de Ottawa. Declaração de**

**Adelaide. Declaração de Sundsvall. Declaração de Santafé de Bogotá. Declaração de Jacarta.** Rede de Megapaíses. Declaração do México. Brasília: Ministério da Saúde - IEC/FIOCRUZ, 2001.

BRASIL. Senado Federal. **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília, p.33, 2006. Disponível em: <<http://www.senado.gov.br/sf/legislacao/const/>>. Acesso em: 04 jun.2007.

BRICEÑO-LEÓN, R. Siete tesis sobre la educación sanitaria para la participación comunitaria. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.12, p.7-30, 1996.

BUCHANAN, D.R., **Anethic for healthpromotion.** New York, Oxford: Oxford University Press, 2000.

BUSS, P.M. Promoção da Saúde e Qualidade de Vida. **Ciência & Saúde Coletiva**. 5:163-177, 2000.

BUSS, P.M. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: CZERESNIA, D., FREITAS, C.M. (orgs). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003. p. 15-38.

CAMPOS C.E.A. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. **C. S. Col.** 8(2): 509-84. 2003.

CAMPOS, Francisco Eduardo de e BELISÁRIO, Soraya Almeida. O Programa de Saúde da Família e os desafios para a formação profissional e a educação continuada. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, p. 133-142, 2001. Disponível em: <<http://www.interface.org.br/revista9/debates1.pdf>>. Acesso em 25 out.2007.

CAMPOS, G.W.S., BARROS, R.B., CASTRO, A.M. Avaliação da Política Nacional de promoção da saúde. **Cienc. Saúde Coletiva**, v. 9, n. 3, p. 745-749, 2004.

CAPONI, S. A saúde como abertura ao risco. In: CZERESNIA, D., FREITAS, C.M. (orgs). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003. p. 55-78.

CAPRA, F. **O ponto de mutação.** [Trad.de Álvaro Cabral.] São Paulo, Cultrix, 1982.

CARRICO, A.W. A path model of the effects of spirituality on depressive symptoms and 24-h urinary-free cortisol in HIV-positive persons. **Journal of Psychosomatic Research** 61(1):51-58, 2006.

CARTA DE OTTAWA. **Primeira Conferência Internacional sobre promoção da saúde,** Brasília, 1986. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Ottawa.pdf>>. Acesso em: 01 maio 2010.

CASIMIR, Micheal J. "The dimensions of territoriality: An introduction. In: M. J. Casimir and A. Rao (eds.) **Mobility and territoriality.** 1-26. New York: Berg, 1992.

CASTIEL, L.D. Dédalo e os dédalos: identidade cultural, subjetividade e os riscos à saúde. In: CZERESNIA, D., FREITAS, C.M. (orgs). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p. 79-96, 2003.

CASTRO, Antonilma Santos de Almeida. Análise do programa saúde na escola (PSE) como política pública educacional no âmbito intersectorial: focalizando a anemia falciforme. **Sitientibus**, Feira de Santana, 44: 99-111, 2011.

CECCIM, R.B; FERLA, A.A. Residência integrada em saúde: uma resposta à formação e desenvolvimento profissional para a montagem do projeto de integralidade da atenção à saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. **Construção da integralidade: cotidiano saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: IMS-UERJ/ABRASCO; 2003.

COLANTONIO, A.; KASI, S.V.; OSTFELD, A.M. **Depressive symptoms and other psychosocial factors as predictors of stroke in the elderly**. *Am. J. Epidemiol.* 136(7):884-894, 1992.

CZERESNIA, D.; RIBEIRO, A.M.O. Conceito de espaço em epidemiologia: uma interpretação histórica e epistemológica. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2000.

DIAS, Agemir de Carvalho. Religião e saúde: uma contribuição evangélica. Curitiba. **Rev. Pistis Prax., Teol. Pastor**, 2 (1): 127-143, 2010.

DOWNIE, R.S., TANNAHILL, C. e TANNAHILL, A. *Health Promotion. Models and Values*. 2 ed., Oxford: Oxford University Press, 1997.

DYSON-HUDSON, Rada e Eric Alden SMITH. Human territoriality: An ecological reassessment. **American Anthropologist** 80(1): 21-41, 1978.

FARIA, R.M..A territorialização da Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde e a construção de uma perspectiva de adequação dos serviços aos perfis do território. **Hygeia**, 9 (16):131 - 147, 2013.

FERRAZ, S.T. **Promoção da saúde: viagem entre dois paradigmas**. *Rev. Adm.Pública*, v. 32, n. 2, p. 49-60, 1998.

FIGUEIREDO, Túlio Alberto Martins de; MACHADO, Vera Lúcia Taqueti; ABREU, Margaret Mirian Scherrer de. A saúde na escola: um breve resgate histórico. **Ciênc. saúde coletiva**, 15(2): 397-402, 2010.

FLECK, Marcelo Pio de Almeida; BORGES, Zulmira Newlands; BOLOGNESI, Gustavo; ROCHA, Neusa Sica da Rocha. Desenvolvimento do WHOQOL, módulo espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais. **Rev Saúde Pública**, 37(4): 446-455, 2003.

FOUCAULT, M. **Em Defesa da Sociedade**. Trad. Maria Ermantina Galvão. 4º ed. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Trad. Roberto Machado. 19º ed. Rio de Janeiro: Graal, 2004.

GASTAUD, Marina Bento; SOUZA, Luciano Dias de Mattos; BRAGA, Laryssa; HORTA, Cristina Lessa; OLIVEIRA, Flávio Martinez de; SOUSA, Paulo Luis Rosa; SILVA Ricardo Azevedo da. Bem-estar espiritual e transtornos psiquiátricos menores em estudantes de psicologia: estudo transversal. **Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul**, 28 (1):12-18, 2006. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/rprs/v28n1/en\\_v28n1a03.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rprs/v28n1/en_v28n1a03.pdf)>. Acesso em 21/04/2014.

GOLDIM J.R. (ORG), SALGUEIRO J.B., RAYMUNDO M. M. [et al]. **Bioética e**

**espiritualidade.** Porto Alegre: EDIPUCRS; 2007. 15p.

GONÇALVES, F.D. et al. A promoção da saúde na educação infantil. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.12, n.24, p.181-92, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v12n24/13.pdf>>. Acesso em 06/02/2014.

HAESBAERT, Rogério. **O mito da desterritorialização:** do “fim dos territórios” à multiterritorialidade. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2004.

HARADA J. Introdução. In: **Sociedade Brasileira de Pediatria. Escola promotora de saúde.** Brasília: Sociedade Brasileira de Pediatria; 2003.

HELLER, A. **O cotidiano e a História.** Trad. Carlos Nelson Coutinho. 7 ed. São Paulo: Ed. Paz e Terra, 2004.

HELLER, A. **Sociologia de la vida cotidiana.** Barcelona: Ediciones Península, 1977.

HUMMER, R.A.; RODGERS, R.G.; NAM, C.B.; ELLISON, C.G. **Religious involvement and U.S. adult mortality.** Demography 36(2): 273-285, 1999.

IRONSON, G.; STUETZIE, R.; FLECTCHER, M.A. An increase in religiousness/spirituality occurs after HIV diagnosis and predicts slower disease progression over 4 years in people with HIV. **Journal of General Internal Medicine** 21:S62-68, 2006.

JORDAN, G.; RICHARDSON, J. J. *The British policy style or the logic of negotiation?* In: **Policy styles in Western Europe.** Ed. J. J. Richardson. London: Allen and Unwin, p.81-98, 1982.

LAURELL, A.C. A saúde-doença como processo social. In: NUNES, E.D. **Medicina Social: aspectos históricos e teóricos.** São Paulo: Global Editora, p. 135-158, 1983.

LIMA, G.Z. **Saúde escolar e educação.** São Paulo: Cortez;1985.

LIMA, Samuel do Carmo. A dimensão local do cotidiano da saúde no território. Texto de um livro no prelo.UEAM, México, 2013.

LUZ, M.T. **Natural, racional, social: razão médica e racionalidade científica moderna.** 2ª ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

LUZ, M.T. **Novos saberes e práticas em Saúde Coletiva: estudos sobre racionalidades médicas e atividades corporais.** 2 ed. São Paulo: Hucitec, 2005.

MALMBERG, T. **Human territoriality: Survey of behavioral territories in man with preliminary analysis and discussion of meaning.** Haia: Mouton, 1980.

MARCELLINO, N.C. **Estudos do lazer: uma introdução.** Campinas: Autores Associados, 1996.

MARCONDES, W.B. **A convergência de referências na Promoção da Saúde.** *Saúde e Sociedade*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 5-13, jan./abr. 2004.

MARX, K. **Introdução à crítica da economia política.** São Paulo: Nova Cultural,1993.

MAUSS, M.; HUBERT, H. Esboço de uma teoria geral da magia. In: MAUSS, M. **Sociologia**

e antropologia. São Paulo: EPU, 1974.p.37-184.

MELO, C.A.S.M.;ORLANDO,P.H.K. **Análise da formação do bairro são Jorge na cidade de Uberlândia (MG).** Revista Nacional de Gerenciamento de Cidades, v.01, n.07. pp.85-87.2013.

MENDES, E.V. **Distritos Sanitários: processo social de mudanças nas práticas sanitárias para o Sistema Único de Saúde.** São Paulo: Hucitec, Abrasco, 1993.

MENDES, E.V. Um novo paradigma sanitário: a produção social da saúde. In: MENDES, E. V. **Uma agenda para a saúde.** São Paulo: Hucitec, 1996. p.233-300.

MENEZES, A. Saúde: um olhar holístico. In: PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. **Caderno de Educação em Saúde n°1: percepções teóricas e metodológicas,** Pernambuco, 1998.

MESQUITA, Z.; BRANDÃO C. R. Territórios do cotidiano: introdução a uma abordagem teórica contemporânea. In: **Territórios do cotidiano: uma introdução a novos olhares e experiências.** Porto Alegre: Ed. UFRGS. p 40-75, 1995.

METZLER, M. *et al.* Community Interventions on Social determinants of health: focusing the evidence. In: MCQUEEN, D.V.; JONES, C.M. **Global Perspectives on Health Promotion Effectivess.** New York: Springer, 2007. p. 225-45.

MINAYO, M.C.S. Enfoque ecossistêmico de saúde e qualidade de vida. In: MINAYO, M.C.S., MIRANDA, A.C. (orgs.) **Saúde e ambiente sustentável: estreitando nós.** Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2002. p. 173-89.

MIR, R.C. Sistemas locales de salud: organización, regionalización, principios generales. In: Paganini JM, Mir RC., editores. Los Sistemas Locales de Salud. Conceptos - Metodos - Experiências. Washington, D.C.: OPAS/OMS; 1990. (Pub.Científica n. 519) p. 117-135. OMS/Asociación Canadiense de Salud Publica / Salud y Bienestar Social Canadá. **1ª Conferência Internacional sobre la Promoción de Salud.** Ottawa, Canadá, 1986.

MONT'ALVERNE, Daniela Gardano Bucharles; CATRIB, Ana Maria Fontenele. Promoção da saúde e as escolas: como avançar. **Rev Bras Promoc Saude,** Fortaleza, 26(3):307-308, jul./set., 2013.

MONTEIRO, D.M.R. Espiritualidade e Saúde na Sociedade do Espetáculo. In: PESSINI L; BARCHIFONTAINE C.P. (organizadores). **Buscar Sentido e Plenitude de Vida.** Bioética, Saúde e Espiritualidade. São Paulo: Paulinas; p. 63-85, 2008.

MOREIRA-ALMEIDA, A.L.; LOTUFO NETO, F.; KOENIG, H.G. **Religiousness and mental health: a review.** Rev Bras Psiquiatr 28(3):242-50, 2006. NHIS. - <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?CMD=Display&DB=pubmed>. Disponível em: [www.pubmed.com](http://www.pubmed.com). Acessado em 01 de fevereiro de 2014.

MORIN E. **Os sete saberes necessários à educação do futuro.** Brasília: Cortez Unesco;2002.

NOGUEIRA, V. M. R., PIRES, D. E.P. **Direito à Saúde: um convite à reflexão.** Cad. Saúde Pública, v. 20, n.3, p. 753-760, 2004.

OFFE, C. **Capitalismo Desorganizado - Transformações Contemporâneas do Trabalho e da Política**. São Paulo: Brasiliense, 1989.

OLIVEIRA, Rosely Magalhães de. Pistas para entender a crise na relação entre técnicos e classes populares: uma conversa com Victor V. Valla. **Cad. Saúde Pública**, 19(4):1175-1187, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v19n4/16865.pdf>>. acesso em 23/02/2014.

OMS/Asociación Canadiense de Salud Pública / Salud y Bienestar Social Canadá. **Carta de Ottawa para la promoción de la salud: 1ª Conferência Internacional sobre la Promoción de Salud**. Ottawa, Canadá, 1986.

OPAS. **La Salud en las Américas**, vol. 1, OPAS, Washington, 1998. 368 p.

OPS. **Educación para la salud: un enfoque integral**. Washington: Organização Panamericana de Saúde (Série HSS/SILOS, n. 37), 1995.

OYABIRDE, J.M.U. Educar y curar. El dialogo cultural em Atención Primaria. Madrid: Ministerio da Cultura, 1996.

PAHO. Pan American Health Organization. **Health promotion: achievements and lessons learned from Ottawa to Bangkok**. Washigton, 2006.

PEDROSA, J.I.S. **Avaliação das práticas educativas em saúde**. cap.11, p. 261 - 281. In: Vasconcelos, E.M. **A saúde nas palavras e nos gestos**. São Paulo: HUCITEC, 2001.

PELBART, P.P. **Vida Capital: ensaios de biopolítica**. São Paulo: Iluminuras, 2003.

PELLEGRIN, Ana de. O espaço de lazer na cidade e a administração municipal. In MARCELLINO, Nelson Carvalho (Org.) **Políticas públicas setoriais de lazer: o papel das prefeituras**. Campinas: Autores Associados, 1996.

PEREIRA, M. P. B.; BARCELLOS, C. **O território no Programa de Saúde da Família**. Hygeia, 2(2): 47-59, 2006.

PINA, Luiz Wilson. O parque lúdico: a construção de um novo conceito do brincar. In MIRANDA, Danilo Santos de (org.) **O parque e a arquitetura: uma proposta lúdica**. Campinas: Papirus, 1996.

PINHEIRO R., LUZ M.T. **Práticas eficazes x modelos ideais: ação e pensamento na construção da integralidade**. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS: ABRASCO; 2003.

PUCHALSKI, C.M. **The hole of spirituality in health care**. BUMC Proceedings, 14:352-357, 20011.

PUTNAM, R. **Comunidade e democracia. A experiência da Itália moderna**. Editora FGV, Rio de Janeiro, 1996.

RAFFESTIN, Claude. **Por uma geografia do poder**. Tradução de Maria Cecília França. São Paulo: Ática, 1993.

ROOS, L. The spiritual dimension: its importance to patients' health, well-being and quality of life and its implications for nursing practice. **Int. J. Nurs. Stud.** 32:457-68, 1955.

ROOTMAN, I.; POLAND, B.D. e GREEN, L.W., 2000. **The settings approach to health promotion.** In: ROOTMAN, I. et al (ed) *Settings for health promotion - linking theory and practice.* London: Sagepublications.

SAAD, M.; MASIERO, D.; BATTISTELLA, L. **Espiritualidade baseada em evidências.** Acta Fisiátrica 8(3):107-112, 2001.

SACK, Robert David. *Human territoriality: Its theory and history.* Cambridge: Cambridge University Press, 1986.

SANTINI, Rita de Cássia Giralddi. **Dimensões do lazer e da recreação: questões espaciais, sociais e psicológicas.** São Paulo. Angelotti, 1993.

SANTOS M. "O retorno do território". In: **Território, Globalização e Fragmentação** (M. Santos; M.A.A. Souza; M.L.Silveira, org.), p.15-20, São Paulo: Hucitec, 1998.

SANTOS, M. **A Natureza do Espaço: técnica e tempo, razão e emoção.** São Paulo: Hucitec, 1999.

SANTOS, Milton. **A natureza do espaço.** São Paulo: Hucitec, 1996.

SANTOS, Milton. **Por uma Geografia nova.** São Paulo: Hucitec, 1978.

SAPAG, J.C.; KAWACHI, I. **Capital social y promoción de la salud en America Latina.** *Rev Saúde Pública*, v. 41, n. 1, p. 139-49, 2007.

SAQUET, Marcos Aurélio. 2007. **Abordagens e concepções de território.** São Paulo: Expressão Popular, 2007.

SCHIMITTER, P. Still de century of corporatism? In: **Trends Toward Corporatist Intermediation** (P. C. Schmitter & G. Lehmbruch, eds.), pp. 7-52. London: Sage, 1979.

SEABRA, C. M. & LEITE, J. C. **Território e Sociedade: entrevista com Milton Santos.** São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2000.

SENA, R.R.; SILVA, K.L. Políticas e práticas de saúde rumo à equidade. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 41, n. esp., p. 771-776, 2007.

SIGERIST H. *The University at the Crossroad.* Henry Schumann Publisher, Nova York, 1956.

SILVA, Lara Kênia. Promoção da saúde em espaços da vida cotidiana. Belo Horizonte. **Tese.** Universidade Federal de Minas Gerais/Escola de Enfermagem. 2009, 182 f.

SIMNETT, I. *Managing health promotion: developing healthy organizations and communities.* Chichester: Jonh Wiley & Sons, 1997.

SOUSA M.F; HAMANN, E.M. **Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta?** *Ciência e Saúde Coletiva* 2009; 14(Supl. 1):1325-1335.

SOUZA-SANTOS, B., 1995. **Pela Mão de Alice – O Social e o Político na Pós-Modernidade**. São Paulo: Cortez Editora.

STOTZ, E.N. Enfoques sobre educação e saúde. In: Valla, V.V.; Stotz, E.N. (Org.). **Participação popular, educação e saúde: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1993, p. 20.

STOTZ, E.N.; ARAÚJO, J.W.G. **Promoção da saúde e cultura política: a reconstrução do consenso**. *Saúde Soc*, v. 3, n. 2, p. 5-19, 2004.

STRAWBRIDGE, W.J.; COHEN, R.D.; SHEMA, S.J.; KAPLAN G.A.K. **Frequent attendance at religious services and mortality over 28 years**. *Am J Public Health* 87:957-961, 1997.

TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S. & VILLASBÔAS, A. L. **SUS: modelos assistenciais e vigilância da saúde**. Informe Epidemiológico do SUS, 7(2): 7-28, 1998.

TERRIS, M. **Conceptos de la promoción de la salud: dualidades de la teoría de la salud pública**. In: ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE SALUD. *Promoción de la salud: una antología*. Washington, D.C.: OPS, 1996. p. 37-46.

VASCONCELOS, E. M. **Educação Popular nos serviços de saúde**. 3ª ed. São Paulo: Hucitec, 1997.

VASCONCELOS, E.M., Educação Popular como instrumento de reorientação das estratégias de controle das doenças infecciosas e parasitárias. **Cadernos de Saúde Pública**, v.14 (Sup.2):39-58, 1998. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v14s2/1324.pdf>. Acessado em 03/09/2013.

VASCONCELOS, Eymard Mourão. Redefinindo as práticas de Saúde a partir de experiências de Educação Popular nos serviços de saúde. **Interface - Comunic, Saúde, Educ**. 8: 121-126, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v5n8/09.pdf>. Acessado em 01/06/2014.

VERDI, M., CAPONI, S. **Reflexões sobre promoção da saúde numa perspectiva bioética**. *Texto Contexto Enferm.*, Florianópolis, v. 14, n. 1, p. 82-8, jan./mar. 2005.

VICENTE C.M. **O direito à convivência familiar e comunitária: uma política de manutenção do vínculo**, pp. 47-59. In SM Kaloustian (org.). *Família brasileira, a base de tudo*. Ed. Cortez-Unicef, São Paulo-Brasília, 1994.

VOLCAN, S.M.A. **Relationship between spiritual well-being and minor psychiatric disorders: a cross-sectional study**. *Rev. Saúde Pública* 37(4):440-445, 2003.

WESTPHAL, M.F. **Promoção da saúde e prevenção de doenças**. In: CAMPOS, G.W.S. et al. *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec, Rio de Janeiro: Ed.Fiocruz, 2006. p. 635-68.

WILSON, M. Saúde, atitudes e valores. In: **Saúde da comunidade: um desafio**. São Paulo, Edições Paulinas, 1984.

YAWAR A. **Spirituality in medicine: what is to be done?** *JR SocMed* 2001, 94: 529-533.