

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
INSTITUTO DE GEOGRAFIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO
ENSINO, MÉTODOS E TÉCNICAS EM GEOGRAFIA

EDUCAÇÃO EM SAÚDE: Análise do Sistema de Serviços de
Saúde em Uberlândia

SEBASTIÃO ELIAS DA SILVEIRA

UBERLÂNDIA-MG
2011

Sebastião Elias da Silveira

**EDUCAÇÃO EM SAÚDE: Análise do Sistema de Serviços de Saúde em
Uberlândia**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós Graduação em Geografia da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito a obtenção do Título de Mestre em Geografia.

Linha de Pesquisa: Ensino, Métodos e Técnicas em Geografia.

Orientador: Profa. Dra. Adriany de Ávila Melo Sampaio (UFU).

Uberlândia

2011

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Sistema de Bibliotecas da UFU, MG, Brasil.

- S587e Silveira, Sebastião Elias da, 1972-
Educação em saúde [manuscrito]: análise do sistema de serviços de
saúde em Uberlândia / Sebastião Elias da Silveira. - 2011.
141 f.: il.
- Orientadora: Adriany de Ávila Melo Sampaio.
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Uberlândia, Programa
de Pós-Graduação em Geografia.
Inclui bibliografia.
1. Geografia médica – Uberlândia (MG) - Teses. 2. Promoção da
saúde - Uberlândia (MG) - Teses. 3. Territorialidade humana – Serviços de
saúde – Uberlândia (MG) – Teses. I. Sampaio, Adriany de Ávila Melo. II.
Universidade Federal de Uberlândia. Programa de Pós-Graduação em
Geografia. III. Título.

CDU: 911.3:61(815.1)

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
INSTITUTO DE GEOGRAFIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO

Sebastião Elias da Silveira

**EDUCAÇÃO EM SAÚDE: Análise do Sistema de Serviços de Saúde
em Uberlândia**

Profa. Dra. Adriany de Ávila Melo Sampaio - Orientadora

Prof. Dr. Samuel do Carmo Lima - UFU- Examinador

Profa. Dra. Maria Lúcia do Carmo Cruz Robazzi - EERP - USP Examinadora

Data: 06/06/2011

Resultado: _____

Dedico este trabalho à minha mãe Aci Maria de Jesus, a “D’oneci” (in memória): força, exemplo e sabedoria que prevalecem sobre a morte atravessando o tempo; e a meu pai José Elias Neto, o “Z’élia” (in memória). Ao que me consta, Deus Nosso Senhor, com sua metodologia superior, fez com que Estes dois dotassem minha essência de uma rebeldia incomum frente a injustiças.

AGRADECIMENTOS

A Deus, Pai que tudo fez e a tudo vê.

À minha orientadora, Profa. Dra. Adriany de Ávila Melo Sampaio pelo acolhimento, confiança e coragem sempre demonstrada nesta jornada do Mestrado.

Ao Programa de Pós Graduação em Geografia da Universidade Federal de Uberlândia.

À Secretaria Municipal de Saúde de Uberlândia.

Ao Instituto Federal Goiano, em nome do Diretor Geral Professor Gilson Dourado.

À Equipe da Diretoria de Gestão de Pessoas e da Educação em Saúde da Prefeitura de Uberlândia em nome da Dra. Liliane Tannús pelo apoio, estímulo e amizade.

À Coordenação do Núcleo de Atenção Primária à Saúde da Prefeitura de Uberlândia, na pessoa da Dra. Ana Abdalla por sua história na Saúde Pública de Uberlândia;

Aos Professores com o quais tive a oportunidade de aprender: Profa. Dra. Vânia Rúbia Farias Vlach; Prof. Dr. Samuel do Carmo Lima; Prof. Dr. Julio César de Lima Ramires Ramires; Prof. Dr. Willian Rodrigues Ferreira; Prof. Dr. Jorge Luis Silva Brito.

Ao Professor e Doutor Arthur Veloso Antunes, pelo exemplo, prestatividade e sugestões que muito me ajudaram no transcorrer deste compromisso.

Profa. Dra. Vera Lúcia Salazar Pessoa que sem saber auxiliou enormemente este trabalho.

Aos meus colegas Técnicos Administrativos do Instituto de Geografia da Universidade Federal de Uberlândia.

A Wendel Félix, estimado colega, pelo oportuno socorro.

Aos colegas de trabalho da Rede Municipal de Saúde de Uberlândia.

Aos meus colegas de pós-graduação Eduardo, Adriano, Jones, Fernanda, Marco Vinícius, Noriel, e Terezinha e demais colegas que me ajudaram a transpor esta jornada.

Ao amigo Antônio Carlos Freire Sampaio, também Professor e Doutor, cujas palavras e auxílio sempre foram de incansável estímulo.

Aos amigos de todas as horas Luiz Almeida da Silva e Sônia Faleiros sempre no apoio e solidariedade, dividindo cada momento.

À minha sogra, Maria Cecília, professora “multidisciplinar”, pelo apoio constante e sua vida de ensino.

Aos meus irmãos: Vila, Cida, Carlos e Tânia. Exemplos de humildade, gratuidade, simplicidade, alegria e orações em cada passo dado. Especialmente Você Cida, volante da minha história.

Aos meus amados filhos Mateus, Isabela e Amanda, que acumularam a condição de filhos amorosos com a de suporte de informática, merendeiros e terapeutas.

E principalmente, à Rosana, amada esposa que me incentivou, apoiou e partilhou cada momento.

Será preciso estabelecer uma distinção radical entre um “colóquio” escrito com letra minúscula, nome de um tipo de madeira de lei... e o Brasil que designa um povo, uma nação, um conjunto de valores, escolhas e ideais de vida. O primeiro é apenas um objeto sem vida, autoconsciência ou pulsação interior, pedaço de coisa que morre e não tem a menor condição de se reproduzir como sistema; como, aliás, queriam alguns teóricos sociais do século XIX, que viam nesta terra — um pedaço perdido de Portugal e da Europa — um conjunto doentio e condenado de raças que, misturando-se ao sabor de uma natureza exuberante e de um clima tropical, estariam fadadas à degeneração e à morte biológica, psicológica e social.

Mas o Brasil com B maiúsculo é algo muito mais complexo. É país, cultura, local geográfico, fronteira e território reconhecidos internacionalmente, e também casa, pedaço de chão calçado com o calor de nossos corpos, lar, memória e consciência de um lugar com o qual se tem uma ligação especial, única, totalmente sagrada. É igualmente um tempo singular cujos eventos são exclusivamente seus, e também temporalidade que pode ser acelerada na festa do carnaval; que pode ser detida na morte e na memória e que pode ser trazida de volta na boa recordação da saudade. Tempo e temporalidade de ritmos localizados e, assim, insubstituíveis. Sociedade onde pessoas seguem certos valores e julgam as ações humanas dentro de um padrão somente seu. (DA MATTA, 1986, p.9)¹

¹DA MATTA, Roberto. **O que faz o Colóquio Brasil?** Editora Rocco: Rio de Janeiro, 1986.

RESUMO

Este estudo foi desenvolvido com os objetivos de identificar as experiências de Educação em Saúde no município de Uberlândia, Minas Gerais; verificar e discutir a estrutura de Atenção Primária à Saúde da cidade e apresentar sugestões para o Fortalecimento da Educação em Saúde. A metodologia adotada foi a da pesquisa exploratória com entrevistas semi-estruturadas, na qual foram analisados documentos oficiais e realizada uma pesquisa de campo com os profissionais de saúde da Rede de Atenção Primária. No total foram aplicadas 65 entrevistas semi-estruturadas divididas nos cinco núcleos da rede de atenção a saúde. A Educação em Saúde propõem-se a articular os saberes técnicos e populares, além de mobilizar recursos institucionais, comunitários, públicos e privados. Trata-se de uma dimensão da Promoção da Saúde que se tornou a grande possibilidade para se assegurar que a população tenha qualidade de vida. O estudo discute a interação da Geografia e da Saúde na interpretação dos efeitos do ambiente sobre a saúde humana revisando as teorias que desde Heródoto e Hipócrates à Geografia Médica e da Saúde, têm se ocupado de interpretar as relações do ambiente com a saúde humana; analisa a trajetória da saúde pública no Brasil que desencadeou a criação do Sistema Único de Saúde – SUS e pesquisou o processo de formação dos profissionais de saúde. O estudo demonstrou que a cidade de Uberlândia, tem sua Rede de Atenção a Saúde já estruturada, especialmente na Atenção Primária. Os indicadores oficiais sinalizam que os demais serviços que compõe a infra-estrutura urbana também são satisfatoriamente ofertados. Mas quanto a Educação em Saúde, fundamental para geração de comportamentos saudáveis, há pouca interação das iniciativas da comunidade com as desenvolvidas nas estruturas públicas. Nestas últimas, predominam ações preventivistas, dirigidas ao indivíduo e a grupos específicos sob domínio dos profissionais. Por outro lado, a estrutura administrativa foi modificada em 2009 criando coordenações específicas na estrutura de gestão, para lidar com a questão. Conclui, propondo que a Educação em Saúde seja incluída entre as prioridades do Conselho Municipal e Conferência Municipal de Saúde e outros espaços que possibilitem a participação da população no planejamento urbano.

Palavras-chave: Promoção da Saúde; Saúde Pública; Formação Profissional, Território.

ABSTRACT

The following research was carried out in order to investigate the actions of health education which are undertaken in the Municipal Health system in Uberlandia, Minas Gerais. Health Education aims to articulate the technical and popular knowledge, and mobilize institutional communitarian, public and private resources. It is a dimension of health promotion which has become the great possibility to ensure people have quality of life. The study discusses the interaction of geography and health in the interpretation of the effects of the environment on human health, analyzes the history of public health in Brazil that led to the creation of the Unified Health System - SUS and researched the process of training health professionals. Health Promotion means organizing the human presence in space; providing a healthy environment; ensuring the provision of health services and encouraging the adoption of healthy habits. This is a complex process that goes beyond the scope of the health sector, demanding Intersectoral action. The study aims to understand how the Intersectorial action has been implemented; it reviews the health-disease process from the classical theories since Herodotus and Hippocrates to Health and Medical Geography, which have been studying the relationship between environment and human health. In examining the case of public health in Brazil, it is clear that the Constitution of 1988 which resulted in the Health System - SUS ensured health to all Brazilians as a citizenship right. But during these last 23 years, the structure of the assistance network had problems related to the conception of the process professional formation and social inequalities found in the country, and many of these have been worsen by the intense urbanization over the last 50 years. The study showed that the city of Uberlandia, has its Network Health Care already structured, especially in Primary Service. The official figures show that the other services that make part of the urban infrastructure are also satisfactorily delivered. However, health education, essential for promotion of healthy behaviors, the study found little interaction with community initiatives developed in the public field. In the public field, preventive actions are more easily noticed, addressed to the individual and specific groups by specific professionals. On the other hand, the administrative area was modified in 2009 by creating specific coordination on the management structure to deal with the issue.

Keywords: Health Education, Health Promotion, Public Health; SUS (Unique System of Health) in Uberlandia, Territory.

LISTA DE QUADROS

1 – Legislação Estruturante do SUS: 1988 a 2001	32
2 – Definições de Território segundo Haesbart (2004)	65
3 – Vertentes propostas por Haesbart e Limonard para as definições de território.	66
4 – População do Brasil de 1872 a 1991	70
5 – Grandes Cidades do Mundo: Comparativo do Crescimento entre 1990 e 2010	71
6 – Grandes Cidades Brasileiras: Comparativo do Crescimento entre 1990 e 2010	72
7 – BRASIL: Alguns Indicadores das Desigualdades Regionais	77
8 – BRASIL: Demonstrativo de desigualdades entre brancos e negros	77
9 – BRASIL: Parâmetros para uma cidade saudável	79
10 – BRASIL: Primeira Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde	80
11 – Linhas de Ação da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde	80
12 – Territórios sanitários segundo proposta de Mendes	86
13 – Barreiras de oposição às doenças proposto por Chaves	90
14 – PROMOÇÃO DA SAÚDE: Cronologia	91
15 – Pertinências das Escolas Promotoras da Saúde	96
16 – UBERLÂNDIA: Objetivos da Educação em Saúde	100
17 – UBERLÂNDIA: Unidades de Atendimento Integrado.	108
18 – UBERLÂNDIA: Unidades Básicas de Saúde	110
19 – UBERLÂNDIA: Unidades Básicas de Saúde da Família – UBSF	113
20 – UBERLÂNDIA: Outras experiências de divulgação em saúde	133
21 – UBERLÂNDIA: Outras experiências de divulgação em saúde	133
22 – UBERLÂNDIA: Outras experiências de divulgação em saúde	134

LISTA DE FIGURAS

1 - UBERLÂNDIA: Cidade do triângulo mineiro	87
2 – UBERLÂNDIA: Organograma da gestão do trabalho e da educação em saúde	97
3 - UBERLÂNDIA: Área Urbana	101
4 - UBERLÂNDIA: Distribuição das Unidades Integradas de Saúde – UAI	109
5 - UBERLÂNDIA: Distribuição das Unidades Básicas de Saúde	111
6: UBERLÂNDIA: Distribuição das Unidades Básicas de Saúde da Família	114
7: UBERLÂNDIA: Rede Integrada de Atenção a Saúde	117

LISTA DE GRÁFICOS

1 - BRASIL: Evolução da população urbana da década de 1940 a 2000	73
2 - UBERLÂNDIA: Crescimento demográfico de 1970 a 2010	102
3 - UBERLANDIA: Distribuição dos profissionais de saúde conforme a idade	118
4 - UBERLANDIA: Distribuição dos profissionais de saúde conforme o sexo	119
5 - UBERLANDIA: Distribuição dos profissionais de saúde segundo a profissão	119
6 - UBERLANDIA: Distribuição dos profissionais de saúde conforme a qualificação atual	120
7 - UBERLANDIA: Distribuição dos profissionais de saúde por função desempenhada na Rede.	121
8 - UBERLANDIA: Profissionais de saúde segundo a média em anos de atuação na Rede	121
9 - UBERLANDIA: Profissionais de saúde segundo a média em anos na função atual.	122

LISTA DE TABELAS

1 - UBERLÂNDIA: Indicadores de Saúde e Determinantes Gerais.	103
2 – UBERLÂNDIA: Educação em Saúde - entendimento dos profissionais	123
3 – UBERLÂNDIA: Atividades de Educação em saúde conhecidas	124
4 – UBERLÂNDIA: Importância das atividades de Educação em Saúde	124
5 – UBERLÂNDIA: Atividades de Educação em Saúde realizadas pela Equipe.	125
6 – UBERLÂNDIA: Local de realização das atividades de Educação em Saúde	125
7 – UBERLÂNDIA: Atividades de Educação em Saúde promovidas por outras organizações	126
8 – UBERLÂNDIA: Métodos, Conteúdos e Escolha das atividades de Educação em Saúde pela Equipe	127
9 – UBERLÂNDIA: UBERLÂNDIA: Registro das Atividades de Educação em Saúde pela Equipe	128
10 – UBERLÂNDIA: Resultados da Educação em Saúde para a população segundo relato dos profissionais de saúde	129
11 – UBERLÂNDIA: Resultados da Educação em Saúde para o SUS segundo relato dos profissionais de saúde	130
12 – UBERLÂNDIA: Sugestões dos profissionais de saúde para o fortalecimento da Educação em Saúde	131

LISTA DE SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AIH	Autorização de Internação Hospitalar
ANEPS	Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular em Saúde
ANSS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
ANVISA	Sistema Nacional de Vigilância Sanitária
BNDS	Banco Brasileiro de Desenvolvimento
CAPS	Caixas de Aposentadoria e Pensão
CEC	Conselho de Entidades Comunitárias
CEMEPE	Centro Municipal de Estudos e Projetos Educacionais
CF	Constituição Federal
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNDSS	Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde
CNS	Conferencia Nacional de Saúde
CNS	Conferência Nacional de Política Nacional de Promoção da Saúde
CNM	Confederação Nacional dos Municípios
CNRMS	Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde
CMP	Central de Movimentos Populares
CO	Centro Oeste
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CONDECID	Conselho de Defesa da Cidadania
CONSEA	Conselho Nacional de Segurança Alimentar
DAGEP	Departamento de Apoio a Gestão Estratégica e Participativa
DEGES	Departamento de Gestão da Educação na Saúde
DGPES	Diretoria de Gestão de Pessoas do Trabalho e da Educação em Saúde
DPIS	Diretoria de Planejamento e Informação em Saúde
EC	Emenda Constitucional
FAE	Fator de Apoio ao Estado
FAM	Fator de Apoio ao Município
FEM	Fator de Estímulo a Municipalização
FIES	Financiamento Estudantil
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
GIDS	Gerência de Informação e Divulgação em Saúde
GPABA	Gestão Plena da Atenção Básica
GPAS	Gerência de Planejamento e Avaliação em Saúde
GPSM	Gestão Plena do Sistema Municipal
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IPEA	Instituto Nacional de Pesquisa Econômica Aplicada
HC	Hospital de Clínicas
GRS	Gerência Regional de Saúde
LDB	Lei de Diretrizes e Bases da Educação
LOS	Lei Orgânica da Saúde
MS	Ministério da Saúde
N	Norte
NE	Nordeste
NIS	Núcleo de Informação em Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
NOAS	Norma Operacional da Assistência à Saúde

OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organizações Não Governamental
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-americana da Saúde
PAB	Piso da Atenção Básica
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PDR	Plano Diretores de Regionalização
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNGTS	Política Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
PSE	Programa Saúde na Escola
PSF	Programa de Saúde da Família
RADIS	Reunião Análise Discussão e Informação em Saúde
S	Sul
SAI	Sistema de Informação Ambulatorial
SD	Sudeste
SES	Secretarias Estaduais de Saúde
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SIH	Sistema de Informação Hospitalar
SIM	Sistema de Informação sobre Mortalidade
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SINASC	Sistema de Informação de Nascidos Vivos
SIPAT	Semana Interna de Prevenção de Acidentes de Trabalho
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
PSE	Programa Saúde na Escola
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UBSF	Unidades Básica de Saúde da Família
UAI	Unidades de Atendimento Integrado
UFU	Universidade Federal de Uberlândia
UNA-SUS	Universidade Aberta do SUS

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	17
1 – SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS.....	21
1.1 - A República e a gênese do sistema de saúde no Brasil.....	22
1.2 – O Movimento Sanitário Brasileiro e a Constituição do SUS.....	26
1.3. – Estrutura Legal do Novo Sistema.....	29
1.4 - Rede SUS e Atenção Primária.....	33
2 - TRABALHO E FORMAÇÃO PROFISSIONAL NO BRASIL.....	38
2.1 - O Conhecimento Melhorou a Vida Humana.....	39
2.2. - Ensino Superior no Brasil e Reformas Universitárias.....	41
2.3 – Formação do Profissional em Saúde.....	45
2.4 - Política de Recursos Humanos em Saúde.....	47
3 - GEOGRAFIA E AS BASES DA PROMOÇÃO À SAÚDE	53
3.1 - Geografia: Uma ciência estratégica.....	54
3.2 - Geografia e seus Mapas: Ferramentas de Poder	56
3.3 - Geografia e o processo saúde-doença.....	60
3.4 - O Território: tão importante quanto complexo.....	65
3.5 - Globalismo e demografia urbana.....	68
3.6 - Uma convergência desordenada.....	73
3.7 - Desigualdade e Iniquidades.....	76
3.8 - Cidades Saudáveis e Determinantes Sociais.....	78

3.9 - É preciso Planejar a Cidade	81
3.10 - Planejando o território da Saúde.....	83
4 - EDUCAÇÃO EM SAÚDE E O SUS EM UBERLÂNDIA	87
4.1 - Promoção da Saúde.....	88
4.2. Educação em Saúde.....	92
4.3 - Educação em Saúde na Escola.....	95
4.4 - Educação em Saúde na Gestão Municipal de Uberlândia.....	97
4.5 - Uberlândia: cidade da fartura.....	100
4.6 - Saúde em Uberlândia.....	103
4.7 - Constituição da Rede SUS em Uberlândia.....	105
4.8 - Atenção Primária em Uberlândia.....	106
4.9 - Dados gerais dos entrevistados.....	118
4.10 - Educação Em Saúde Segundo os Profissionais da Atenção Primária	123
4.11 - Outras experiências importantes e potencializadoras.....	132
4.12 - Sugestões para fortalecimento da Educação em Saúde.....	134
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	135
REFERÊNCIAS.....	142
ANEXOS	
ANEXO I TERMO DE CONSENTIMENTO.....	154
ANEXO II ROTEIRO DA ENTREVISTA	155

INTRODUÇÃO

A Promoção da Saúde corresponde à grande possibilidade de assegurar a qualidade de vida da população² e nas últimas décadas, motiva pesquisadores, gestores, profissionais de saúde e setores da sociedade desejosos de processos de desenvolvimento e estruturas de assistência sustentáveis e equitativas.

A Educação em Saúde é um dos elementos centrais desta estratégia³, ao lado da estruturação de sistemas de saúde universais e da defesa de modelos de desenvolvimento compatíveis com a vida. Quando efetiva, a Educação em Saúde proporciona a emancipação da população, a democratização deste conhecimento e o estímulo a participação individual e coletiva, potencializando a geração de políticas públicas e hábitos adequados a saúde.

Este estudo foi desenvolvido com os objetivos de identificar as experiências de Educação em Saúde na cidade de Uberlândia; verificar e discutir a estrutura de Atenção Primária à Saúde do mesmo município e apresentar sugestões para o Fortalecimento da Educação em Saúde.

Uberlândia é uma cidade do Estado de Minas Gerais com 600.285 habitantes. Segundo o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES, em 2009, havia 968 estabelecimentos de saúde na cidade com grande concentração de equipamentos de alta tecnologia e maior número de profissionais em exercício da região.

Mais de duzentas unidades correspondem à Rede SUS, cujo financiamento é público e o atendimento gratuito, exercido por aproximadamente 4500 profissionais, conforme dados da própria administração. As ações de Atenção Primária ocorrem em 83 unidades assistenciais, organizadas em cinco setores, previamente definidos pela Secretaria Municipal de Planejamento.

Na obtenção das informações necessárias para a análise foram utilizados documentos oficiais, materiais de divulgação produzidos pela administração municipal e realizada uma pesquisa em campo, na qual os sujeitos são profissionais de saúde que atuam na Atenção Primária.

² BUSS, P. M. (org.). Promoção da saúde e a saúde pública: contribuição para o debate entre as escolas de saúde pública da América Latina. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 1998

³ BRASIL. Ministério da Saúde. Escolas promotoras de saúde: experiências do Brasil / Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 272 p. – (Série Promoção da Saúde; nº 6).

O método adotado foi da pesquisa exploratória descritiva com entrevistas semi-estruturadas⁴. O instrumento de coleta de dados foi desenvolvido pelos pesquisadores com uma aplicação experimental entre profissionais de um hospital de grande porte. O modelo final utilizado encontra-se nos anexos, bem como o termo de consentimento.

O projeto previa 72 entrevistas e um mínimo de 60% de participação para viabilizar a pesquisa. A distribuição ocorreu da seguinte forma:

- Unidades Básicas de Saúde da Família - UBSF: três profissionais de três diferentes unidades de cada setor, totalizando 12 entrevistas;
- Unidades Básicas de Saúde – UBS: dois profissionais de cada uma das nove unidades totalizando 18 entrevistas;
- Unidades de Atendimento Integrado – UAIs: dois profissionais de cada uma das oito unidades totalizando 16 entrevistas;
- Centro de Atenção Psicossocial - CAPs: um profissional de cada uma das cinco unidades totalizando cinco entrevistas;
- Vigilância em Saúde: oito entrevistas representativas da área;
- Agentes de Saúde = 13: Onze entrevistas representativas.

No total foram entrevistados 65 profissionais da Rede SUS, número suficiente para validar a amostra. As sete entrevistas que faltaram não foram realizadas por desistência dos profissionais, ausência de consentimento e fim do prazo reservado para aplicação.

As unidades foram sorteadas pelos pesquisadores com base no total de Unidades de cada setor. As visitas ocorreram durante o horário de funcionamento das unidades e os profissionais convidados aleatoriamente, sendo validadas apenas as amostras da área técnica (médicos, enfermeiros, agentes, técnicos de enfermagem, farmacêutico, dentista, técnico em higiene dental, assistentes sociais, psicólogos, etc).

O Projeto de Pesquisa foi submetido à aprovação do Comitê de Ética na Pesquisa da Universidade Federal de Uberlândia, à Banca de Defesa do Projeto e ao Exame de Qualificação,

⁴ As pesquisas exploratórias são utilizadas em estudos que fazem revisões bibliográficas e estudos de casos ainda pouco conhecidos; e as pesquisas descritivas, são empregadas na investigação de fenômenos, populações ou relações, como a caracterização de grupos, relações ou níveis de atendimento de órgãos públicos (GIL, 2008).

ambos no Instituto de Geografia da UFU. Quanto à aplicação do instrumento, ocorreu mediante autorização das Coordenações da Secretaria Municipal de Saúde.

Para alcançar os objetivos propostos da pesquisa também utilizou-se de um referencial teórico abrangente que integra os conteúdos da Educação, da Saúde e também da Geografia que detém autoridade para discutir situações estruturais auxiliando na compreensão das condições de saúde da comunidade, como os processos de desenvolvimento humano, as definições de território e sua ocupação, o surgimento dos estados, das redes e as relações de poder (MORAES, 1984).

Portanto, tornou-se necessário estudar os elementos centrais da relação do conhecimento geográfico com a área da saúde, que no passado, produziu as primeiras interpretações do processo saúde-doença e que, atualmente, lidam com questões contemporâneas como as desigualdades sociais. Por conseguinte, integra os esforços para a minimização do impacto destes fenômenos sobre a saúde humana, como é o caso das ações de Saúde Ambiental, Planejamento Urbano e Planos Diretores de Regionalização (PEREHOUSKEI; BENADUCE, 2007).

O desenvolvimento do estudo apresentou a necessidade de investigar a trajetória da saúde pública no Brasil, examinando, de forma rápida, desde a colonização do país, a transição para a República, marcada por exclusões de parcelas da população, até as reações da sociedade, exemplificadas pelo Movimento Sanitário Brasileiro, que influenciou as decisões oficiais do Brasil promovendo mudanças na estrutura governamental e maior responsabilização do Estado.

A ação deste movimento, em sintonia com outras mobilizações internacionais e diversas conferências, gerou repercussões positivas para a saúde da população brasileira, levando na década de 1980, à criação do Sistema Único de Saúde - SUS, com princípios organizativos voltados para a atenção Primária e a Promoção da Saúde (PAIM, 1993; MENDES, 2001).

Esta discussão é apresentada no primeiro capítulo desta dissertação, no qual é examinada a gênese da saúde pública, as falhas no sistema que possibilitaram o surgimento do Movimento Sanitário Brasileiro e a conseqüente criação do SUS, com seu arcabouço legal e rede de assistência.

A efetivação do SUS encontrou barreiras estruturais como a ausência de profissionais de em quantidade suficiente para cobrir o território nacional e também quanto ao referencial teórico

e prático empregado na formação destes profissionais que não proporcionava as habilidades necessárias para atuar com a Promoção da Saúde conforme proposta do SUS (RIGOLE, 2002).

O Segundo capítulo traz um breve estudo sobre a relevância do conhecimento e do trabalho para a vida humana e revisa a trajetória do ensino superior no país com ênfase na formação de profissionais de saúde e a Política Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde no Brasil.

O Terceiro capítulo é destinado a Geografia, ciência tradicionalmente importante para a saúde, mas também estratégica para os detentores do poder. Na atualidade, a geografia médica e da saúde destaca-se na interpretação dos determinantes sociais da saúde, e na abordagem do território, globalização, demografia e planejamento urbano, cuja compreensão é fundamental para o enfrentamento das desigualdades sociais.

No Quarto capítulo é apresentada e discutida a Rede de Atenção Primária a Saúde na cidade de Uberlândia com figuras demonstrando a distribuição espacial das unidades. Do mesmo modo, a parte do novo organograma da Gestão Municipal relacionada à gestão de pessoal e Educação em Saúde, criadas pela Lei Delegada 046 de 2009 de iniciativa do Prefeito, com objetivo de propor, coordenar e realizar as ações de Educação em Saúde. No capítulo, também são apresentados os dados e análises obtidos com a pesquisa de campo.

Houve uma adesão significativa ao estudo por parte dos profissionais, principalmente dos de nível médio. Trata-se de um grupo maduro cronologicamente, embora boa parte esteja a pouco tempo trabalhando na saúde, sendo a maior participação do grupo feminino. Observou-se uma baixa rotatividade nos vínculos, contrariando a tendência geral apontada por documentos oficiais.

Quanto a Educação em Saúde, percebe-se um grande esforço das equipes em realizar as ações, mas nem todos têm a clareza conceitual do que isso significa e muitas das ações reproduzem as práticas de prevenção. Incorporadas às rotinas e assumidas por apenas alguns profissionais da unidade, também são raros os momentos em que a palavra é franqueada ao cidadão para discutir sua percepção sobre os serviços e sua saúde.

As iniciativas de outros segmentos do poder público e principalmente as da comunidade apareceram muito discretamente nos relatos e são praticamente desconhecidas dos profissionais.

Entre ações intersetoriais promotoras de ambientes saudáveis, a Educação em Saúde, e a oferta de serviços de saúde, apenas esta última, encontram-se satisfatoriamente presente.

O achado da nossa pesquisa mostra que o que existe não é pouco. Mas mesmo em Uberlândia, com sua força econômica e suntuosa estrutura de saúde, ainda há muito que se fazer para se aproximar do necessário em termos de Promoção da Saúde com envolvimento intersetorial e integração da população.

Capítulo I

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

O sistema de saúde pública no Brasil tem sido apontado como a maior política de inclusão social dos últimos tempos. Esta avaliação positiva, porém, não é hegemônica. O Sistema Único de Saúde - SUS apresenta ainda, grandes dilemas a serem superados (MENDES, 2001; SANTOS, 2008).

O presente capítulo é dedicado ao resultado deste dinâmico processo de construção repleto de disputas e, cujo resultado, com suas potencialidades e limitações, é o principal recurso com que pode contar a população brasileira para resolver seus problemas de saúde. Discutir brevemente este processo, a conformação atual e sua relevância pública estão entre os objetivos do presente estudo.

O Brasil é um país que tem um retrospecto de colonização predatória, de independência relativa, de república incipiente, na qual a qualidade de vida das pessoas comuns raramente recebeu atenção dos poderes centrais. As muitas revoltas e movimentos de resistência ocorridos em diversos setores e períodos, com propostas de emancipação da cidadania sempre foram duramente cerceados (DUARTE; ANDRADE, 1990).

No caso da saúde, no início do período republicano, mobilizações do setor econômico e os trabalhadores minimamente organizados, foram decisivos para o início da estruturação do sistema de saúde. Nas décadas mais recentes, em meio às enormes contradições e denúncias sobre o governo, surgiu um forte movimento em torno de questões sanitárias defendendo um sistema universal de saúde. Após intensas disputas, o Sistema Único de Saúde – SUS, tornou-se uma realidade (BARATA, 1997).

1.1 - A República e a gênese do sistema de saúde no Brasil

A trajetória da saúde pública remonta mais de cem anos de evolução nos quais, às necessidades de saúde da população, seguiram-se episódios de muita disputa envolvendo diferentes segmentos da sociedade (NUNES, 1999). O SUS, criado com a Constituição Federal

de 1988 é a versão atual e resultado desta participação que de fato, representou grandes avanços, sendo ainda, um processo inacabado (MENDES, 1996).

No início do processo de colonização do Brasil, a interação entre europeus, escravos africanos e indígenas brasileiros, determinava além das relações sociais e econômicas, também o tipo de cuidado em saúde possível para aquela época. As práticas estendiam-se da terapêutica indígena, dos descendentes africanos e da caridade das Santas Casas de Misericórdia, organizadas principalmente por religiosos (RIBEIRO, 1999; NAUREDOR et al, 2005).

Os africanos trouxeram à forma de rituais, a interação com os orixás, divindades da natureza, aos quais se atribuem poderes sobre a doença e a cura partindo de elementos como a água, o ar, a terra, o fogo e a mata. Já os indígenas, com seus pajés, proporcionavam o tratamento com macerações de ervas, emplastos, imersões e inalações. Também estes sem abdicar de forças sobrenaturais (RIBEIRO, 1999).

Nos primeiros séculos da colonização, também vieram da Europa para o Brasil, profissionais práticos, chamados de boticários ou cirurgião-mor que percorriam as comunidades efetuando cuidados. Esta prática era controlada pela província, que impunha a necessidade de licença para este exercício (AGOSTINI, 1994).

Até então não havia muito do que atualmente se refere ao conhecimento científico com praticas terapêuticas sistematizadas na biologia, na química ou na física e menos ainda nas profissões da saúde (RIBEIRO, 1999).

Com um forte enraizamento histórico nas mais diferentes culturas, a visão mágico-religiosa ainda exerce muita influência nas formas de pensar a saúde e a doença na sociedade contemporânea. De um lado, o uso disseminado de chás, o recurso às rezas, benzeduras, simpatias, oferendas e os ritos de purificação, presentes nas diversas crenças e religiões (católica, evangélica, espírita, candomblé, entre outras), atestam a força de sua presença na cultura brasileira. De outro, salienta-se a importância de reassociar as dimensões espiritual e ambiental às tradicionais dimensões social, biológica e psicológica em que se insere a vida humana (BATISTELA, 2007, p.30).

Mas às vésperas do século XX, o Brasil tornou-se independente das colônias européias, aboliu oficialmente a escravatura e proclamou a República. Apesar do caráter pro – forme ou frágil destas medidas, elas determinaram mudanças nas condições de vida da população e uma perspectiva de saúde coletiva começou a surgir (CARRION, 2008).

Nesta fase, o Governo do Brasil sofreu um boicote internacional encontrando dificuldades para manter o comércio exterior de sua produção agrícola que até então, pertenciam à coroa. O país tornou-se concorrente das demais potências, sobretudo européias. Os produtos brasileiros foram acusados de serem potencialmente contaminados e que poderiam disseminar pragas e doenças, advindas das péssimas condições sanitárias dos portos e da ausência de infra-estrutura urbana nas cidades portuárias (MACHADO et al, 2009).

O governo recorreu aos pesquisadores brasileiros que estudavam no País ou no exterior, que atualizados cientificamente poderiam promover o saneamento dos portos e das cidades favorecendo a recuperação da economia. É o caso de Vital Brazil (1865-1950), Carlos Chagas (1879-1934), Oswaldo Cruz (1872-1917), Emílio Ribas (1862-1925), Adolfo Lutz (1855-1940) e outras personalidades (MACHADO et al, 2009).

O serviço sanitário dos portos, a fiscalização das atividades médicas, farmacêuticas e laboratoriais (incluindo o controle das vacinas e soros), a organização de estatísticas demográfico-sanitárias e a imposição da notificação compulsória de várias doenças (tifo, cólera, febre amarela, peste, varíola, difteria, febre tifóide, tuberculose e lepra), aos poucos, foi se constituindo uma rede de instituições públicas que compartilhavam uma concepção geral de saúde e de doença, transformando as moléstias transmissíveis em um problema político (GUIMARÃES, 2005, p. 19).

Apesar dos objetivos fundamentalmente econômicos do governo, as contribuições ocorreram em várias frentes da saúde nacional: foram propostas e realizaram projetos de drenagem urbana e infra-estrutura; estudos epidemiológicos e controle de doenças; descobertas de soros para tratamento de picadas de animais peçonhentos; a vinda do exterior de professoras de enfermagem, fundando-se escolas e multiplicando os profissionais para atuar junto à população e melhorando os padrões sanitários, entre outros (GUIMARÃES, 2005; MACHADO et al, 2009).

Tornou-se fortalecida a Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro; houve a promoção de campanhas de vacinação compulsória em massa, de modo a produzir também um efeito político para estas ações. Apesar de limitarem-se as cidades portuárias, ocorreram resultados positivos para o conjunto da sociedade melhorando os indicadores de saúde como foi o caso da Febre Amarela, especialmente no Rio de Janeiro. (GUIMARÃES, 2005; MACHADO et al, 2009).

Noutro elo da sociedade brasileira, vários ramos da economia como o calçadista, vestuário, têxtil e ferroviário expandiam suas atividades, diversificando a economia e gerando novas necessidades. Parte da mão de obra para esta expansão veio da migração interna provocada pelas secas do nordeste brasileiro e a busca de oportunidades levando ao crescimento vertiginoso dos centros urbanos maiores, a exemplo de São Paulo. (MACHADO et al, 2009).

Por outro lado, este processo aconteceu no momento em que o país recebia muitos imigrantes europeus fugindo das guerras e desemprego naquele continente ou atraídos pela possibilidade de segurança, trabalho e melhoria de vida. Mas no Brasil, este contingente de trabalhadores foi submetido a condições degradantes reproduzindo dificuldades já superadas na Europa, como jornadas excessivas, ausência de higienização e baixos salários. Estes coletivos mobilizaram-se sob a perspectiva sindical valendo-se de experiências oriundas de sua origem européia (KONDER, 2003).

A pressão do movimento operário por melhores condições de vida e trabalho forçaram o Estado a fazer pequenas concessões autorizando a organização de fundos para cobrir tratamentos de saúde e afastamentos do trabalho. Estas estruturas foram denominadas de Caixas de Aposentadoria e Pensão – CAPs. Mas temerário quanto a possibilidades de que as mobilizações se espalhassem, o Governo determinou que essas políticas fossem aplicadas apenas às categorias organizadas (CASTRO, 2003).

Mas as mobilizações aumentaram significativamente e em 1923, foi promulgada a Lei Elói Chaves, segundo a qual, todas as empresas que atingissem um número mínimo de 50 funcionários poderiam criar automaticamente, sua CAPs. A Lei, que leva o nome do seu autor é considerada o ponto de partida da Previdência Social (CASTRO, 2003; ELIAS, 2004).

Assim, há certo consenso de que o nascedouro deste período republicano é também o da política pública de saúde no Brasil, sendo possível destacar três características principais desta fase: ter surgido ligado aos movimentos políticos da sociedade; desde o início submetido à lógica do mercado e altamente excludente (PAIM, 1993; MENDES, 1996; NUNES, 1999).

Não foi encontrada literatura com evidências originais de preocupação com o bem estar das pessoas e coletividades. A maioria da sociedade não vivia nos grandes centros econômicos,

idades portuárias ou não trabalhava nas indústrias ascendentes. Por isso, continuava ignorada e esta condição atravessou décadas, governos e legislações.

Somente nas décadas precedentes à Constituição de 1988 é que movimentos da sociedade conseguiram intensificar a pressão sobre as autoridades cobrando políticas públicas de saúde para toda a população, enquanto direito de cidadania. Este campo de atuação foi denominado de movimento sanitário brasileiro, justificando analisar mais detalhadamente o período pré, intra e pós-constitucional (ALMEIDA, 1990).

1.2 – O Movimento Sanitário Brasileiro e a Constituição do SUS

Desde meados da década de 1970 uma intensa mobilização política, não só do setor saúde, mas de grupos representativos da sociedade como sindicatos de trabalhadores, associações de bairro, entidades de classe e profissionais, representantes de grupos específicos e outros têm forçado a mudança de paradigma na produção do cuidado em saúde no Brasil (PAIM, 1993).

Essas manifestações expressavam críticas contundentes ao excludente modelo de saúde no país, que ainda mantinha o atendimento exclusivo para aquelas pessoas que, inseridas no mercado de trabalho, contribuam para a previdência:

[...] devido a presença ainda das doenças infantis que são preveníveis e erradicáveis por imunização, a presença crescente dos agravos advindos da desordenada urbanização, os altos índices de doenças aos quais os trabalhadores estavam submetidos devido às precárias condições de trabalho nas indústrias e fábricas e os altos índices de acidentes de trânsito e de trabalho, que nessa década, mais intensamente que em outros períodos da história brasileira, o debate em torno da saúde ultrapassa o âmbito das academias, dos técnicos do setor e se faz presente em todos os segmentos da sociedade e torna-se uma forte vontade política direcionada a transformação do setor (ALMEIDA, 1990, p.35).

Uma das reivindicações é que um novo sistema fosse criado com a prerrogativa da universalidade, para que a parte da população desempregada, moradora de regiões excluídas dos processos de industrialização, pudesse receber atendimento oficial do Estado. Na década de 1980, com o regime político ensaiando a transição para a democracia, ocorreram marcantes acontecimentos na área da saúde como um todo (ALMEIDA, 1990).

O Movimento Sanitário Brasileiro foi um destes acontecimentos cumprindo importantíssimo papel durante a transição do regime militar para o civil e na redemocratização do País (MENDES, 2001).

1976 é um marco da organização do Movimento Sanitário Brasileiro, a partir da criação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde. O CEBES denunciava iniquidades sociais e o formato perverso da assistência a saúde, enquanto cobrava a democratização do país e da saúde – luta política associada à proposta técnica que atraía esquerda, centro e direita humanista. Um suprapartidarismo então e para sempre inédito (LAVOR et al, 2008, p.12).

O debate acumulado neste processo confluiu para a 8ª Conferência Nacional de Saúde que aconteceu em Brasília – DF no ano de 1986. O contexto de participação da sociedade, no qual pela primeira vez a população pode contar com uma delegação expressiva, garantiu que no relatório final estivesse a base teórica para a elaboração do texto constitucional referente à Seguridade Social, na Constituição Federal de 1988, que trata da saúde (PAIM, 2003).

Uma das razões para este avanço é que esse processo de mobilização social que aconteceu no Brasil encontrou ressonância no cenário internacional. No ano de 1978, a Organização Mundial de Saúde – OMS, realizou uma Conferência Internacional sobre Atenção Primária na cidade de Alma Ata, no Cazaquistão, país que integrava o antigo bloco das Repúblicas Socialistas Soviéticas (MENDES, 1996).

O relatório desta Conferência, mundialmente conhecido como “Carta de Alma-Ata”, estabeleceu a meta de se proporcionar boas condições de saúde a todos os povos até o ano 2000 e definiu a estruturação da Atenção Primária em Saúde como prioridade para se atingir estes objetivos, mediante ações estratégicas simples como imunização, combate a verminoses e controle de doenças diarreicas. Apesar da importância deste evento, o Brasil não participou oficialmente e nem enviou delegados (BRASIL, 2002).

Ainda que sempre tenha existido um espaço de primeiro contato na atenção a saúde, a catalogação da atenção primária como doutrina veio dar-se na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma-Ata, em 1978, sob auspícios da Organização Mundial da Saúde e do Fundo das Nações Unidas para a infância (MENDES, 1996, p.270).

Semelhante influência ocorreu quando a OMS– Organização Mundial de Saúde, já em 1986 identificando a necessidade de maior compreensão dos fatores determinantes para a saúde, realizou uma conferência específica sobre Promoção da Saúde em Ottawa no Canadá. O relatório foi subscrito por 38 países e o texto apontou a saúde como produto social, fonte de riqueza de um viver cotidiano e reforçou a importância da ação da comunidade no controle do seu próprio destino (MENDES,1996).

Esta Conferência foi, antes de tudo, uma resposta às crescentes expectativas por uma nova saúde pública, movimento que vem ocorrendo em todo o mundo. As discussões focalizaram necessidades semelhantes de diversas regiões do globo e foram baseadas nos progressos alcançados com a Declaração de Alma-Ata para os cuidados primários em Saúde; com o documento da OMS sobre Saúde para Todos e com o recente debate ocorrido na Assembléia Mundial de Saúde sobre ações intersetoriais para a saúde (BRASIL, 202, p. 25).

A Carta de Otawa apresentou como diretrizes para a promoção da saúde, políticas públicas saudáveis; recursos de saúde comunitária, condições ambientais favoráveis, reorientação dos serviços de saúde e a Educação em Saúde (MENDES, 1996).

Posteriormente a OPAS – Organização Pan-americana da Saúde colocou a Promoção da Saúde como prioridade programática e a definiu como a soma das ações da população, dos serviços de saúde, das autoridades sanitárias, de outros setores sociais e produtivos, dirigidas para o desenvolvimento de melhores condições de saúde individual e coletiva, ou seja, indivíduo, grupos ou sociedade em geral (NUNES, 2004).

Na Constituição Brasileira de 1988, os parlamentares criaram o capítulo da Seguridade Social no qual concentraram sob esse termo, a síntese das políticas de Previdência Social, Assistência Social e Saúde. Esta última, por sinal, recebeu um texto consistente registrado nas seções I e II do mesmo capítulo, transformando em lei federal a síntese das propostas construídas até então e presentes no relatório da 8ª Conferencia Nacional de Saúde.

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) obedeceu ao princípio do direito universal à saúde dos cidadãos, cabendo ao Estado prover uma nova organização dos serviços nessa área, sob um comando único em cada esfera administrativa. Criaram-se sistemas municipais e estaduais de saúde envolvendo novas formas de articulação entre as instancias governamentais e novos instrumentos de participação social. Houve assim uma reformulação significativa na composição e na dinâmica das estruturas de organização e gestão das políticas públicas, na medida em que se redefiniu não só a relação entre as esferas de governo, mas também a relação do Estado com a sociedade e o mercado (TEIXEIRA, 2007, p.112).

Entre o artigo 196 e 200 do texto constitucional está a garantia legal de que a “saúde é um direito de todos e um dever do Estado” nos termos que se segue:

Art.196. A saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a 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; Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes características: I – descentralização com direção única em cada esfera de governo; II – atendimento integral, com prioridade para atividades preventivas, sem

prejuízo dos serviços assistenciais; III – participação da comunidade; Art.200. Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei: I - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde. II – executar ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador; III – participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico; VI – fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de teor nutricional bem como bebidas e água para o consumo humano; VIII – colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o trabalho (BRASIL, 1988, p.122 - 123).

Portanto, o texto constitucional originou legalmente o Sistema Único de Saúde – SUS, mas na seqüência da promulgação da Constituição de 1988, uma série de normatizações e legislações complementares teve de ser criada para estruturar e regulamentar as ações, definindo as condições práticas para atuação do novo sistema.

1.3. – Estrutura Legal do Novo Sistema

A legislação estruturante do SUS regulamentou as condições para que os serviços, ações e produtos fossem disponibilizados à população e direcionou os diferentes aspectos da gestão por meio de decisões, decretos, portarias, planos e emendas. Assim, gradativamente, definiu-se o papel de cada nível de governo, órgãos, financiamento e controle social e coube aos municípios estruturar a assistência direta a população (ELIAS, 2004).

Com objetivo de dar consequência e estrutura a perspectiva do SUS, foi editada a Lei Federal 8.080 de setembro de 1990, considerada como a primeira Lei Orgânica da Saúde. Esta Lei detalhou o conceito de integralidade afirmando que a saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais (BRASIL, 1990).

O texto da Lei 8.080, também reforçou os objetivos e atribuições do SUS:

Identificar e divulgar os fatores condicionantes e determinantes da saúde; fornecer assistência às pessoas por intermédio das ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e preventivas; Executar ações de vigilância sanitária, epidemiológica e saúde do trabalhador; Participar da formulação da política e na execução de ações de saneamento básico; Participar das ações direcionadas ao meio ambiente; (BRASIL, 1990, p. 8).

Uma segunda e importante lei, a Lei 8.142/1990 dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e das transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. Por esta Lei se impôs a obrigatoriedade aos diferentes níveis de governo:

União, Estado e Município de realizarem as Conferências de Saúde e de criarem e manterem em funcionamento os Conselhos de Saúde (BRASIL, 1990).

Estas instâncias colegiadas de gestão do SUS prevêm a participação ativa e representativa de todos os segmentos da sociedade envolvidos na utilização e produção dos cuidados em saúde, a saber, gestores, trabalhadores da saúde e, sobretudo usuários do sistema.

Por força destas legislações, o SUS ampliou sua cobertura como sistema de saúde sob responsabilidade do Estado e garantiu acesso aos serviços e ações de saúde a todos os brasileiros, em todas as suas necessidades, com princípios de justiça social, respeitando as diferenças de condições ou necessidades e estabelecendo prioridades nos termos que se segue:

Universalidade; Integralidade; preservação da autonomia das pessoas; igualdade da assistência a saúde sem preconceitos; direito a informação; divulgação de informações; utilização da epidemiologia; participação da comunidade; descentralização político administrativa; integração em nível executivo das ações de saúde, saneamento e meio ambiente; conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos; capacidade de resolução dos serviços de assistência; organização dos serviços públicos de modo a evitar a duplicidade de meios para fins idênticos (ELIAS, 2004, p.85).

A um só tempo, determinou a articulação das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos em todos os níveis de complexidade e possibilitou a participação da comunidade nos processos de planejamento e decisão através dos conselhos e conferências de saúde, delegando aos gestores dos municípios a responsabilidade pela administração direta do sistema.

Adotou-se uma estratégia gradual e flexível de implantação dessa proposta por meio da adesão dos estados e municípios, com incentivo do nível central, que seguiu captando os recursos financeiros e repassando-os aos níveis sub-nacionais, desde que eles aderissem às propostas, assumissem a responsabilidade pela rede de serviços e profissionais e cumprissem as exigências necessárias à implantação do modelo descentralizado e participativo de organização do Sistema Único de Saúde (TEIXEIRA, 2007, p.114).

À medida que o processo de implantação do SUS acontecia em cada região, novas questões foram surgindo e gradativamente enfrentadas através de normas operacionais, que embora não tenham o mesmo peso das leis orgânicas, estabeleceram mecanismos imediatos de incentivo para a estruturação da rede de serviços do SUS com regras de relacionamento entre as esferas de governo e unidades prestadoras.

As normas operacionais têm como principal objetivo disciplinar o processo de implementação do SUS e voltam-se mais diretamente para a definição de estratégias e

movimentos táticos, que orientam a operacionalidade do sistema, dentre esses o detalhamento das competências das três esferas de governo (ELIAS, 2004, p.175).

Conforme Elias (2004), a primeira Norma Operacional Básica publicada em 1991 denominada de NOB 01/91, criou a Autorização de Internação Hospitalar - AIH; o Sistema de Informação Hospitalar - SIH e o Fator de Estímulo a Municipalização - FEM.

A seguir, a NOB 01/93 ampliou as condições de gestão, efetivando o comando único por nível de governo, criando as instâncias de negociação chamadas de Comissões Intergestores e a possibilidade dos municípios habilitarem-se para Gestão Incipiente, Parcial e Semi-Plena, conforme sua capacidade de suprir as demandas de saúde dentro da própria cidade. Também foi criado o Fator de Apoio ao Estado - FAE, Fator de Apoio ao Município - FAM e o - Sistema de Informação Ambulatorial - SAI (ELIAS, 2004).

A NOB01/96, também visando aperfeiçoar a gestão e organização dos serviços de saúde no País estabeleceu apenas duas formas de gestão: Plena da Atenção Básica e Plena do Sistema Municipal. Todos os municípios passaram a receber o Piso da Atenção Básica – PAB, naquele período fixado em R\$10,00 *per capita* ano como repasses federais, além de outros incentivos para ações como assistência farmacêutica, saúde da família, agentes comunitários, vigilância sanitária e epidemiológica (TEIXEIRA, 2007).

Aos municípios habilitados para a Gestão Plena do Sistema, os repasses incluíam recursos de assistência hospitalar e ambulatorial especializada. Para tanto, os mesmos teriam que manter atualizados os sistemas de informação que foram criados para fins de planejamento, estatística e monitoração das ações desenvolvidas nos municípios (ELIAS, 2004).

No quadro 1, encontra-se uma síntese da Legislação estruturante do SUS que regulamentou as situações surgidas na operacionalização do sistema. Após mais de 20 anos da promulgação da Constituinte, os municípios de fato, assumiram o atendimento das demandas de saúde da população, estruturando a rede de serviços e monitorando os fatores determinantes da saúde, como o acesso aos bens e serviços essenciais: alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, educação, transporte, lazer e outros (SANTOS, 2008).

QUADRO 1- Legislação Estruturante do SUS: 1988 a 2001

Documento	Ano	Teor
-----------	-----	------

Constituição Federal	1988	Seguridade Social: Ordem Social e Saúde
Lei n. ° 8.080	1990	Lei Orgânica da Saúde
Lei n. ° 8.142	1990	Dispõe sobre a participação da comunidade e transferências intergovernamentais
Art. 6º da Lei n. ° 8.689	1993	Cria o Sistema Nacional de Auditoria, no âmbito do SUS
Dec. 1.232	1994	Regulamenta o repasse fundo a fundo
Dec. n. ° 1.651	1995	Regulamenta o Sistema Nacional de Auditoria, no âmbito do SUS
NOB/96	1996	Define níveis de gestão e Cooperação
Port. GM/MS n. ° 1.882	1997	Piso de Atenção Básica - PAB e sua composição
Port. GM/MS n. ° 1.886	1997	Normas e diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família
Port. GM/MS n. ° 3916	1998	Política Nacional de Medicamentos
Portaria GM/MS n. ° 3.925	1998	Manual para a Organização da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde
Lei N. ° 9.782	1999	Define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária e cria a ANVISA
Lei N. ° 9787	1999	Estabelece o Medicamento Genérico
Port. GM/MS n. ° 176	1999	Cria o Incentivo à Assistência Farmacêutica
Port. GM/MS n. ° 1.077	1999	Programa para a Aquisição dos Medicamentos para a Área de Saúde Mental
Port. GM/MS n. ° 1.399	1999	Cria o Teto Financeiro de Epidemiologia e Controle de Doenças
Lei n. ° 9.961	2000	Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar ANS
E. C. n. ° 29	2000	Assegura os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde
Port. GM/MS n. ° 95	2001	Cria a Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS-SUS
Port. GM/MS n. ° 17	2001	Institui o Cadastro Nacional de Usuários do Sistema Único de Saúde

Fonte: Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS, 2003
Org. SILVEIRA, S. E.

Deste modo, a legislação permanece em constante evolução. A cada nova situação, uma nova regulamentação. Mas é necessário investigar a aplicação prática desta legislação.

1.4. - Rede SUS e Atenção Primária

A legislação, como foi visto, é o resultado de relações que ocorrem na sociedade e representam tentativas de definir regras e atribuições que contemplem a todos, com direitos e deveres. Na saúde, esta lógica óbvia para os movimentos organizados na sociedade e para os legisladores, teve como limitador a carência de serviços públicos previamente organizados, e de profissionais aptos.

Com parte dos princípios organizativos já estruturados, o Ministério da Saúde priorizou a integração das ações e serviços já criados e estabeleceu fluxos através dos quais acontece a assistência continuada do usuário perseguindo a resolução dos problemas de saúde e a otimização dos recursos do SUS, originando uma rede.

O conceito de rede torna-se indissociável ao de espaço. Definidas como conjunto de centros funcionalmente articulados, as redes integram os espaços configurando-se basicamente em dois aspectos: o material e o social. As redes atravessam contextos materiais e sócio-culturais diversificados (CZERESNIA; RIBEIRO, 2000, p.600).

No caso da saúde pública brasileira, para definir o relacionamento, o fluxo e a co-responsabilidade entre serviços, unidades, profissionais e usuários tornou-se comum utilizar expressões referência e contra-referência atribuindo ao conjunto desses processos, o termo Rede SUS.

As redes de atenção a saúde são organizações poliárquicas de um conjunto de serviços de saúde que permitem ofertar atenção contínua e integral à determinada população, coordenada pela atenção primária a saúde, prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo e com a qualidade certa e co-responsabilidade sanitária e econômica sobre esta população (MENDES, 2006, p. 23).

Nestas redes de estabelecimentos de saúde sob responsabilidade compartilhada da União, Estados e municípios, o destaque especial refere-se à Atenção Primária, ou Atenção Básica como se convencionou inicialmente, que é o primeiro nível de contato e assistência ao usuário do sistema e também o plano em que se executam as principais ações de vigilância em saúde (MENDES, 2008).

O objetivo principal da Atenção Primária é atuar sobre os determinantes da saúde e proteger a população dos riscos de adoecer ou se acidentar agregando, ao mesmo tempo, inteligência epidemiológica ao sistema e antecipando situações ou possíveis impactos dos modelos de desenvolvimento à saúde humana (STARFIELD, 2004; NUNES, 1999).

A Atenção Básica (AB), como primeiro nível de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS), caracteriza-se por um conjunto de ações no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e visa a manutenção da saúde. Deve ser desenvolvida por equipes multiprofissionais, de maneira a desenvolver a responsabilidade sanitária sobre as diferentes comunidades adscritas em territórios bem delimitados, considerando características sócio-culturais e sua dinamicidade, para de maneira programada, organizar atividades voltadas ao cuidado longitudinal das famílias na comunidade (BRASIL, 2008, p.06).

A atenção primária, portanto, é defendida como a melhor possibilidade para cuidados resolutivos. Mas no SUS, o primeiro desafio foi que a maioria das unidades de saúde não existia e precisavam ser construídas; depois a definição de um modelo de atenção primária que garantisse a acessibilidade do cidadão às unidades. A solução foi normatizar os critérios de regionalização e estabelecer metas para a captação da clientela (NUNES, 2004).

Assim, em 2002 a Portaria Ministerial 373 do Ministério da Saúde – MS, instituiu a Norma Operacional da Assistência à Saúde NOAS-SUS 01/02, determinando a realização do Plano Diretor de Regionalização – PDR com propósito de garantir ao cidadão, o acesso e a resolução dos seus problemas de saúde em qualquer nível de atenção. De acordo com Teixeira, a NOAS também definiu conceitos chaves para o SUS:

Região de Saúde: base territorial de planejamento da atenção a saúde, não coincidente necessariamente com a divisão administrativa do estado, levando em consideração, características demográficas, socioeconômicas, geográficas, sanitárias, epidemiológicas, entre outras; **Módulo Assistencial:** módulo territorial com resolubilidade correspondente ao primeiro nível de assistência; **Unidade Territorial de Qualificação na assistência a saúde:** representa a base territorial mínima a ser submetida à aprovação do Ministério da Saúde (TEIXEIRA, 2007, p. 128).

Conforme afirmam Viana e Elias, (2007), em se tratando de Brasil, as localidades são absolutamente diversificadas e essa diversidade condiciona a capacidade de oferta dos serviços de saúde. A densidade populacional, o perfil sócio epidemiológico e até a presença de recursos financeiros, equipamentos e de trabalhadores especializados, são algumas das variáveis. Alertam ainda, que além de respeitadas as diferenças, no planejamento em saúde deve se estabelecer pactos de co-responsabilidade entre os entes na prestação da assistência.

A conformação da regionalização da saúde deve levar em conta a extrema heterogeneidade do território brasileiro e buscar a complementaridade entre as regiões e seus serviços. Com as rápidas transformações das possibilidades de usos do território e a complexa realidade mundial por conta dos processos de globalização; nos dias atuais, faz

se necessária uma revisão mais refinada do significado de regionalização e de suas relações com o processo de descentralização. Um dos principais desafios, hoje, para o desenvolvimento do SUS é, portanto, pensar a regionalização a partir de novos critérios e conteúdos que dêem conta da realidade do Brasil e que não engessem as políticas, os acordos e compromissos intergovernamentais em um único formato (VIANA; ELIAS, 2007, p.56).

Definida a regionalização como o caminho para superar a deficiência na oferta, de serviços, sobressai outro problema referente à relação com os usuários.

As unidades e serviços inicialmente criados foram concebidos para atendimento de demanda espontânea, ou seja, o usuário decide o momento de buscar atendimento. Nesta modalidade convencional de Atenção Primária, os serviços de saúde assumiam a posição de passividade. Ou seja, caso os usuários nunca demandassem às unidades de saúde, estas também não teriam ações para captação dos mesmos.

Mas, devido a cultura de valorizar a cura de doenças, como já foi discutido neste estudo, os usuários têm um comportamento refratário com a atenção à saúde e a busca pelos serviços de saúde, ocorriam mediante problemas pontuais que o indivíduo não conseguia resolver sozinho recorrendo a ajuda de profissionais.

A partir de 1993, o Ministério da Saúde começou a investir no Programa de Saúde da Família como possibilidade para melhorar a adesão da população aos serviços e ampliar o contato dos profissionais com a realidade na qual vivem as pessoas assistidas. Esta modalidade de atenção primária é baseada na territorialização e na visitação domiciliar (SATRFIELD, 2002).

A versão brasileira foi inspirada em experiências internacionais bem sucedidas, como a de Cuba e do Canadá. Mas, este tipo de serviço teve início mesmo, na China com cuidadores populares identificados após a Revolução de 1949. Essas práticas de cuidado eram realizadas por lideranças comunitárias e tornaram-se oficiais pelo novo Governo devido a escassez de profissionais de saúde, dando origem aos Agentes Comunitários de Saúde (STARFIELD, 2004).

No Brasil o trabalho do Agente Comunitário de Saúde foi integrado à Atenção Primária para compor equipes multiprofissionais de maneira estruturada, profissionalizada e adequada aos serviços de saúde. Estas equipes responsabilizar-se-iam por uma micro-região geográfica denominada área, com uma população adscrita. O território prioritário para a o cuidado migrou da unidade de saúde para o núcleo familiar e seu domicílio (BRASIL, 2002).

Mediante cadastros individuais e por unidades familiares, todos os procedimentos relacionados à saúde individual e coletiva passam a ser monitorados pelas equipes que devem ser o primeiro contato do usuário com o sistema, estabelecendo vínculos de confiança. Outra inovação, é a busca ativa, significando que independente da população frequentar as unidades, de posse dos cadastros, a equipe deve realizar atendimentos domiciliares, ampliando a cobertura do Sistema (BRASIL, 2002).

O Programa Saúde da Família objetiva levar ações de promoção, prevenção, e recuperação da saúde para perto da família, utilizando uma equipe formada por médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agente comunitário de saúde. As atividades se centram na atenção primária como pré-natal, planejamento familiar, controle da hipertensão, diabetes, doenças sexualmente transmissíveis, tuberculose, hanseníase, etc. Buscam o envolvimento da comunidade de forma integral e contínua. O atendimento pode ser na unidade básica de saúde ou no domicílio. Seu eixo é da criação de vínculo de co-responsabilidade, entre profissionais e a população (BRASIL, 2002, p.23).

Mas o Programa de Saúde da Família foi uma estratégia adotada também, para potencializar a os princípios doutrinários do SUS, descentralizando ao máximo, levando o sistema até onde vivem as pessoas, colocando os profissionais inseridos no lugar/território do usuário e em contato direto com as condições que determinam a saúde e a doença de cada comunidade.

A estratégia Saúde da Família fundamenta-se em universalização, integralidade, equidade, hierarquização, descentralização e controle social, vindo ao encontro dos princípios constitucionais do SUS [...] Refere-se a um modo de organização da atenção básica e, portanto, realiza todas as ações inerentes a esse nível de atenção: prevenção, promoção, assistência e reabilitação. Sua diferença do modelo tradicional de organização da atenção básica dá-se pelo modo com o qual planeja e realiza suas ações de saúde: 1 - se insere e se vincula a uma comunidade adscrita; 2 - lida com as diferentes necessidades e demandas individuais e coletivas; 3 - acolhe, vigia e cuida dos cidadãos; 4 - se antecipa ao aparecimento dos agravos da saúde, lidando com as questões socioambientais e familiares; 5 - interage e fomenta o desenvolvimento comunitário; e 6 - estimula e pauta toda sua atividade na realidade local, por meio da participação popular e do controle social (BRASIL, 2005, p.14).

Atualmente, conforme dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio- PNAD (2010), 50,1% dos municípios brasileiros estão cadastrados na estratégia saúde da família, com maior cobertura nas regiões Norte e Nordeste e menor no Sudeste. Entre as dificuldades para ampliar ainda mais a cobertura desta estratégia, destaca-se a falta de decisão política dos poderes locais e a ausência de profissionais aptos e interessados em atuar nestas modalidades de atenção (WAGNER, 2008).

Conforme Mendes (1998), o perfil inadequado dos profissionais de saúde no Brasil deve-se à sua formação que é fortemente influenciada pelo modelo flexneriano, que prioriza a abordagem individual em detrimento da coletiva; o trabalho do médico em relação aos demais profissionais; a doença e tratamento em oposição a manutenção da saúde e o emprego de sofisticados equipamentos tecnológicos nas terapias.

Portanto, conforme verificado no decorrer deste capítulo, as estruturas de saúde no Brasil são consequências das opções adotadas no desenvolvimento do país e dos movimentos de reação da sociedade, para assegurar a proteção da população quanto aos seus efeitos. Na atualidade, com o SUS sendo uma realidade do ponto de vista legal e em certa medida até estrutural, depara-se com os entraves relacionados aos profissionais de saúde.

O cuidado em saúde é um atributo humano, para acontecer é necessário a interação de pessoas e não é possível assistir a população sem a necessária formação de profissionais em quantidade e com habilidades adequadas para a promoção da saúde. No próximo capítulo, será abordada a importância do trabalho para a vida humana, a transmissão do conhecimento em saúde, a trajetória do ensino superior e a formação de profissionais de saúde no Brasil, buscando o entendimento quanto à democratização do conhecimento e a garantia de condições de trabalho bem como a estrutura de gestão do trabalho e da educação em saúde.

II

TRABALHO E FORMAÇÃO PROFISSIONAL NO BRASIL

Compete a este segundo capítulo responder à indagação se é possível ensinar ou aprender saúde. Para tanto, é necessário estabelecer a relação entre o significado do trabalho, a produção do conhecimento humano e os processos de formação, inclusive do sistema educacional universitário no Brasil.

A constituição do SUS encontrou muitas dificuldades e uma delas foi a insuficiência e a inadequação dos profissionais para suprir as demandas, principalmente para atuação na Atenção Primária. Desde então, observa-se no Brasil, o surgimento de novas instituições formadoras, abertura de cursos e no âmbito do próprio sistema de saúde, investimentos no sentido de qualificar os profissionais que já existem (BRASIL, 2002).

As distorções no processo formador refletem opções anteriores quando da estruturação do ensino profissional no país que, a exemplo da saúde pública, foi excludente e atendeu a um público específico. As iniciativas para mudar esta conjuntura têm encontrado resistência na tradição conservadora das Instituições formadoras públicas, no corporativismo de algumas profissões e na venalidade das instituições de ensino particulares (FRAUCHES, 2005).

Certamente que isto repercute na realidade da assistência e neste contexto, obter melhores talentos humanos para atuar na Atenção Primária, na Promoção da Saúde e com políticas intersetoriais é uma aspiração ainda distante da realidade do SUS. O texto busca contemplar este universo, destacando o processo de trabalho humano, o ensino superior no Brasil, o processo formador de profissionais da área de saúde e as alterações promovidas pelas sucessivas Reformas Universitárias. Para, além disso, também apresenta a atual política de gestão do trabalho e da educação em saúde desenvolvida pelo governo brasileiro.

2.1 - O Conhecimento Melhorou a Vida Humana

Freire (1994) ensinou que o conhecimento decorre da experimentação cultural e da sistematização destas experiências e Luckesi (1990), que estudou as relações da educação com a sociedade, compreende que esta sistematização para valer a pena, deve ser um processo democrático garantindo a possibilidade de replicá-lo. Em outras palavras, precisa ser compartilhado.

Assim, o conhecimento surge da prática pessoal e também social, mas deve estar sistematizada e colocada a disposição da sociedade para que, se apropriando deste produto, possam também alterar para melhor sua forma de vida. No caso da saúde, necessário se faz partir das primeiras práticas de cuidado e sua disseminação. A adaptação ao meio e a partilha de certas técnicas de sobrevivência favoreceram a multiplicação dos primeiros humanos e ainda hoje, determina a sua qualidade de vida.

Segundo dados apresentados por Blainey (2009), tem havido um crescimento significativo da população mundial. Rigatto (2008), que aborda a questão sob o enfoque da saúde, revela que a justificativa deste fato não tem origem na atualidade e sim na antiguidade, instante em que a espécie humana começou a sistematizar suas observações sobre o meio e a interferir na sua dinâmica.

Suas afirmações encontram sintonia nas posições de Santos (1996), para quem a expansão demográfica justifica-se pela melhora constante das condições gerais de sobrevivência da população. Blainey (2009) reforça que na antiguidade a preocupação do homem era apenas a de viabilizar a sobrevivência encontrando abrigo e alimento. A medida que conseguiu abandonar sua condição de nômade, pode se reproduzir com mais segurança aumentando a população humana.

Rigatto (2008) esclarece que diferentes fatores dificultaram esta fixação territorial da população. Segundo ele, nas sociedades antigas, as intempéries, os animais ferozes e a dificuldade de acesso aos alimentos eram os principais fatores que quase levaram a espécie humana à extinção.

Superada esta fase, a partir da idade média até meados do século XX, tanto Rigatto (2008), como Blainey (2009) concordam que houve o predomínio das doenças infecciosas que mantinha a expectativa de vida da população em apenas 30 anos. A era científica, promissora,

porém incipiente, com seus avanços, gradativamente proporcionou mecanismos de diagnóstico, controle e tratamento destes agravos que por sua vez, também se diversificavam.

O homem é um ser histórico e suas ações e pensamentos transformam-se no tempo a partir de situações vividas. Então, inicialmente, é preciso reconhecer que o trabalho humano é uma ação transformadora e consciente a partir da qual o homem produz a sua própria existência ao tornar-se capaz de representar o mundo com o uso da linguagem simbólica e desenvolver a capacidade de antecipar as ações futuras (KONDER, 2003; FREIRE, 1994).

Nesse sentido, o trabalho muda a maneira como as pessoas pensam, agem e sentem, de modo que nunca permanecem as mesmas ao fim de uma atividade. Pelo trabalho, o homem se auto-produz, ao mesmo tempo em que produz a sua própria cultura (ARANHA, 1989).

Isto amplia o entendimento quanto à natureza geral do trabalho que deixa de significar apenas penalidades, labutas e sofrimento, para ser compreendido como a transformação do espaço, coisas e pessoas alterando o ambiente natural, produzindo cultura e espaço social, determinante para a qualidade de vida humana (SANTOS, 2008; CASTRO, 2003).

Existe, na verdade, uma relação direta entre o trabalho humano, as descobertas e as técnicas desenvolvidas com adaptação às condições ambientais. No primeiro momento, isto viabilizou a sobrevivência humana, mas a partir daí, no conjunto, oportunizaram o surgimento de diversas ciências matriciais como a Geografia, Física, Química e Biologia. A partir delas, as práticas de saúde que também são seculares, tiveram a base para se estruturar (ROSEN, 1994).

A aplicação prática e o exercício de sistematizar o conhecimento fortaleceram as práticas de cuidado que viriam a se tornar profissões. Até então, estas que existiam desde a antiguidade e buscavam se firmar na idade média, eram desprovidas de fundamentos científicos, estavam imersas no obscurantismo medieval, repleto de superstições e empirismos. As mais tradicionais profissões da área de saúde de que se tem registro são a medicina 400 a.C., a enfermagem 500 a.C., a odontologia 400 a.C., e a farmácia 1.000 d.C. (ROSEN, 1994).

Atualmente, percebe-se que as condições ambientais externas ao homem sem deixar de existir, perderam gradativamente importância cedendo lugar aos fatores relacionados com o comportamento humano (RIGATO, 2008). O crescimento das cidades e dos problemas urbanos como a violência, trânsito, abastecimento, saneamento, degradação ambiental e as relações de

produção nos moldes capitalistas, tiveram segundo Ianni (2007) maior relevância e passaram a influenciar como vive, de que adoece e morre a população.

2.2. - Ensino Superior no Brasil e Reformas Universitárias:

Na República Brasileira, proclamada em 15 de novembro de 1889, a tradição em educação profissional e superior é incipiente. O início desta trajetória remonta ao período colonial no qual se propunha a atender as camadas sociais ligadas a atividade agrícola tradicional sem espaço para as emergentes camadas médias urbanas (RIBEIRO, 2000).

A limitação do número de instituições formadoras de ensino superior era tamanha que até o ano de 1.900, a população do País era de dezessete milhões de pessoas e as matrículas no ensino superior correspondiam a 0,05% ou cerca de 8.500 vagas. Quanto às áreas do conhecimento havia uma distinção entre atividades literárias e atividades científicas, sendo as científicas voltadas para as necessidades do modelo agro-exportador de produtos básicos (ARANHA, 1989).

Nesta fase, havia um único curso de formação relacionado à saúde que era denominado de curso “Médico-Cirúrgico-Farmacêutico”. Mas neste curso, havia um predomínio de atividades científicas sobre o ensino. A Faculdade de Medicina da Bahia, dentre os anos de 1891 e 1905, foi a primeira a oferecer curso com uma perspectiva de unidade entre a pesquisa científica e o ensino (RIBEIRO, 2000).

A Enfermagem, importante categoria no contexto atual do trabalho em saúde, teve a primeira escola brasileira criada pelo Decreto Federal nº 791, de 27 de setembro de 1890, hoje, denominada Escola de Enfermagem Alfredo Pinto que pertence à Universidade do Rio de Janeiro - UNI-RIO. O curso teve início em 19 de fevereiro de 1923, com apenas 14 alunas. A baixa oferta de profissionais de enfermagem prolongou-se nas décadas seguintes só apresentando sinais de intensificação após a década de 1940 (RIBEIRO, 2000).

Entre 1935 e 1965, houve um crescimento expressivo de vagas oferecidas no ensino superior nacional. Em 1935 havia 248 unidades escolares e 25 996 vagas. Em 1955, após o período compreendido como “Estado Novo” e também do “Nacional Desenvolvimentismo”, o número de unidades saltou para 845 em 1955 com 69.942 vagas ofertadas, para chegar em 1965

com 154.981 matrículas efetivas e um número indeterminado de escolas superiores. Em 1970, já eram 430.473 matriculados. (RIBEIRO, 2000).

A intervenção do Estado após o período republicano e a pressão social por acesso a escola promoveram a expansão da educação superior e a democratização das oportunidades. Mas, foi na década de 1960, especificamente no ano de 1968, que um conjunto de medidas desenvolvidas pelo governo brasileiro direcionadas ao ensino superior, causou grande impacto sendo denominado de Reforma Universitária (ARANHA, 1989).

Na realidade, como se verá a seguir, em diversos momentos da trajetória do ensino superior no Brasil houve processos de mudanças que receberam esta designação de Reforma Universitária: Reforma Benjamim Constant 1891, Reforma Epiácio Pessoa 1901; Reforma Rivadávia Correa 1911, Reforma Carlos Maximiliano 1915, Reforma João Luiz Alves 1925, Reforma Francisco Campos 1930, Reforma de 1961, apontada como primeira Lei de Diretrizes e Bases da Educação – LDB (FRAUCHES, 2005).

Mas, o que houve de diferente em 1968, é que uma nova mudança proposta pelo governo do regime militar, cujo Presidente da República era o General Costa e Silva, trouxe algumas inovações e características que ecoam ainda hoje e a interpretação deste período divide a comunidade acadêmica. Frauches (2005), por exemplo, afirma que houve avanços significativos neste período.

Aranha (1989), por sua vez, refere que aconteceu uma permissividade ao capital privado e a exclusão de parcelas da classe trabalhadora do acesso ao ensino superior, interpretando a Reforma, como restrição à democracia, alienação da formação superior às demandas do mercado, além de eximir da obrigatoriedade de realizar pesquisas e extensão acentuando os riscos de dependência a tecnologia externa (FONSECA, 1996; ARANHA, 1989).

Decorrente das características do regime de então, a ausência de discussão com a sociedade é interpretada como outra face negativa. Mas, há publicações que defendem que as inovações na política universitária devem ser entendidas como avanço. Dentre as proposições de 1968, apontadas como positivas estão:

A indissociabilidade da pesquisa e do ensino; autonomia das universidades; prioridade para a universidade como ambiente para o desenvolvimento do ensino superior; modelo organizacional único para as universidades, públicas ou privadas; regime de matrícula semestral por disciplina; a extensão como instrumento para a melhoria das condições de

vida da comunidade; vestibular unificado para todos os cursos da mesma instituição; necessidade social como requisito para a autorização de instituições e cursos superiores; representação estudantil nos órgãos colegiados; estímulo a criação dos diretórios centrais dos estudantes e dos diretórios setoriais ou centros acadêmicos (FRAUCHES, 2005, p. 45).

Já em 1996, sob governo do Presidente eleito Fernando Henrique Cardoso, ocorreu nova reforma desta vez denominada Darcy Ribeiro, então senador da República. Ela foi liderada pelo ministro da educação o Sr. Paulo Renato Souza, professor e empresário do setor de educação. Dentre as inovações, do período, encontra-se a diversidade de modalidades dos cursos de nível superior: seqüenciais, de graduação (tecnologia, bacharelado e licenciatura), de pós-graduação (doutorado, mestrado, especialização, aperfeiçoamento, atualização), de extensão e outros.

A reforma oficializou a educação a distância, permitiu Instituições de Ensino Superior públicas ou privadas, o surgimento dos centros universitários e centros de educação tecnológica. Assim a universidade deixou de ser a organização preferencial para a oferta do ensino superior (FRAUCHES, 2005).

Para viabilizar e dar consequência a esta intencionalidade, houve grandes investimentos do Banco Brasileiro de Desenvolvimento - BNDS, que emprestou recursos financeiros para a construção de *campi* com juros baixos viabilizando a expansão privada do ensino superior no Brasil. Esta política foi reforçada pela ação de governos estaduais e municipais que promoveram renúncias fiscais e forneceram serviços de infra-estrutura urbana (LIMA et al, 2003).

Alunos sem condições de pagar as mensalidades concorriam ao financiamento estudantil – FIES. Essa modalidade foi, na prática, um tipo de empréstimo de recursos que o governo criou para viabilizar a aquisição de vagas nas Instituições de Ensino Superior - IES particulares. Foi uma política de crédito que substituiu o crédito educativo subsidiado que já existira no período anterior, destinado aos alunos para ajuda de custo e aquisição de literaturas ou participação em atividades culturais.

O FIES, era um fundo constituído de recursos do Fundo Monetário Internacional e de jogos lotéricos. Cobria apenas 70% do valor das mensalidades e o recurso referente ao semestre letivo era depositado automaticamente na conta da Instituição de ensino. A conta a pagar ficava com o aluno e seu avalista. Para o empresário não havia risco (LIMA et al, 2003; LIMA, 2004).

O presente momento traz em curso a reforma iniciada por Tarso Genro, Ministro da Educação no primeiro mandato do Presidente Luiz Inácio Lula da Silva, que lançou os princípios, diretrizes e as condições políticas, acadêmicas e estruturais para o período que se iniciou com o mandato na Presidência da República em 2003 (LIMA, 2004).

As propostas frustraram a expectativa dos setores progressistas que pretendiam uma incursão do Estado Brasileiro de modo que este assumisse a centralidade do processo formador. No início o Governo manteve a política educacional que já vinha em curso e a prestação de serviços educacionais não foi prioridade, sendo reservada ao Estado a responsabilidade apenas de supervisionar as instituições (FRAUCHES, 2005).

Na prática com esta postura, o Governo do Presidente Luiz Inácio Lula da Silva não resolveu os problemas do ensino superior. Entre eles, a concentração das IES particulares no sudeste, região rica do país, mas que não consegue absorver toda a gama de profissionais introduzidos no mercado (RIGOLE, 2002).

Este debate sobre as Reformas Universitárias é complexo e ao mesmo tempo pertinente, pois o tema, não tem sido suficientemente discutido como nas experiências anteriores. Opor outro lado, o termo Reforma, também não é muito adequado, já que dá o entendimento de um movimento social para melhorar a universidade, a exemplo da mobilização pela reforma urbana ou agrária, quando na realidade, suscita preocupações em setores da sociedade temerária de possíveis prejuízos (FRAUCHES, 2005).

A questão é que quando se fala de Universidade, a referência não é apenas à política educacional, prédios e administrações. Trata-se do conhecimento. De todo o conhecimento, especialmente o científico que é acumulado pela sociedade e é preciso compreender que, por princípio, este conhecimento é patrimônio da humanidade e precisa ser democratizado. O conhecimento se controlado pelo mercado, é transformado em mercadoria adquire preço e é comercializado. Não é toda população que pode pagar.

Ao contrário do que intencionou a Constituição Federal (BRASIL, 1988), o ensino já não é prioridade do Estado. A presença do mercado se expandiu e neste momento nem é mais apenas o capital nacional. Com a pretensão de formar recursos humanos para o mercado, desenvolveu-se

uma estrutura lucrativa com pouca preocupação com a qualidade ou com a democracia e as organizações docentes e estudantis são tímidas neste meio.

Mas a preocupação com a qualidade também deve ser aplicada às universidades públicas. Além da pesquisa, ensino e extensão, há muito que evoluir no que diz respeito à autonomia, financiamento, expansão e participação da sociedade. Novamente, não se trata de reforma, mas de mudanças, a se realizar enfrentando as dificuldades endógenas e exógenas e se não é possível mantê-las completamente públicas, gratuitas e de qualidade, são necessárias ações intermediárias até que se atinja este intento.

2.3. – Formação do Profissional em Saúde

A formação profissional em saúde no Brasil e a educação têm muitos aspectos a serem analisados, sendo necessária a seleção dos elementos mais significativos. Por isso, aqui se busca estabelecer a relação entre os fatores históricos afetos a trajetória da Educação Brasileira, especialmente de nível superior, contemplando os elementos da construção da política de gestão do trabalho e da Educação em Saúde e de como estas medidas têm repercutido no cotidiano das relações de trabalho nos municípios.

Feuerwerker (2005) ofereceu um entendimento que sintetiza o que vem a ser as dificuldades com a formação para o SUS e as expectativas de que a educação possa promover mudanças no comportamento dos profissionais:

O SUS, mesmo sendo o sistema de saúde vigente, amparado constitucionalmente em seus princípios, trabalha com diretrizes, conceitos e práticas que são contra-hegemônicos na sociedade. Ou seja, o SUS é um sistema de saúde democrático que vem sendo construído a partir dos serviços e práticas de saúde previamente existentes, que operam em outra lógica, alimentada por interesses econômicos e corporativos, e que continuam vigentes. Essa é parte da explicação para o descompasso entre a orientação da formação dos profissionais de saúde e os princípios, as diretrizes e as necessidades do SUS. Essa também é parte da explicação para a distância entre determinados enunciados já consagrados da reforma sanitária (integralidade da atenção, conceito ampliado de saúde, intersetorialidade) e as práticas de saúde vigentes. Espera-se, portanto, que a Educação seja um instrumento, uma ferramenta para ajudar a superar essas diferenças. Ou seja, espera-se que a educação seja trabalhada como uma das estratégias para a transformação das práticas no SUS – práticas de gestão, de atenção em todos os níveis e de controle social (FEUERWERKER, 2005, p. 01).

Com o advento do SUS, as aspirações da sociedade, assumidas pelos constituintes, de se constituir um sistema universal, descentralizado e capaz de assistir integralmente a população,

evidenciou a deficiência numérica de profissionais e a necessidade de expandir as vagas universitárias em cursos da área de saúde. Nota-se que a consolidação do Sistema depende de adequações na formação profissional (SEIXAS, 2002).

A partir da década de 1990, esta situação combinada com a investida da rede privada de ensino neste nicho de mercado e contando com subsídios financeiros do Estado por meio do BNDS, gerou como desdobramento a abertura de faculdades, centros universitários e universidades privadas, livres de comprovação prévia quanto à capacidade de oferta. Em poucos anos, milhares de profissionais chegavam ao mercado (PIERANTONI et al, 2002).

Os profissionais das diversas categorias da saúde formados neste período, de fato, minimizaram a demanda quantitativa de recursos humanos para o SUS. A exceção ficou por conta da área médica, com apenas oito cursos criados devido à legislação específica que restringe a abertura de novos cursos.

Mas, nas demais profissões, a limitação de suas matrizes pedagógicas, a ausência de corpo docente adequado, falta de envolvimento teórico e prático, confluíram para que o bom negócio dos empresários da educação atendesse a demanda quantitativa, mas não tivesse correspondência com a realidade do SUS em suas necessidades qualitativas (PIERANTONI et al, 2002).

O Brasil é um país complexo. Tem um grande território nacional com mais de 170 milhões de habitantes, diverso culturalmente e desigual socialmente. Mendes (2001) aponta que estas características exigem do Estado Brasileiro, uma enorme capacidade de descentralização, cujo objetivo é a racionalização no uso de recursos, inclusive os humanos.

O debate sobre a descentralização foi impulsionado também, pelo desencanto com os sistemas centralizados, com rígido controle burocrático, resistência a inovação, ineficiência, apropriação corporativa, manipulação política e baixa capacidade adaptativa às mudanças ambientais (MENDES, 2001).

No que diz respeito aos profissionais da saúde, a maior concentração está nos grandes centros, especialmente no Sudeste. Os vínculos públicos predominam sobre os privados, mas quanto à área de atuação, prevalecem práticas curativas especializadas em detrimento da Promoção da Saúde. Há uma intenção dos profissionais em se firmar nas especialidades de maior prestígio, autonomia e rentabilidade (RIGOLE, 2002).

Em 1976 um estudo analisou alunos do curso de medicina de diferentes instituições formadoras. O estudo com 180 alunos de medicina demonstrou que 60% consideravam a medicina como a única profissão capaz de lhes satisfazer nos aspectos humanitários, científicos e profissionais (NUNES, 1999).

No mesmo estudo, o autor identificou que 42,2% dos alunos ingressantes já tinham em mente por que especialidades optariam. Ao final do 5º ano, 76,5% ainda mantinham as preferências citadas no 1º período. A área mais referida foi de cirurgia com 24,7% à qual relacionaram prestígio e rentabilidade. Psiquiatria com 21% veio a seguir, vinculada a expectativa de rentabilidade e liberdade no manejo de carga horária. Em terceiro clínica geral e pediatria, devido ao prestígio e desafio intelectual (NUNES, 1999).

Os exemplos apresentados são importantes para a compreensão de que os problemas para suprir os profissionais de que precisa a população, decorrem não apenas dos equívocos no processo formador ou na falta de uma política de manejo adequada destes profissionais no próprio sistema. A verdade é que os próprios profissionais, a partir de suas escolhas, acabam por tornar o processo ainda mais difícil.

Resta refletir se esta geração estaria realmente preocupada com questões humanitárias ao fazer tais escolhas. São muitas expectativas individuais em relação ao exercício profissional difíceis de alinhar aos objetivos coletivos do SUS. Com estas limitações, a reflexão sobre a educação profissional no Brasil e o desenvolvimento de profissionais para atuação no setor saúde, demanda ao Estado e seus planejadores, estratégias de superação e uma abrangente política nacional de recursos humanos para a saúde.

2.4. - Política de Recursos Humanos em Saúde

Nos últimos anos, uma nova proposta para as relações de trabalho em saúde vem se desenvolvendo no Brasil, partindo do reconhecimento da diversidade nacional, das limitações das instituições formadoras, mas também da urgência de refletir sobre o cotidiano das práticas de saúde, das equipes e da interdependência entre o público e o privado.

Esta proposta foi oficializada com a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde com o Decreto nº 4.726/03, posteriormente regulamentado pelo Decreto nº

5.841/06 e Decreto Nº 6.860/09, responsável por conceber, planejar e articular todas as ações, setores, atores e interesses relacionados com a educação em saúde e com a gestão dos processos de trabalho (BRASIL, 2005).

A materialização destas iniciativas aplica-se às unidades de saúde e aos municípios, envolvendo os profissionais, comunidade e instituições, por meio de programas e projetos específicos idealizados para a discussão e busca de soluções de problemas críticos que comprometem a qualidade do cuidado em saúde e do ambiente de trabalho. No entanto a aplicação prática de tais projetos e programas não são uniformes estando condicionados a correlações locais.

Do mesmo modo, há uma divisão organizativa entre a gestão do trabalho no SUS, voltado para o suporte aos profissionais de saúde e organização do processo de trabalho e a educação em saúde que busca discutir o processo de formação e atualização profissional, bem como as ações de educação popular em saúde (BRASIL, 2005).

A seguir, são apresentadas algumas das principais propostas de ações governamentais, que nos últimos anos têm sido realizadas com foco na reorientação da gestão do trabalho e da educação em saúde.

Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem -PROFAE

Até a década de 1980, a enfermagem brasileira tinha como característica cinco subcategorias: enfermeiros, técnicos de enfermagem, auxiliares de enfermagem, parteiras e atendentes de enfermagem, sendo estes últimos profissionais com formação de nível médio que detinham apenas experiência prática, mas que nunca haviam cursado cursos profissionalizantes (COREN, 2003).

Em 1986 foi promulgada a Lei nº 7.498/86 regulamentando o Exercício Profissional de Enfermagem e proibindo o exercício de enfermagem por pessoas leigas, concedendo um prazo inicial de 10 anos para que os atendentes de enfermagem se habilitassem pelo menos como auxiliares de enfermagem. Expirado o prazo, a grande maioria não fez o curso, alegando falta de recursos financeiros e acesso às instituições formadoras (COREN, 2003).

Para os administradores e gestores de saúde, estabeleceu-se um dilema entre a necessidade de cumprir a lei, mas ao mesmo tempo manter os profissionais e a oferta do serviço. O PROFAE foi desenvolvido a partir de 1999, com objetivo de habilitar estas pessoas sob critério de comprovação de um tempo mínimo de exercício prático em atividades relacionadas com a enfermagem (SÓRIO, 2003).

Houve de fato, grande adesão ao programa e o objetivo de se habilitar profissionais com as características anteriores se cumpriu. Mas a disponibilidade de recursos financeiros cedidos pelo Governo Federal para a qualificação destes trabalhadores despertou o interesse de instituições formadoras e de profissionais interessados em ministrar as aulas (SÓRIO, 2003).

Por outro lado, pessoas comuns sem nenhuma vivência na área de saúde, interessadas em um curso gratuito, franqueado pelo Governo Federal e com chance real de empregabilidade adotaram mecanismos para burlar o sistema de inscrição e ingressar no curso. Deste modo conjugando o interesse de três segmentos foram abertas muitas turmas extras, além da necessidade real.

A conclusão deste processo foi a resolução apenas da falta de regulamentação dos profissionais, gerando por conseguinte uma condição de insegurança devido a falta de aptidão de parte destes trabalhadores e falhas da rápida formação.

Universidade Aberta do SUS - UNA-SUS

Com a proposta do UNA-SUS, esperava-se a democratização do acesso ao conhecimento em saúde já sistematizado e que este conhecimento fosse experimentado pelas instituições acadêmicas com a devida aproximação com o mundo do trabalho em saúde.

Instituir, no âmbito do Ministério da Saúde, o Sistema Universidade Aberta do SUS, doravante denominada UnA-SUS, que é uma estratégia governamental para atender às necessidades de formação e educação permanente dos trabalhadores do SUS. Objetivos da política: I. Apoiar a implantação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde; II. Permitir o acesso dos trabalhadores da saúde a todas as oportunidades de aprendizado necessárias para seu desenvolvimento profissional; III. Oportunizar aos trabalhadores da saúde a oferta de cursos adequados à sua realidade, utilizando-se de interações presenciais e a distância, visando a capacitação em áreas estratégicas para o SUS (CONASS, 2008, p.3).

A contribuição para a formação e disseminação de informações em saúde é feita em atividades presenciais e à distância, assegurando a formação em diferentes contextos e realidades. Ao mesmo tempo em que as unidades de saúde também se abrem para a academia vivenciar as dificuldades encontradas para responder às demandas objetivas da população. A proposta é a atuação em rede integrando dados e disseminando as boas experiências em tecnologia de informações.

Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - Pró-Saúde

Este programa foi editado pela Portaria Interministerial MS/MEC nº 2.101/2005 e ampliado com a portaria MS Nº 3.019/2007. Inicialmente o programa era dirigido aos cursos de odontologia, medicina e enfermagem e posteriormente foi ampliado para os demais cursos de graduação da área da Saúde.

Como o objetivo é integrar a formação em saúde e o serviço com ênfase na atenção primária, a mobilização inicial pela implantação do programa despertou o interesse das instituições formadoras, tanto públicas como privadas. No caso de Uberlândia, optou-se por celebrar o convênio entre a Universidade Federal de Uberlândia e a Secretaria Municipal de Saúde.

O projeto oriundo das instituições privadas propunha-se a assumir a estruturação de um Centro de Referência da Atenção Primária e Curativa acompanhado, de uma tática de mobilização que seria a discussão e validação de “linhas guia” com a participação dos profissionais da rede de atenção. As unidades seriam mantidas pelo município e a assistência compartilhada entre este e a Universidade. O projeto foi indeferido.

O projeto estruturado e aprovado foi celebrado junto a Universidade Federal de Uberlândia e encontra-se na segunda etapa. Os compromissos estabelecidos no projeto previam a revisão da matriz curricular dos cursos envolvidos e a estruturação de unidades de atenção primária, associado à inserção dos alunos na rede de atenção primária (BRASIL, 2006).

Residência Multiprofissional em Saúde

A Residência Multiprofissional em Saúde é uma política nacional com origem em 2002 projetada com objetivo de possibilitar a formação e contribuir com a mudança do desenho técnico-assistencial. Posteriormente, compreendendo que as dificuldades para a consolidação do SUS estavam relacionadas com os quatro segmentos prioritários da relação de cuidado: usuários, profissionais, gestores e formadores, avançou-se com a proposta para a “Política de Educação Permanente em Saúde”.

A promulgação da Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005, que criou a Residência em Área profissional da Saúde e instituiu a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS), deu início ao processo de regulamentação da RMS. O MS, cumprindo o seu papel de gestor federal, elaborou, por meio do Departamento de Gestão da Educação na Saúde (Deges/SGTES), as portarias que regulamentam a lei e subsidiam o financiamento das RMS, a saber: Portaria nº 1.111, de 5 de julho de 2005, Portaria nº 1.143, de 7 de julho de 2005 e Portaria Interministerial nº 2.117 de 3 de novembro de 2005 (BRASIL, 2006).

A iniciativa para a criação da Residência Multiprofissional parte de uma Instituição Formadora. No caso de Uberlândia foi a Universidade Federal de Uberlândia – UFU, com o Hospital de Clínicas - HC, sendo a unidade responsável ou Instituição Proponente.

A Secretaria Municipal de Saúde – SMS participa como Instituição Parceira Proponente e tem ainda o Centro Universitário do Triângulo - UNITRI e a Gerência Regional de Saúde GRS, de Uberlândia como Instituições Parceiras Participantes. Portanto tem ocorrido um esforço Institucional compartilhado principalmente pelo Hospital de Clínicas e Secretaria Municipal de Saúde, para viabilizar o Programa.

A articulação com os Gestores Estadual e Municipal e com o Controle Social, através da Comissão de Acompanhamento de Contratos do Hospital, é importante, pois na criação e organização das áreas de concentração e dos 12 campos comuns de prática, devem ser consideradas as demandas do Sistema de Saúde, para que o egresso tenha uma formação que lhe permita visualizar a organização e o funcionamento deste sistema (BRASIL, 2008).

Conclusão

No conjunto, estas políticas públicas tentam mudar a forma de cuidado em saúde no Brasil, melhorando o processo formador e intervindo no cotidiano das equipes em atuação no SUS.

Porém, tanto a formação de novos profissionais como a qualificação dos veteranos, encontra entraves como a dimensão macro do sistema, a resistência às mudanças e o comportamento desleal de parte dos segmentos envolvidos (RIGOLE, 2002).

Mas, é fato que o aperfeiçoamento é contínuo, embora seja assimetricamente proporcional às mudanças no perfil epidemiológico da população em que novas situações surgem em decorrência da atividade humana como se verá no próximo capítulo.

Capítulo III

GEOGRAFIA E AS BASES DA PROMOÇÃO À SAÚDE

Este capítulo destina-se a estabelecer o diálogo entre a Geografia e a Promoção da Saúde. As grandes possibilidades de se promover uma realidade de melhor qualidade de vida para o conjunto da sociedade dependem da ampliação do espectro de intervenções no processo de saúde-doença para além das convencionais práticas de saúde.

Após os progressos tecnológicos, decorrentes do desenvolvimento científico verificado nos dois últimos séculos, equívocos foram cometidos, como a centralização do cuidar apenas nos profissionais de saúde, sobretudo da área médica.

A medicina por sua vez, influenciada por modelos limitados, fechou-se em si mesma, primeiro supervalorizando a uni-causalidade⁵ para explicar os processos de adoecimento e morte e, posteriormente, no especialismo⁶, que fragmentou o conhecimento até então sistematizado. (MENDES, 1996).

Mas a atualidade apresenta ainda outros desafios. Não obstante o enriquecimento dos grandes laboratórios alopáticos, das indústrias de equipamentos hospitalares, dos grupos de medicina privada e mesmo de parte dos profissionais, a complexidade dos problemas de saúde está aumentado e este modelo mostra sinais de insuficiência para enfrentar as novas questões e proteger toda a população (SANTOS, 2008).

O crescimento demográfico, a aglomeração urbana, as grandes calamidades em alguns momentos consideradas naturais, a violência em todas as suas formas e a concentração da renda, são alguns dos elementos do mundo que está em permanente transformação e que passa por uma transição epidemiológica que atinge a população. É preciso compreender este processo, estabelecer outras escalas de valores e elaborar novos conceitos geradores de práticas e espaços alternativos de cuidado e saúde (BARATA, 1997).

⁵ UNICAUSALIDADE: Termo utilizado para se referir ao período de invenção do microscópio e das descobertas microbiológicas que levaram parte dos pesquisadores a declinarem seus estudos que vinculavam a condição ambiental às causas das doenças.

⁶ ESPECIALISMO: Termo empregado por gestores da área de saúde ao se referir a ênfase dada à formação de profissionais de saúde que se especializam em procedimento específicos tornando-se especialistas.

Neste momento, a Promoção da Saúde apresenta-se como campo de intervenções intersetoriais, cujo objetivo é identificar os determinantes sociais da saúde e propor intervenções que aperfeiçoem os serviços disponíveis, possibilitem a estruturação de territórios saudáveis e promovam a Educação em Saúde para a disseminação de hábitos compatíveis com a vida (FONSECA; CORBO, 2007).

É neste contexto que a Geografia reassume uma de suas funções históricas na interpretação dos fenômenos que repercutem na saúde da população.

3.1 - Geografia: Uma ciência estratégica

O conceito de espaço geográfico enriquece-se porque nele se introduz o homem com a sua história. Mais claramente, o espaço geográfico é definido como sendo a superfície da terra vista enquanto morada, potencial ou de fato, do homem, sem o qual tal espaço não poderia sequer ser pensado. Tradicionalmente, de Kant, Humboldt a Hettner, de Vidal de Blache a Pierre George, de Sauer, Hartshorne, Bunge e Harvey, só para citar alguns dos geógrafos que pensaram a cerca do espaço geográfico – têm o espaço como conceito organizador em torno do qual a geografia se desenvolveu (CORRÊA, 1996, p.25).

A Geografia, uma ciência já consolidada, pode ser considerada síntese e também fundamento para muitas outras áreas do conhecimento. Nos estudos atuais, pode se perceber segmentos de geógrafos assumindo perante a sociedade novas responsabilidades, como as de buscar a compreensão e explicações para importantes questões contemporâneas como a Percepção Ambiental, a Educação Inclusiva e a Saúde Ambiental, dentre outras (MORAES, 1984).

Neste estudo, não se encontra dentre os objetivos, o de dissecar a história da Geografia e menos ainda, ousar estabelecer uma revisão contextualizando suas correntes teóricas e categorias de análise. Busca-se especificamente, discutir o universo da saúde pública e a pertinência da Promoção da Saúde, tendo, sobretudo a Educação em Saúde como ferramenta, o que remete à necessidade de discutir as situações geográficas.

Importa reconhecer e recolher da rica contribuição geográfica, os elementos mais significativos para este processo, motivo pelo qual, o estudo é desenvolvido na linha de pesquisa:

Ensino, Métodos e Técnicas em Geografia, devido à possibilidade de que esta enriquecida Geografia continue ensinando a interpretação do mundo e contribua também para a democratização do conhecimento sobre os processos vitais para a saúde, especialmente a humana.

A Geografia [...] sempre pretendeu constituir-se como uma descrição da terra, de seus habitantes e das relações destes entre si e das obras resultantes, o que inclui toda a ação humana sobre o planeta [...] Senão pelo que alguns geógrafos afirmam explicitamente, mas pelo que muitos praticam, a Geografia é o que faz cada qual e assim, há tantas geografias quanto geógrafos. Na realidade o corpus de uma disciplina é subordinado ao objeto e não o contrário. Desse modo a discussão é sobre o espaço e não sobre a Geografia (SANTOS, 1996, p.16).

A Geografia ateu-se a submeter o mundo natural à sua leitura e documentação objetiva. Esta tendência prevaleceu até meados do século XIX, que marca o surgimento da Geografia Científica. Mesmo nesta fase, foi mantido o raciocínio contemplativo sobre os conhecimentos relativos à Terra. Isto se deve, entre outros a Humboldt e Ritter, dois geógrafos alemães precursores e sistematizadores da moderna ciência geográfica com importantes descobertas (MORAES, 1984; SANTOS, 1996).

Mas os estudos gradativamente observaram que o mundo se transformava pela ação humana, bem como perceberam a complexa relação dos homens entre si, o que posteriormente foi classificado como processos sociais, com repercussões sobre o próprio espaço, devendo também ser registradas, e principalmente interpretadas pela Geografia (CLOZIER, 1962).

A limitação percebida foi discutida por Ratzel, também alemão, cujos estudos influenciaram por demais a definição do Estado alemão e praticamente fundou a Geografia Humana. Ratzel inicialmente, buscou analisar a influência que as condições naturais exerceriam sobre a humanidade, concluindo que ocorriam transformações mútuas. (SODRÈ, 1977; MORAES, 1984).

Ratzel definiu o objeto geográfico como o estudo da influência que as condições naturais exercem sobre a humanidade. Estas influências atuam, em primeiro lugar na fisiologia (somatismo) e na psicologia dos indivíduos (caráter), e, através destes, na sociedade. Em segundo lugar, a natureza influenciaria a própria constituição social, pela riqueza que propicia, através dos recursos do meio em que está localizada a sociedade. A natureza também atuaria na possibilidade de expansão de um povo, obstaculizando ou acelerando-a. Estas influências vão se exercer mediatizadas, através das condições econômicas e sociais (MORAES, 1984, p. 57).

Outra importante vertente do pensamento geográfico, foi a escola francesa, que teve em Vidal de La Blache, um precursor e contundente opositor da escola alemã de Humboldt, Ritter e principalmente de Ratzel (MORAES,1984).

As divergências tiveram como questão de fundo, o universo de disputas políticas e econômicas que envolvia as duas nações. La Blache concentrou sua crítica, sobretudo à produção de Ratzel de quem discordava “da vinculação da ciência aos interesses políticos e da minimização da ação humana sobre o meio” (MORAES, 1984, p.45). Para o autor, La Blache potencializou a geografia humana e imprimiu evidência mundial à escola francesa com a teoria do “possibilismo” que considerava uma maior autonomia do homem em relação ao meio.

Este debate teórico sobre a essência da moderna Geografia, a princípio envolvendo duas escolas e duas nações em conflito de interesse, serve para exemplificar o teor do processo de formação do conhecimento geográfico como um todo, repleto de instigantes discussões. O objetivo de definir o espaço natural, sua interação com o homem e destes em sociedade, permite iniciar uma discussão acerca da História do Pensamento desta ciência.

3.2 - Geografia e seus Mapas: Ferramentas de Poder

O resultado da produção geográfica, importante para todas as gerações e segmentos da sociedade, foi utilizado especialmente para as disputas de poder, evidenciando a pertinência das afirmações de Lacoste (1989), frequentemente citadas por geógrafos da atualidade, por se referir à Geografia, como um campo de conhecimento que serve, em primeiro lugar, para fazer a guerra (LACOSTE, 1989).

A Geografia, ao enxergar e documentar a superfície da Terra e suas dimensões acabou subsidiando a ambição de conquistadores, a disputa por porções do território e o surgimento dos estados nacionais. A luta pela delimitação e apropriação do espaço pelos poderosos de todos os tempos e seus seguidores, encontraram no conhecimento geográfico amparo para suas empreitadas (AQUINO et al, 1993; PEITER, 2005).

A história das sociedades é permeada de situações que permitem essa afirmação. Termos como fronteira, remetem à compreensão de limite territorial distante, que invariavelmente esteve associado a movimentos de expansão. Mas não é só, o ímpeto humano de “desbravar” ou

“civilizar”, revelava o entendimento de que tudo fora dos domínios das tribos, depois dos feudos e por fim das nações, era sinônimo de bravio, um estímulo aos objetivos de expandir fronteiras ou navegar para se apropriar de outros lugares. Daí, porque a noção de espaço, ocupação territorial, direção e distâncias interessavam (AQUINO et al, 1993).

Dizer antecipadamente que a Geografia serve, antes de mais nada, para fazer a guerra, não implica que sirva apenas para executar operações militares; ela serve também para organizar os territórios, não só como previsão de batalhas que se deverão travar contra tal ou tal inimigo, mas também para melhor controlar os homens sobre os quais os aparelhos de Estado exercem a sua autoridade. A Geografia é, antes de mais nada, um saber estratégico intimamente ligado a um conjunto de práticas políticas e militares e são essas práticas que exigem a acumulação articulada de informações extremamente variadas, à primeira vista desconexas, de que não é possível compreender a razão de ser, a importância, se nos mantivermos dentro dos limites do saber pelo saber. São as práticas estratégicas que fazem com que a Geografia seja necessária, em primeiro lugar, aos que comandam os aparelhos de Estado (COIMBRA; TIBÚRCIO, 1995, p.38).

A Geografia sempre esteve na centralidade deste processo de expansão, de disputas e uma de suas principais ferramentas foram os mapas, que devido a capacidade de retratar situações dos territórios, desde que surgiram na Antiguidade, sua produção e utilização, compõem o indumentário de planejadores e estrategistas de todas as áreas (AQUINO et al, 1993).

Nos registros da literatura bíblica ou dos principais impérios antigos como o persa, grego, romano e carolíngio, até os grandes documentos dos governos atuais, os mapas servem, primeiro a este objetivo de planejamento, rudimentar ou sofisticado, razão pela qual o acesso a eles no passado, era restrito aos governantes (AQUINO et al, 1993).

Também simbolizavam poder e saber e eram utilizados para impressionar. Tanto é que próximo ao Coliseu nas ruínas do império Romano, ainda é possível se ver um gigantesco mapa da época exibindo o limite original do império e seu “crescimento” ao longo do tempo, à medida que outras terras e povos eram conquistados e passavam a seu domínio (BLAINEY, 2009).

Aplicados em todo o mundo, ainda no século XX, com muitos mistérios e limites do chamado espaço natural a se desvendar e documentar, os geógrafos continuaram a produzi-los e atualizá-los realizando expedições por regiões do mundo como os pólos sul e norte e nascentes de grandes rios como Ganges, Nilo, Amazonas e Mississipi, ao mesmo tempo em se ensinava nas escolas, de maneira mais aberta, saberes sistematizados que até então estavam concentrados nos governos.

Por volta de 1900, mapas coloridos do mundo tornavam-se comuns; nos dias de Napoleão, é provável que nem mesmo uma pequena fração da população européia tivesse posto os olhos em um mapa do mundo. Mas um século depois, a maioria das crianças européias havia visto um... Em quase todas as décadas do século 19 aconteceu uma descoberta geográfica de grande importância: a descoberta da nascente do Nilo, das nascentes dos rios Amazonas, Mississipi e Congo; expedições ao interior da Austrália, castigada pelo sol, descobertas de Humboldt, da maior geleira do mundo, na Groenlândia, e as viagens pelos rios cercados de florestas da Nova Guiné (BLAINEY, 2009, p. 285).

O controle do conhecimento geográfico e o cerceamento de sua difusão, também acontece em relação a sistematização e apropriação da cultura dos povos. Balakrishnam (2000) em seus estudos sobre o *Mapa da Questão Nacional*, apresenta um modelo teórico reconhecendo dois tipos genéricos de sociedade que se sucedem, sendo uma a Agro-letrada, na qual o homem é o seu posto e a outra, a Industrial Avançada, segundo a qual o homem é a sua cultura.

Na sociedade agro-letrada, os povos restringiam sua circulação ao limites do território ocupado que geralmente coincidia com o exercício de sua língua. Deste modo, a habilidade de se comunicar com os povos além do limite territorial, era restrita aos senhores das terras e seus serviços que explorando a ignorância tornava a resistência a estes domínios praticamente impossível. O domínio do conhecimento e apropriação da cultura tornou-se também uma grande ferramenta de poder (GELLNER, 1981).

Processo semelhante aconteceu com o estudo dos aspectos físicos do espaço. Sistematizando mais detalhadamente as informações disponíveis sobre cada processo da dinâmica de ocupação, apropriação e controle dos territórios, desde a antiguidade até o presente, ao identificar a compreensão dos elementos integradores destas conformações, evidencia-se que os limites territoriais correspondem às posses dos detentores do poder (GIDDENS, 2001).

Monarcas, governos ou comerciantes detinham o verdadeiro poder que era assegurado, ora pelo absolutismo, ora pela burocracia, pelo monopólio da violência de estado ou pelo poder aquisitivo de segmentos como a burguesia, novo núcleo de riqueza com relativa independência do Estado. Sua ação era reforçada pela sonegação de impostos, um advento com a mesma idade da instituição de sua cobrança, enfraquecendo a burocracia de Estado, deles dependentes (GELLNER, 1981).

Muito embora este raciocínio pareça óbvio, estas conclusões foram obtidas observando o resultado dos impulsos de expansão e conflitos entre segmentos e nações, sobretudo por poder, terras e outros recursos como ouro, prata e víveres agrícolas; gerando violência contra povos conquistados e a destruição de suas culturas como disputas (AQUINO et al, 1993).

Esses movimentos também, além de nunca terem se encerrado, foram potencializados por um novo elemento a colocar em cheque as fronteiras: o dinheiro. Uma condição que possibilitou a busca de mercados e fornecimento de matérias primas e intensificou a exploração do homem total e principalmente de sua força de trabalho dividindo-os em Classes Sociais (KONDER, 2003).

Devido esta definição de classes sociais, principalmente após as grandes guerras, a Geografia passou a analisar questões mais amplas como as relações internacionais, econômicas, políticas, ideológicas e sociais, fatores bem mais complexos do que o praticado até então, pois como nunca antes, já não bastava ao conhecimento geográfico, estudar a interação do homem com o espaço natural. Também as relações de trabalho tiveram que ser analisadas, ao que alguns definiram como geo-marxismo, à luz do materialismo dialético.

A organização do espaço geográfico na escala do Estado-nação europeu ocidental a partir do final do século XVIII configurou-se como uma necessidade do progresso, cuja ideologia – a melhoria das condições de vida de todos os habitantes – conclamava o esforço de todos para o “bem geral da humanidade”, sob o lema “liberdade, igualdade e fraternidade”, embora apenas alguns pudessem usufruir dessas benesses. Na verdade, a maioria era livre apenas para vender a sua força de trabalho, dado que as relações de produção capitalistas estavam reduzindo o homem à condição de mercadoria, de objeto da ciência e do poder (estatal, em particular). A valorização do território nacional por meio do processo de urbanização-industrialização, posteriormente levou à implantação de tais relações nos demais continentes, onde o imperialismo triunfante negou, à maioria de sua população, o atributo de humanidade. Nesse contexto, a Geografia moderna se afirmou. Afinal, a descrição científica do território e seu mapeamento cartográfico eram fundamentais para a organização do espaço geográfico, qualquer que fosse a sua escala. Entretanto, não se quis assumir publicamente o papel do geógrafo, por sinal muito antigo, como aquele que, a partir das representações cartográficas, propõe “raciocínios geográficos” (VLACH, 2007, p. 3).

No caso dos trabalhadores, verifica-se que, apesar de fundamentais, qualquer que fosse a estratégia de obtenção de dinheiro e poder, estes eram manipulados e pouco ou nada usufruíam do resultado de suas disputas. Não obstante, serem recrutados ou convencidos a participar destes processos, na prática seu prêmio era a mudança do jugo, ou seja, de quem lhe exerceria a opressão. Na modernidade este papel foi reservado ao patronato.

Conforme advertido por Vlach (2007) compete aos geógrafos mais que a mera descrição do território que subsidia a organização do espaço, cabendo-lhes também, estender o raciocínio e não negligenciar as relações estabelecidas neste mesmo território como exemplificado nas relações de trabalho.

3.3 - Geografia e o processo saúde-doença

O envolvimento da Ciência Geográfica com as questões próprias do setor saúde tem mobilizado pesquisadores de ambas as áreas e muitos estudos estão sendo publicados, enriquecendo o espectro de ação dos profissionais e principalmente, apoiado a busca de soluções para as demandas de saúde da população.

As principais prioridades de saúde são determinadas pelas condições de vida da população, ligadas à situação social e econômica, razão porque o combate à pobreza constitui o primeiro objetivo de desenvolvimento do milênio. A concentração das populações com a conseqüente urbanização traz problemas de saúde como a violência, os acidentes e a contaminação ambiental. Os hábitos nocivos à vida estão modificando a frequência das enfermidades. As mudanças climáticas, como o aquecimento global, as migrações internas entre nações, aumentam os riscos à saúde da população mundial. Diante de um contexto difícil para o futuro, a autoridade sanitária deve continuar e ser reforçada [...] No caso do Brasil, esse reforço se dá com a forte presença da sociedade civil organizada [...] na sua busca do alcance dos objetivos de desenvolvimento do milênio e na luta contra as desigualdades (MEJÍA, 2007, p.4).

No Brasil, busca-se a melhor definição para o campo de pesquisa da Geografia relacionado a esta temática. Assim, termos como Geografia Médica, Geografia da Saúde, Geografia Médica e da Saúde e Saúde Ambiental originam linhas de pesquisa científica e novas disciplinas que organizam os grupos de pesquisadores (PEITER, 2005).

[...] na origem do desenvolvimento do objeto da epidemiologia (saúde), assim como da geografia, já se manifesta a tensão que interrogou a lógica que opôs a natureza ou cultura natural em relação à artificial, do mesmo modo que corpo e mente, objetivo e subjetivo, entre outras dualidades clássicas que caracterizam a emergência das ciências (CZERESNIA; RIBEIRO, 2000, p.597).

Embora atualmente esta interação esteja em franca evidência, as contribuições da Geografia para a resolução dos problemas de saúde da humanidade e, portanto para a sistematização do conhecimento da área médica e de demais categorias da saúde antecede até

mesmo aos termos Geografia Médica ou Medicina Geográfica, normalmente atribuída a estes períodos (PEREHOUSKEI; BENADUCE, 2007).

A Geografia da Saúde é do século XIX, quando a Geografia clássica já era tradicional. Isto deve ao fato de que sempre coube à Geografia, contribuir com a sociedade na observação, problematização, descrição, registro, documentação e pesquisa dos fenômenos que compõem o espaço geográfico (MORAES, 1984; PEITER, 2005).

Segundo Da Matta (1986), o espaço geográfico é produzido pelo homem, social e cultural. Assim, ainda que a relação da Geografia com a saúde tenha partido prioritariamente da descrição do espaço natural e do mapeamento das epidemias, posteriormente evoluiu para a interpretação dos impactos do meio sobre a saúde humana, tanto do indivíduo como da coletividade, avançando para interpretar os processos sociais à medida que a própria sociedade tornou-se mais complexa.

A saúde é resultado de condições objetivas de existência, “biológica, social e cultural – e particularmente, das relações que os homens estabelecem entre si e com a natureza, através do trabalho” (PAIM, 1986, p.46). Portanto, são através das relações sociais de produção que se erguem as formas concretas de vida social e afirma-se que o estado de saúde corresponde a uma das revelações dessas formas de vida.

As tentativas de se definir o conceito de espaço em epidemiologia, acompanhando o desenvolvimento técnico-conceitual da Geografia, buscaram incluir na compreensão do processo da doença, dimensões sociais, culturais e simbólicas. Porém, todas estas redefinições esbarraram no limite imposto pela teoria da doença (CZERESNIA; RIBEIRO 2000, p.597).

Rosen (1994) observa que ao longo de toda a evolução do pensamento sanitário houve este diálogo entre os dois campos do conhecimento sendo que os conceitos de saúde, processos de adoecimento humano e relações com meio natural, eram percebidos antes mesmo da modernidade. Conforme discutido detalhadamente no capítulo I deste estudo e reforçado por Blayney (2009), as civilizações antigas valiam-se da interpretação dos processos naturais associado aos rituais mágicos para se estabelecerem no exercício do poder sobre seu povo.

Na medicina, os antigos egípcios provavelmente lideraram o mundo conhecido até então. A mágica e o conhecimento se mesclavam: uma mistura poderosa na mente dos que

acreditavam. Boa parte do conhecimento do corpo humano vinha do costume de prepará-lo para mumificação. Em anatomia, cirurgia e farmácia, os antigos egípcios tiveram seus triunfos e possivelmente, foram os primeiros a usar ataduras e talas. Em suas curas, usavam gordura de criaturas como ratos e cobras, ervas e vegetais pesando e medindo cada ingrediente cuidadosamente” (BLAINEY, 2009, p.52).

Mas, foi o mundo grego que a princípio trouxe as principais sistematizações sobre os fenômenos naturais, sendo a Grécia antiga considerada o nascedouro da Geografia Tradicional sob referência da obra de Heródoto. Por conseguinte, é também de onde surgiram as contribuições mais relevantes para a saúde, dentre as quais se destaca a produção de outro grego, Hipócrates (ROSEN, 1994).

Fartamente documentado na literatura científica, Hipócrates, relacionou as condições ambientais, especialmente a água, o ar e o que classificou como lugar, à saúde humana. Devido à importância de suas conclusões tanto para a época, como para o balizamento das descobertas posteriores, Hipócrates é considerado contemporaneamente, patrono da medicina. Czeresnia e Ribeiro (2000), afirmam que a herança da Higiene Pública, inspirada no pensamento hipocrático marcou a origem tanto da saúde como da Geografia especialmente quando relacionada ao conceito de espaço.

Dada a carência de conhecimento, o mundo atravessou séculos valendo-se destes conceitos ora associados, ora dissociados a misticismos, sem compreender de fato porque as pessoas adoeciam e morriam. Para não remeter ao obscurantismo deste período, importa apontar aqui, quando novas perspectivas surgiram para o enfrentamento dos processos de saúde doença e sua relação com a Geografia.

Em meados do século XIX, a Europa enfrentou grandes epidemias, dentre as quais as mais severas aconteceram em 1831 e 1832 e foram as de tuberculose, escarlatina e tifo. Na ocasião, Engels, teórico da época, ponderou sobre a possibilidade de haver uma relação do ambiente de trabalho e das habitações insalubres, com as causas destas doenças. O raciocínio foi ampliado por Virshov e outros (COSTA, 1987).

Surgiria daí, a teoria dos miasmas, segundo a qual a transmissão das doenças estava relacionada com materiais orgânicos em decomposição, presente nas condições precárias das instalações cujo ar não se renovava, havendo ainda a presença de umidade, suprimento

inadequado de água, ausência de limpeza, de drenagem e de remoção de outros detritos das casas e das ruas. Gradativamente, o saber médico se convenceu desta relação (ROSEN, 1980).

O estudo realizado na época por Snow (1967), antes mesmo das descobertas da microbiologia, sugeriram que a cólera se transmitia de uma pessoa doente para uma saudável tendo inclusive a capacidade de se reproduzir no organismo da pessoa contaminada. Segundo Costa (1987, p.10), Chadwick então propôs estudos “*com objetivo de registrar as causas das doenças, apontar meios de prevenção, determinar o grau de salubridade das diferentes localidades, calcular a taxa de mortalidade, melhorias das condições e crescimento da população em diferentes períodos*”.

A descoberta da microbiologia, resultado do trabalho de muitos pesquisadores com destaque para Pasteur, significou um dos principais avanços da área de saúde, porque finalmente revelou a causa microbiana de muitas doenças estabelecendo também a imunização como mecanismo de prevenção. De tão importante, estas práticas ainda estão entre as principais ações de saúde pública no mundo (COSTA, 1987).

Encontrar o inimigo que até então era invisível, beneficiou a estruturação dos serviços de saúde da época, sobretudo porque os avanços da física, da química e da biologia, proporcionaram meios mais eficazes de combatê-los, como foi o caso dos medicamentos produzidos, da filtragem ou fervura da água e da produção de vacinas (RIGATTO, 2008).

As soluções contemplaram os interesses governamentais e dos segmentos empresariais emergentes, também expostos aos riscos e que colhiam prejuízos decorrentes da dizimação da força de trabalho, peça fundamental para o processo de industrialização. Buscavam-se explicações com certa ansiedade (AQUINO et al, 1993).

Até 1912, haviam se realizado 14 Conferências Sanitárias Internacionais, sendo a primeira em 1851. Nestas, organizavam-se as estatísticas sanitárias, propondo padrões de quarentena e divulgavam formas de transmissão das doenças. Este processo, após as grandes guerras e a criação da ONU, deu origem à Organização Mundial da Saúde – OMS (GIDDENS, 2001 p. 278).

Com a evolução da microbiologia veio a compreensão da história biológica das doenças e a investigação dos vetores intermediários, elucidando o papel do homem e dos animais na transmissão dos microorganismos, originando a parasitologia (COSTA, 1987). Por outro lado,

apesar destes importantes avanços, ocorreu um esvaziamento das produções científicas que relacionavam as condições ambientais com a ocorrência das doenças priorizando nos estudos, a centralidade da causa microbiana (CZERESNIA; RIBEIRO, 2000).

Contudo, as pesquisas de cunho ecológico continuaram pela persistência de alguns estudiosos, cujos estudos, atualmente são reconhecidos clássicos da geografia da saúde e compõem as bases teóricas dos trabalhos contemporâneos. Assim, já no início do século XX, Pavlovsky, valendo-se do raciocínio microbiológico, formulou a “teoria dos focos naturais”, reintroduzindo o conceito de espaço geográfico às doenças transmissíveis. Para ele, o foco natural existe quando há um clima, uma vegetação, solo específico e micro-climas favoráveis nos lugares onde vivem vetores e fontes de infecção (CZERESNIA; RIBEIRO, 2000).

Na mesma linha estão as conclusões de Maximilian Sorre sobre “os complexos patogênicos”, no qual agrega às proposições de Pavlovsky, a análise do resultado das ações humanas sobre o meio, decorrentes de sua busca para assegurar a sobrevivência. Cronologicamente, vieram a seguir as grandes guerras mundiais, sobretudo a segunda, na qual, a Geografia voltou a ser intensamente utilizada para subsidiar os comandos militares com informações sobre doenças presentes no cenário de batalha (PEITER, 2005).

Na década 1960, Leavell e Clark propuseram à área de saúde a teoria da história natural da doença. Por esta teoria, intensamente utilizada ainda na atualidade, parte-se da definição de que toda doença tem uma história natural, ou seja, caso nenhuma intervenção humana seja feita no sentido de mudar seu curso, sob condições naturais, ela surge, desenvolve-se e evolui para um desfecho final que pode ser a cura completa, deixando sequelas ou provocando o óbito humano (SMELTZER; BARE, 1998).

Porém no século XX, devido à hegemonia da área médica sobre as demais categorias da área de saúde e sua pretensa independência em relação às outras áreas do conhecimento, optou-se por adotar uma prática centrada no indivíduo, na doença, altamente dependente de tecnologia de equipamentos e da indústria farmacêutica; fazendo com que o espectro de eficácia das práticas de saúde se tornasse reduzida e insuficiente mediante as intensas e complexas demandas ambientais de um mundo em franca transformação (MENDES, 2006).

3.4. - O Território: tão importante quanto complexo

O Território, clássica categoria de análise da Geografia, é fundamental neste estudo posto que as diversas iniciativas de estruturação do SUS no Brasil, por sua perspectiva universal, partiu e depende enormemente, de sua efetivação sobre todo o território nacional. Em algumas ações, por questões epidemiológicas, transcende inclusive a fronteira continental do País (PEITER, 2005).

Noutra perspectiva, há o território do cuidado, que pode ser a unidade de saúde, os locais de trabalho ou o domicílio. Neles também há relações em ebulição que precisam de atenção. Justamente por isso, é possível antecipar que o Território para a saúde é multidimensional: física, política, econômica, simbólica, administrativa, etc. (PAIM, 1993).

Haesbart (2004) em seus estudos para entender a desterritorialização, procurou dissecar os conceitos de território concluindo que há muitas definições para o mesmo, a depender do período abordado, do grupo ou da proposta conforme quadro 2. A seguir, serão apresentados de forma breve, algumas destas definições de território e seus diferentes campos de abordagem sistematizados pelo autor:

QUADRO 2 - Definições de Território segundo Haesbart (2004).

01	Geografia	Diz respeito à espacialidade humana. É multidimensional.
02	Ciência Política	Ligada a concepção de Estado
03	Economia	Fator locacional ou base produção
04	Antropologia	Dimensão simbólica de comunidades tradicionais
05	Sociologia	Parte da intervenção nas relações sociais
06	Política	Ligado a fronteiras estatais
07	Psicologia	Construção da subjetividade ou identidade pessoal
08	Biologia	Territorialidade humana e animal
09	Simbólico	Espaço de referencia para a construção de identidades
10	Etológico	Ambiente de um grupo, onde o parceiro equivale a um território
11	Naturalista	Referente ao comportamento natural do homem em relação ao meio físico
12	Materialismo	Dimensão material e econômica, contextualizada historicamente a partir das relações sociais

Fonte: HAESBART, 2004.

Org.: SILVEIRA, S. E. 2011.

Tanto Haesbart (2004, p.43) como Ferreira (2001) afirmam que o termo, por definição, provém do latim, onde se lê *territorium*, derivado de terra, com sentido ampliado pelo sistema jurídico romano para *jus terrendi*, significando “um pedaço de terra dentro de uma jurisdição político-administrativa”. Este quadro demonstrando de forma sucinta o estudo realizado pelo

autor é suficiente para se visualizar a complexidade do tema. Certamente isto ocorre, por se referir a dinâmica de descrição do espaço e de todos os processos nele contidos, seja humano ou não e ampliado por possibilidades subjetivas como foi apontado.

No Quadro 3, Haesbart (2004), apresenta uma proposta de síntese conceitual do Território em três vertentes.

QUADRO 3 - Vertentes propostas por Haesbart e Limonard para as definições de Território

01	Política	Referente às relações de espaço-poder em geral ; ou jurídico-política. O território é visto como um espaço delimitado e controlado.
02	Cultural	Dimensão simbólica e subjetiva relativa a apropriação/valorização de um grupo em relação ao seu espaço vivido.
03	Econômica	Dimensão espacial das relações econômicas. O território como fonte de recursos, embate de classes sociais e divisão territorial d trabalho.

Fonte: HAESBART (2004).

Org.: SILVEIRA, S. E. 2011.

Sabe-se, porém, que apesar dos muitos conceitos ou representações existentes, o território sempre é relacionado a uma área delimitada onde a vida acontece (FONSECA; CORBO, 2007). É, portanto, espaço, construído socialmente, muito variado e dinâmico e “sua particularidade mais importante é ser uma área de atuação, de fazer, de responsabilidade. O território é sempre um campo de atuação de expressão do poder público, privado, governamental e não governamental e, sobretudo populacional (FONSECA; CORBO, 2007, p.188).

No Brasil a estrutura do território ainda continua sendo formada pelas redes antigas, basicamente de transporte. Mas as redes não são só materiais, são também imateriais com fluxos e fixos. Casas servem para morar, igrejas para rezar e áreas de lazer para se divertir. Tente imaginar se essas regras fossem trocadas. Não existem fábricas só com o prédio vazio, sem esses fluxos de materiais e pessoas. Quando identificamos uma fábrica no território, na verdade estamos apontando para um lugar que tem uma localização, uma forma e também uma função. Qualquer objeto geográfico tem fixos e fluxos. Um objeto pode ser ou não perigoso dependendo de onde e como ele está. Isto é, do seu contexto. O contexto são as condições objetivas e subjetivas da vida de um lugar, que podem influenciar ou condicionar de forma direta ou indireta as pessoas e objetos (MOKEN; BARCELLOS, 2007, p. 180).

Por sua vez, Haesbart (2004) adverte que não se deve adotar uma leitura puramente pragmática das relações sobre o território. Também a subjetividade conforme apontado adquire importância para a compreensão dos conflitos do mundo contemporâneo que acometem as comunidades.

O poder do laço territorial revela que o espaço está investido de valores não apenas materiais, mas também éticos, espirituais, simbólicos e afetivos. É assim que o território cultural precede o território político e com ainda mais razão precede o espaço

econômico. Pertencemos a um território, não o possuímos, guardamo-lo, habitamo-lo, impregnamo-lo dele. Além disso, os viventes não são os únicos a ocupar o território, a presença dos mortos marca-o mais do que nunca com o signo do sagrado. Enfim, o território não diz respeito apenas à função ou ao ter, mas ao ser. Esquecer este princípio espiritual não material é se sujeitar a não compreender a violência trágica de muitas lutas e conflitos que afetam o mundo de hoje: perder seu território é desaparecer. (BONNEMADISON; CAMBRÈZY, 1996 p. 13-14, Apud HAESBART, 2004 p. 73).

Há, portanto um volume de fixos e fluxos estabelecidos nos territórios. Eles tanto determinam a condição da existência humana como são delimitados por sua ação e, atualmente, como se verá seguir, há uma segregação espacial que define onde determinadas parcelas da população vai habitar. Mas também é fato, que após esta destinação, outros laços são constituídos com o território a partir da interação com o meio, levando a sentimentos de pertencimento.

Esta discussão proposta por Bonnemadison e Cambrèzy (1996) e apresentada por Haesbart (2004), realmente possibilita, em princípio, a compreensão de muitos conflitos estabelecidos nas relações com o território. A seguir alguns exemplos:

1. A resignação das comunidades da região árabe, presente sobretudo na disputa entre a Palestina e Israel;
2. Resistência de algumas comunidades em deixar seus domicílios em áreas de ocupação de morros, margem de rios, regiões serranas e determinados bairros das grandes cidades, vulneráveis a intempéries;
3. O apego verificado por alguns latifundiários e a negativa em destinar estas áreas improdutivas para assentamentos humanos, a fim de cumprir a função social da terra.

O que se deve observar segundo “o território socialmente usado adquire características locais próprias, em que a posse de determinados recursos expressa a diferenciação de acesso aos resultados da produção coletiva, isto é, da sociedade”. Ou seja, o território reflete as posições ocupadas pelas pessoas na sociedade (FONSECA; CORBO, 2007, p.184).

Isto acontece mesmo para aqueles que nada têm. Expressões do vocabulário popular referem aos pobres como pessoas que “têm terra apenas em baixo das unhas”; ou que “a trazem na poeira do alforje”; também outras que “terão terra apenas quando morrer e estiver 7 palmos sob o chão” (QUEIROZ, 1977, p.61).

São formas cômicas, populares e até contraditórias, para descrever a condição social dos desprovidos de posses materiais (fixos). Por outro lado, se indagado a essas pessoas sobre qual seria sua cidade ou de onde ela é, mesmo o mais simples dos indivíduos, é capaz de dizê-lo. Isto ocorre, porque com o território se estabelece uma relação inversa, a de pertencimento e de convivência (fluxos). Assim, o domínio do território não está contido apenas no “ter”, mas também no “estar” e principalmente no “ser”.

3.5 - Globalismo e demografia urbana

O desenvolvimento das cidades, geralmente é avaliado pelo viés econômico ignorando as iniquidades sociais. Baseado numa realidade de superabundância de recursos, o crescimento demográfico não raro é tido como progresso. Diferentes ciências estudam esta realidade e alguns dos conceitos são aqui comentados brevemente para sedimentar o caminho de discussão dos territórios saudáveis.

Uma das manifestações deste mundo em franca transformação é resultado do processo de organização do espaço que não priorizou sua adequação ao bem estar humano. Por conseguinte, a ausência de projetos estruturantes deu lugar ao crescimento de aglomerações humanas desordenadas, marcadas pela desigualdade, em que há carência de infra-estrutura básica como habitação, transporte, segurança, abastecimento e saneamento, deficiências que atingem, sobretudo às camadas mais pobres (LOPES, 2006).

A Geografia também viu surgir e se estruturar as cidades, caracterizadas pela modificação do espaço, aglomeração humana, fixação de grupos populacionais e instituição de processos, como a produção de excedentes para consumo (CARLOS, 1994). Com muitas definições, a cidade alterou a condição humana até então nômade (PEITER, 2005).

Sobre montanhas, rios e pedras da natureza primeira se implanta uma segunda natureza, manufaturada, feita de milhares de pelas geométricas. Fruto da imaginação e trabalho articulado de muitos homens, a cidade é uma obra coletiva que desafia a natureza. Ela nasce com o processo de sedentarização e seu aparecimento delimita uma nova relação homem/natureza: para fixar-se em um ponto ou para plantar é preciso garantir um domínio permanente de um território. Imbricada, portanto com a natureza mesma da cidade está a organização da vida social e conseqüentemente a necessidade de gestão da produção coletiva. Indissociável à existência material da cidade está a sua existência política (ROLNIK, 1988, p.08).

Junto a outras ciências, a Geografia empenha-se na discussão de métodos de planejamento urbano que possam favorecer a adequada estruturação das cidades. O surgimento e as características de como se desenvolvem, bem como os problemas decorrentes de sua execução, tornaram-se temas de análise dos geógrafos

O mundo contemporâneo tornou-se muito complexo. O capitalismo expandiu-se e tornou-se hegemônico. Não mais existem, na intensidade de antes, os conflitos com as estruturas de estado, sobre concepções e regimes de governo e mesmo a conflituosa relação capital trabalho, apresentada por Marx e Engels, perdeu vitalidade (GIDDENS, 2001).

Assim, também a ordem política tradicional não consegue mais conter os movimentos de interação nem no nível micro nem no macro. O mundo escolheu os processos em rede e os movimentos de expansão e dominação antes chamados de imperialismo, mais recentemente denominaram-se de Globalismo.

O Planeta terra está tecido por muitas malhas, visíveis e invisíveis; consistentes e esgarçadas, regionais e universais. São principalmente sociais, econômicas, políticas e culturais, tornando se às vezes, ecológicas, demográficas, étnicas, religiosas e lingüísticas (IANNI, 1996, p.29).

Cada vez mais os setores empresariais de todas as áreas, mas principalmente do financeiro, de produtos industrializados e serviços, estenderam seus negócios para diferentes pontos do globo terrestre (IPEA, 2011). Superando a perspectiva de limites políticos, os governos nacionais tornaram-se reféns deste dinâmico e poderoso processo global. As transações são realizadas em sintonia e incentivadas pelos mesmos, ou até a despeito destes (THIRLWALL, 2005).

Essa globalização proposta não é uma universalização. As palavras para os colonialistas são uma coisa e para os latino-americanos, por exemplo, é outra. Como o colonialismo acabou ele está sendo substituído pela mundialização. Por isso, não é o presidente da Argélia ou do Brasil que controlam seus países (BELLA, 2001, p. 33).

Os estados nacionais, para sobreviver, estão tendo que se adaptar. Conceberam a formação de blocos econômicos entre países vizinhos flexibilizando as relações comerciais, minimizando a importância das fronteiras e alfândegas. Com a finalidade de fortalecer suas economias nacionais, na realidade legitimam parte dos processos que já viam escapar a seu controle (MARTINS, 1993).

O funcionamento generalizado do poder no "capitalismo mundial integrado"... uma nova forma de soberania chamada Império. O império é sem limites e sem fronteiras em vários sentidos, desde englobar a totalidade do espaço-mundo, apresentando-se como ordem a-histórica, eterna, definitiva, até a penetração na vida das populações, nos seus corpos, mentes, inteligência, desejo e afetividade. Ele se encarrega positivamente da produção e da reprodução da própria vida organizando a totalidade das atividades da população (MERHY, 2002, p.38).

Estas mudanças nos movimentos políticos e econômicos do mundo, conforme já explicado, seguem a rota do interesse do capital internacional sob a qual algumas nações são abandonadas à miséria.

No chamado mercado global, os investimentos em infra-estrutura, abastecimento e serviços ocorrem apenas onde há poder aquisitivo para o consumo ou no mínimo, fontes de matéria prima ou produtos primários em torno dos quais, um círculo econômico se viabilize. Do contrário, países inteiros ou grandes segmentos populacionais dentro deles, são relegados à carência e exclusão (SADER, 2001).

Fonseca e Corbo (2007, p.184) certificam que “a ação global por firmas globais escolhe frações do mundo sobre as quais se deseja atuar interferindo decisivamente na vida social local.” Logo, a mera adaptação ou o fato de um país estar inserido neste desigual processo global não evita outras dificuldades e desequilíbrios. É o que ocorre com a hipertrofia das cidades, sendo este crescimento, também um fenômeno global que castiga em desigualdade especialmente as populações de países que sempre sofreram com a pobreza.

As últimas décadas têm se caracterizado pelo crescimento demográfico da população mundial. Embora este dado não seja uniforme e regiões como a Europa tenha relativa estabilidade entre natalidade e mortalidade, nos países considerados periféricos ou em desenvolvimento, o aumento da população é um fato. No quadro a seguir, mostra-se o caso do Brasil, que em pouco mais de cem anos, multiplicou sua população aproximadamente em quinze vezes.

QUADRO 4 - População do Brasil de 1872 a 1991

ANO	POPULAÇÃO
1872	9.930.478
1900	17.438.434
1950	51.944.397
1991	146.917.459

Fonte: Adaptado de RIBEIRO (1995, p.203). Org.: SILVEIRA, S. E. 2011

Mas a população não apenas cresce como se movimenta. Internamente aos países, observa-se uma vertiginosa confluência da população para os grandes centros, gerada por múltiplos fatores com destaque para o crescimento demográfico, evasão do campo e convergência tecnológica. Diversas cidades do mundo recebem grandes aglomerações humanas e se expandem, ocorrendo diferentes relações de violência e desigualdade.

A seguir, observa-se no Quadro 5 dados do crescimento numérico de algumas cidades do mundo, e o Quadro 6 apresenta dados do crescimento numérico de algumas cidades brasileiras com objetivo de chamar atenção para a aceleração deste crescimento e suas possíveis conseqüências.

QUADRO 5 - Grandes Cidades do Mundo: Comparativo do Crescimento entre 1990 e 2010

CIDADE	PAÍS	POPULAÇÃO 1990	POPULAÇÃO 2010	CRESCIMENTO
Pequim	China	5.641.634	9.500.000	41%
Délhi	Índia	7206.704	11.320.000	36%
Nova Iorque	EUA	7.322.564	8.300.000	12%
Londres	Inglaterra	7.556.900	8.278.251	09%
Cidade do México	México	8.235.744	8.800.000	06%

Fonte: Observatório da cidadania - Câmara de Livre Comércio das Américas, 2011.
Org.: SILVEIRA, S. E. 2011.

O quadro anterior com dados de algumas cidades do mundo estabelece um comparativo da população na década de 1990 e 2010. Independentemente de quais variáveis estejam envolvidas com este crescimento, o objetivo aqui é meramente demonstrativo. Por ele, percebe-se que se trata de fato, de um fenômeno presente em diversos continentes, portanto mundial. Se tomadas, uma pela outra, os exemplos apresentados tiveram crescimento médio de 20%, embora Pequim e Délhi, tenham se destacado.

Semelhante situação é observada no próximo quadro, ao analisarmos a situação de algumas cidades brasileiras observadas no mesmo período. Trata-se de capitais em diferentes regiões do País, com importância senão nacional, pelo menos regional escolhidas aleatoriamente,

nas quais também se verifica a confluência da população. Em média, o crescimento demográfico tomando apenas o exemplo das cidades citadas atingiu 17,8%, com destaque para Fortaleza e Manaus, representando as regiões Norte e Nordeste que tiveram os maiores percentuais.

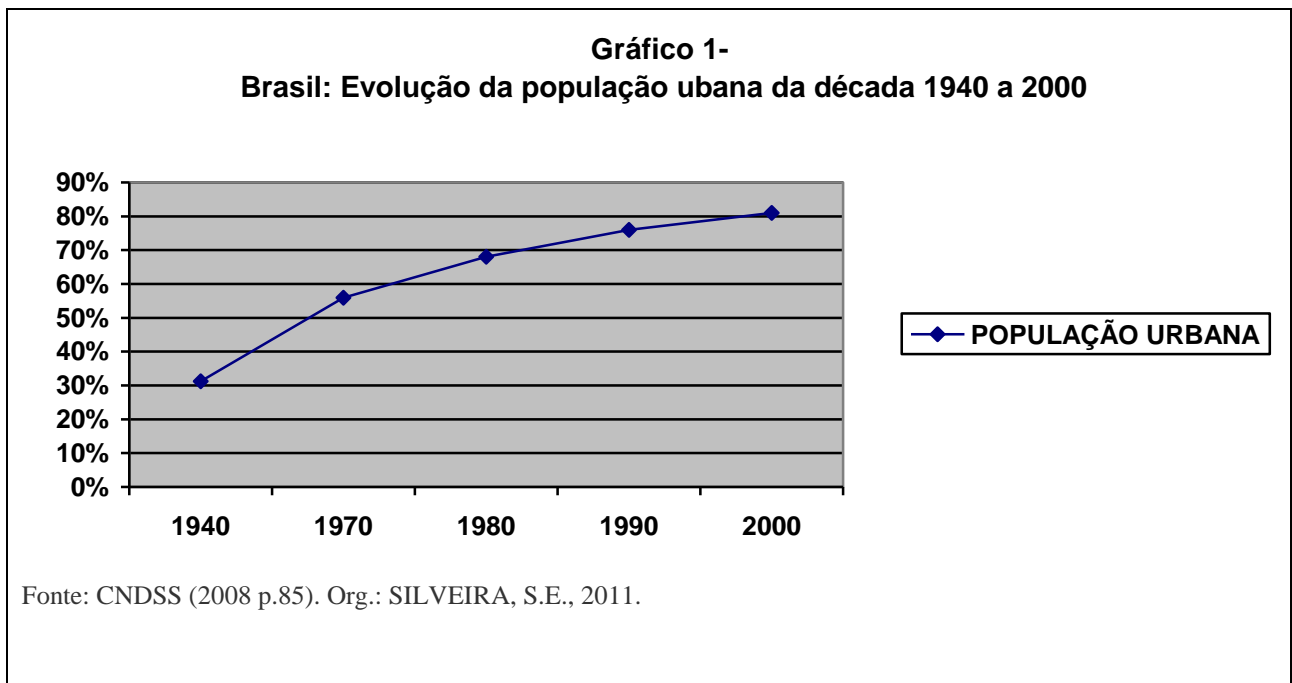
QUADRO 6 - Grandes Cidades Brasileiras: Comparativo do Crescimento entre 1990 e 2010

CIDADE	ESTADO	POPULAÇÃO 1990	POPULAÇÃO 2010	CRESCIMENTO
São Paulo	SP	10.612.577	11.244.369	06 %
Porto Alegre	RS	1.263.403	1.409.939	11%
Rio de Janeiro	RJ	5.480.768	6.323.037	13%
Belo Horizonte	MG	2.020.526	2.375.444	15%
Fortaleza	CE	1.766.794	2.447.409	18%
Manaus	AM	1.011.403	1.802.525	44%

Fonte: Fonte: IBGE – Cidades, 2008; IPEA, 2011
Org.: SILVEIRA, S. E. 2011.

Dados do ano 2000 mostram que no Brasil, país com cerca de 170 milhões de habitantes, 81% da população vivem nas cidades. Mas não foi sempre assim; na década de 1940 este índice era de apenas 31,2% e em 1970 chegou a 55,9%. Verifica-se que o processo de urbanização intensificou-se nas últimas cinco décadas, decorrente de transformações sociais que mobilizaram as populações rurais, com destaque para o processo de industrialização do país (IANNI, 1996).

Esta é razão das disparidades pessoais e regionais relacionadas à comunicação, renda e transporte. Para ilustrar, conforme dados do IBGE (2000), a região sudeste que corresponde a 10% do território nacional, tem 72 milhões de habitantes, cerca de 40% do total nacional e dos quais 90% estão nas cidades, conforme mostra o Gráfico 1.



No Brasil, se mantido este movimento de concentração urbana, o campo tornar-se-á praticamente desabitado. Não trataremos aqui das questões agrária, dos modelos agrícolas, ou das consequências econômicas e ambientais desta tendência. Mas constata-se um estranho paradoxo para um país que tem um grande território, uma exorbitante produção agrícola e o discurso da força do campo.

3.6 - Uma convergência desordenada

Quanto às cidades, os problemas são diversos. O crescimento verificado foi desordenado e os municípios não se prepararam para prover os investimentos em infra-estrutura urbana relacionada a necessidades como saneamento, transporte e energia.

A Organização Pan-americana de Saúde - OPAS e órgãos do Governo Federal reconhecem que as cidades transformam-se rapidamente e com elas a vida e o costume de indivíduos e comunidades, ocorrendo em várias cidades brasileiras a presença de favelizações, conjuntos urbanos irregulares, alagados, condomínios fechados, verticalização; espaços públicos abandonados ou privatizados; populações morando nas ruas; poluição do ar, da água e dos solos; periferias longínquas e desprovidas de equipamentos sociais, como o transporte público (BRASIL, 2006).

Tomando este exemplo do transporte, Caiafa (2007) refere-se ao “nomadismo urbano” para tratar da movimentação que ocorre no espaço urbano. Segundo ela, a marca das cidades é a circulação e a dispersão. O transporte coletivo público seria o mais recomendado para otimizar o espaço e correspondendo à “respiração da cidade”, porque possibilita conduzir mais gente usando menos solo.

Mas, o transporte coletivo não funciona a contento sob a forma de negócio privado. Mas, “no Brasil, há uma contradição que é a privatização do espaço público e o estímulo ao transporte particular e individualista que prospera pela falta de planejamento monitorização e administrações públicas” (CAIAFA, 2007, p.42).

A esse respeito, Vasconcellos (2007, p.11) afirma que o transporte é uma atividade necessária à sociedade, porque “possibilita a circulação de pessoas e das mercadorias viabilizando atividades econômicas e sociais, mas também promovendo impactos como a poluição, acidentes, rupturas sociais, e o consumo de recursos naturais como o espaço e o petróleo”. Segundo o autor, esses impactos podem atingir o indivíduo ou o planeta todo.

Relatórios do Instituto de Pesquisa e Estatísticas Aplicada – IPEA (1998) e da Associação Nacional de Transporte Público - ANTP de 1998, demonstraram que, à época, os veículos particulares ocupavam 70 a 80% do espaço viário, nove vezes mais espaços de estacionamentos em relação ao transporte coletivo, mesma proporção de circulação das famílias de renda mais alta em relação às de renda mais baixa. Ou seja, quanto maior a renda, maior a mobilidade, havendo redução na interação social, com parte das pessoas não usufruindo dos recursos da cidade como a cultura, o esporte e o lazer, agravando o quadro de desigualdade nas cidades. Apesar disso, na última década o incentivo ao automóvel particular intensificou-se. (VASCONCELOS, 2007).

A vida das pessoas se modifica com a mesma rapidez com que se reproduz a cidade[...] e o mesmo modo de vida urbano que expulsa das ruas as brincadeiras infantis, aprisionando crianças e adolescentes, produz o seu inverso, e joga nas ruas centrais da cidade ou nos cruzamentos de alta densidade crianças vendendo coisas ou roubando... Os habitantes parecem perder na cidade suas próprias referencias (CARLOS, 1994, p.19).

Esta realidade que se manifesta, torna a vida humana cada vez mais artificializada, cara e dependente de tecnologias. “Suprir as necessidades mais elementares como habitação,

alimentação, transporte, segurança, saúde, educação, cultura e conforto ambiental tem se constituído num imenso desafio para indivíduos e suas famílias” (MANFREDI, 1984).

A própria população urbana, largada a seu destino, encontra soluções para seus maiores problemas. Soluções esdrúxulas é verdade, mas são as únicas que estão a seu alcance. Aprende a edificar favelas nas morrarias mais íngremes fora de todos os regulamentos urbanísticos, mas que lhe permitem viver junto aos seus locais de trabalho e conviver como comunidades humanas regulares, estruturando uma vida social intensa e orgulhosa de si. Em São Paulo, onde faltam morrarias, as favelas se assentam no chão liso de áreas de propriedade contestada e organizam-se socialmente como favelas. Resistem quanto podem a tentativas governamentais de desalojá-las e exterminá-las. Outra expressão da criatividade dos favelados é aproveitar a crise das drogas como fontes locais de emprego. Essa "solução", ainda que tão extravagante e ilegal, reflete a crise da sociedade norte-americana que com seus milhões de drogados produz bilhões de dólares de drogas, cujo excesso derrama aqui (RIBEIRO, 1995, p.204).

A população se lança na luta pela sobrevivência e muitos padecem de sofrimentos gerados por condições ambientais inadequadas em casa, nas ruas ou no trabalho. Como consequência, ocorre dupla ou tripla carga de agravos⁷. (MENDES, 2006). Eduardo Galeano descreve parte do drama humano contemporâneo:

Vivemos um tempo de medo: os que trabalham têm medo de perder o trabalho. Os que não trabalham, têm medo de nunca trabalhar. Quem não tem medo da fome, tem medo da comida. Os motoristas têm medo de caminhar e os pedestres têm medo de ser atropelados. A mulher tem medo da violência do homem e o homem tem medo da mulher sem medo. As pessoas têm medo da polícia e medo do ladrão. Medo da noite sem comprimido para dormir e medo do dia sem comprimido para acordar. É o tempo do medo. E pobres, verdadeiramente pobres, são os que não têm tempo para perder tempo. São os que não têm silêncio e nem podem comprá-lo. São os que têm pernas que se esqueceram de andar, como se as asas das aves se esquecessem de voar. São os que comem lixo e pagam por ele como se fosse comida. São os que sempre são muitos e sempre estão sós. Pobres, verdadeiramente pobres, são os que sequer sabem que são pobres [...] (GALEANO, 2001, p.7).

Ao mesmo tempo em que nem todos conseguem o mínimo para sua sobrevivência, a busca não é apenas para o necessário. Potencializadas por pressões de consumo, também se deseja os supérfluos. Logo, a qualidade de vida na grande cidade não é boa. São conflitos gerados pela necessidade de adaptação a um meio hostil que conduzem a população ao paradoxo de lutar

⁷ Esta é uma terminologia construída pelos teóricos sanitários e epidemiologistas para retratar a diversidade dos infortúnios contemporâneos, como a coexistência de doenças infecciosas, crônicas, violências e outras (MENDES, 2006).

pela sobrevivência e ao mesmo tempo, desenvolver estilos de vida incompatíveis com a saúde ambiental e humana (BARATA, 1997).

Logo, apesar de nas cidades conviverem diferentes estilos de vida, em nenhuma delas ocorre o pleno conforto a todos. O cenário é de desigualdades, sobretudo sociais (COSTA, 1987).

3.7 - Desigualdade e Iniquidades

A cidade é o cenário para todo tipo de desigualdades como as de raça, sexo e renda. Logo, o que a temática do território propõe, é que não há um, mas vários territórios em sobreposição. Mas a desigualdade acontece também, em escalas nacional havendo diferentes realidades.

Ao examinar a situação de saúde no Brasil, depara-se com um conjunto de problemas intimamente ligados às condições de vida dos diferentes grupos sociais e que refletem, em última análise, as desigualdades regionais, espaciais e sociais da distribuição da renda e dos recursos públicos (PAIM, 1986, p. 46).

No Brasil, até 2004, entre os 20% de brasileiros mais ricos aconteciam 20 mortes anuais a cada 1000 crianças menores de cinco anos. Mas, quando o dado refere-se à população dos 20% de brasileiros mais pobres, aí o número sobe para 110 mortes para cada mil crianças. *“Se a desigualdade é grande é porque novas intervenções tendem a atingir inicialmente os mais ricos e, portanto, contribuindo em curto prazo para aumentar a desigualdade”* (VICTORA, 2004, p. 15).

Esse dado confirma que o mero desenvolvimento econômico como vem sendo apontado pelas instâncias de governo, não é suficiente para superar as iniquidades regionais, uma vez que, *“no ano 2000, o índice de mortalidade infantil já era cinco vezes maior em parte da região Norte e Nordeste do que nas áreas ricas do Sudeste”* (LOPES, 2006, p.11).

O Quadro 7 apresenta uma série de exemplos, utilizando apenas indicadores da área de saúde, mas que são suficientes para demonstrar as desigualdades regionais refletindo seu efeito direto sobre a vida das pessoas. Nota-se que nos índices relacionados à oferta de serviços de saúde como o cadastro nacional de estabelecimentos de saúde - CNES, as regiões mais ricas do sul e sudeste detêm a maior concentração de unidades. Porém, quando a observação parte para os agravos a saúde como taxas de internação e taxa de mortalidade, então, as regiões mais pobres

ganham evidência. Em todos os casos, porém, é necessário atentar para maior densidade populacional, sobretudo no sudeste.

QUADRO 7 – BRASIL: Alguns Indicadores das Desigualdades Regionais

DADO	N	NE	CO	SD	S	BRASIL
Registro Nacional de Estabelecimentos de Saúde CNAE/ 2007	25,9	28,1	37,2	59,2	44,5	100%
Taxa de Mortalidade Geral 2005/SIM	5,4	25,3	6,1	47,3	15,9	100%
Taxa de Mortalidade Infantil 2005/ SINASC	23,4	31,6	17,8	14,2	13,8	21,2
Taxa de Mortalidade por causas Relacionadas ao álcool 2006/BRASIL	5,28	12,88	13,41	13,06	13,51	12,64
Taxa de Internação por Doenças Diarréicas Agudas SVS/MS	22	27	24	12	16	22
Percentual de gestantes que não tiveram acesso a nenhuma consulta de pré-natal	6,1	3,6	1,7	1,2	1,2	2,5

Fontes: LOPES 2004; IBGE, 2008

Org.: SILVEIRA, S. E., 2011.

Estas desigualdades regionais são apenas parte do problema. Dentro das regiões, elas são agravadas por segmento: cidades, classes, raças e gênero. O quadro 08 foi preparado para demonstrar como a desigualdade é severa nas relações raciais, embora estas diferenças sejam muitas vezes negligenciadas sob alegação de já estarem contidas nas avaliações de renda e classe social.

QUADRO 8 – BRASIL: Demonstrativo de desigualdades entre brancos e negros

DADOS	BRANCOS	NEGROS
Municípios brasileiros sem esgoto em 1992	21,9%	56,6%,
Municípios brasileiros sem esgoto em 2001	16,5 %	35%
Mortalidade Infantil por 1000 Nascidos Vivos em 1977	76	96
Mortalidade Infantil por 1000 Nascidos Vivos em 1993	37	62
Expectativa de Vida Masculina em anos	70,31	63,79
Expectativa de Vida feminina em anos	77,71	71,57
Taxa de Óbito por doenças infecciosas	17,14	30,58
Proporção de brasileiros pertencentes à elite	06	01
Proporção de brasileiros entre os 10% mais pobres	33,4%	66,6%
Proporção de brasileiros entre os 01% mais ricos	84,2%	15,8%
Proporção de Salários Mínimos por mês	3,8	2,0

Fontes: LOPES, 2004; IBGE, 2008

Org.: SILVEIRA, S. E., 2011

Nota-se que os negros estão praticamente fora da elite brasileira na proporção de um para seis. Dentre os pobres, percebem os piores salários médios, moram em habitações inferiores, carentes de abastecimento de água e saneamento.

Por conseguinte, como não poderia ser diferente, têm os mais altos índices de indicadores negativos como é o caso da taxa de mortalidade infantil e ao mesmo tempo, a menor expectativa de vida. Mesmo quando esses percentuais gerais melhoram no decorrer das décadas, as diferenças entre as raças se mantêm, confirmando que os negros são os mais vulneráveis multiplamente atingidos pela desigualdade social.

A desigualdade, traço histórico e estruturante da sociedade brasileira, se amplia nas cidades, por efeito de processos da segregação das populações pobres aos espaços para os quais o Estado e a sociedade reservam os piores serviços públicos. Na auto-segregação dos ricos reside a perpetuação deliberada das barreiras sociais. Paradoxalmente, é nas cidades que as diferenças sócioespaciais são frequentemente colocadas em cheque, ora pela emergência da violência, ora pela solidariedade que pulsa em todas as classes (ROCHA, 2004, p.2).

Para *“aquele mais pobre, restam os lugares de piores condições para a urbanização, em geral distantes ou mal servidos. Este processo é denominado segregação espacial. Segregar quer dizer separar ou isolar, portanto a segregação espacial é uma separação que se realiza no espaço geográfico”* (MONKEN, 2007, p.180).

3.8 - Cidades Saudáveis e Determinantes Sociais

A construção de relações sociais que possam promover a dignidade humana, superando tantas distorções está em andamento. Fonseca e Corbo (2007, p.191) afirmam que pelo planejamento territorial, pode se converter a cidade em benefício de todos, permitindo ao conjunto dos moradores o acesso às oportunidades, reduzindo as desigualdades ao distribuir os riscos e os benefícios da urbanização.

Apesar de que, embora as condições de vida e de saúde da população sejam de responsabilidade, sobretudo do Estado, não são condicionadas apenas por este. Essas condições dependem muito dos espaços próximos utilizados no dia a dia, isto é, dos lugares onde se desenvolvem as atividades cotidianas (HAESBART, 2004).

A complexidade das cidades e suas iniquidades têm gerado movimentos de segmentos da sociedade que em alguns momentos acabam por ecoar nas estruturas do Estado, originando políticas públicas como as de Planejamento Urbano, anteriormente abordadas.

Foi assim que surgiu o movimento das cidades saudáveis, um conceito do XIX, que foi atualizado com a seguinte perspectiva: “criar ambientes saudáveis; incorporar o conceito de

Promoção da Saúde; promover a intersectorialidade, a participação e o fortalecimento das comunidades” (FONSECA; CORBO, 2007, p.194).

A produção social da saúde deve dar-se em distintos âmbitos, não estando restrita aos limites da cidade. É possível, pois, falar-se de um estado saudável, de um país saudável e, até mesmo, de uma ordem internacional saudável. Contudo, pragmaticamente, a cidade surge como espaço privilegiado da vigilância em saúde. A cidade saudável é aquela em que todos os atores sociais em situação – governo, ONGs, famílias e indivíduos – orientam suas ações para transformar a cidade em um espaço de produção social da saúde, construindo uma rede de solidariedade com o fim de melhorar a qualidade de vida da população. Nesse sentido a cidade saudável será sempre, uma utopia estruturante dos projetos presentes. É um dever constante que articula as ações cotidianas de hoje, um processo em permanente construção que nunca estará acabado (MENDES, 1996, p.259).

Ainda segundo Mendes (1996), as ações para uma cidade saudável devem ser dinâmicas e permanentes, capazes de superar dificuldades já existentes e ao mesmo tempo antecipar dificuldades geradas pelos movimentos de expansão urbana, interferindo na dinâmica de tomada de decisões pelos administradores.

O ponto chave da proposta de cidades saudáveis é, em primeiro lugar, por em evidência as novas implicações da urbanidade e suas determinações quanto aos hábitos de vida e saúde das populações, além da mudança de estratégias no enfoque da saúde, tendendo a reforçar as ações locais e as organizações sociais, implicando fundamentalmente o papel da comunidade e seu fortalecimento nas decisões que dizem respeito a sua qualidade de vida (FONSECA; CORBO, 2007, p.194).

QUADRO 9 – BRASIL: Parâmetros para uma cidade saudável

PARÂMETRO PARA CIDADE SAUDÁVEL
Ambiente físico limpo, seguro e alta qualidade;
Ecossistema estável no presente e sustentável a longo prazo;
Comunidade forte, com laços de suporte mútuo e não exploradora;
Alto grau de participação popular e controle nas e sobre as decisões que afetam a vida de cada qual, a saúde e o bem estar;
Satisfação das necessidades básicas (alimentação, habitação, água, renda, segurança, trabalho) para todas as pessoas da cidade;
Acesso a uma grande variedade de experiências e recursos com a possibilidade de múltiplos contatos, interação e comunicação;
Economia diversificada, viva e inovativa;
Alento à vinculação com o passado, com a herança biológica e cultural da cidade e com outros grupos e indivíduos;
Nível ótimo de saúde pública e acesso universal a serviços de saúde;
Ótimo estado de saúde pública e acesso universal a serviços de saúde;
Ótimo estado de saúde, expresso por altos níveis de saúde positiva e por baixos níveis de doença e morte.

Fonte: MS/SEGEP (2007)

Org.: SILVEIRA, S. E., 2011

Outra iniciativa bastante representativa teve início em 2006, sob orientação da Organização Mundial da Saúde - OMS: a criação da Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde - CNDSS, composta por importantes personalidades de diversos setores relacionados com a geração de condições dignas para a população.

QUADRO 10 – BRSAIL: Primeira Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde

NOME	ATUAÇÃO	INSTITUIÇÃO
Adib Jatene	Cardiologista	Pesquisador INCOR/USP
Aloísio Teixeira	Economista	Reitor UFRJ
Ana Maria Gazzola	Professora	UFMG
Cesar Victora	Epidemiologista	Professor e Consultor OMS
Dalmo Dallari	Jurista	Professor USP
Eduardo Eugênio Gouvêa Vieira	Engenheiro e Empresário	Presidente da FIRJAN
Elza Berquó	Demógrafa	USP, CEBRAP e OMS
Jaguar	Cartunista	Fundador do PASQUIM
Jairnilson Paim	Médico	UFBA, CEBES e ABRASCO
Lucélia Santos	Atriz	Projetos de Cidadania
Moacyr Scliar	Médico e Escritor	Academia Brasileira Letras
Roberto Smeraldi	Ambientalista	ONG Amigos da Terra
Ruben Cesar Fernandes	Antropólogo	ONG Viva Rio
Sandra de Sá	Cantora	Projetos de Cidadania
Sonia Maria Fleury	Cientista Política	FGV, ENSP FIOCRUZ
Zilda Arns Newman	Sanitarista	Pastoral da Criança
Paulo Buss	Presidente FIOCRUZ	Pesquisador FIOCRUZ

Fonte: FIOCRUZ/RADIS 2006

Org.: SILVEIRA, S. E., 2011

QUADRO 11 – Linhas de Ação da Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde

LINHA DE AÇÃO
Estimular a melhoria da qualidade das informações sócio-demográficas para monitoramentos das desigualdades;
Introduzir a temática dos determinantes sociais e das conseqüências das desigualdades na formação dos profissionais de saúde
Fomentar e mobilizar profissionais e gestores em busca de políticas públicas na busca de equidade
Mobilizar a sociedade civil para a defesa do princípio da equidade
Criar instrumentos que possibilitem a circulação na sociedade das informações sobre os determinantes sociais da saúde
Criar fóruns intersetoriais para debater o tema
Estimular a produção do conhecimento sobre o tema e através de financiamento de pesquisas e formação de investigadores
Incluir metas para a redução das desigualdades sociais
Articular-se com outras iniciativas de políticas públicas de redução da pobreza e de riscos à saúde (CNDE, CONSEA, FOME ZERO)
Garantir a inclusão e a execução, refletidas nos orçamentos das três esferas de governo, de ações dirigidas a redução das iniquidades em saúde

Fonte: FIOCRUZ/RADIS, 2006

Org.: SILVEIRA, S. E., 2011

O objetivo é monitorar e propor soluções para superação das iniquidades sociais que condicionam e determinam qualidade de vida das pessoas. Se para promover a saúde da população não bastam boas idéias e nem tampouco apenas as estruturas da área de saúde, esta Comissão tem como trunfo a diversidade e a reconhecida experiência de seus representantes.

Esta iniciativa, embora tenha sido apresentada pela OMS a todos os países, foi o Brasil o primeiro a constituir sua comissão. No lançamento da CNDSS publicou-se um documento indicando as linhas de atuação definidas por ela.

3.9 - É preciso Planejar a Cidade

Dentre as expectativas de sucesso do Movimento Cidades Saudáveis e da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde, espera-se que eles consigam induzir a sociedade e o poder público à realização de ações promotoras de qualidade de vida. Uma destas ações é a qualificação do planejamento urbano nas cidades brasileiras. Este processo já é regulamentado por força de lei, mas ainda não acontece de modo a superar as dificuldades históricas e antecipar as novas.

Apesar do acelerado e desordenado processo de urbanização, a falta de planejamento urbano já era preocupação para alguns segmentos no início do século XX. No período chamado de pré-urbanismo, por volta de 1910, “o homem se considerava em pleno direito de modificar os recursos naturais e deles usufruir para viabilizar o desenvolvimento da sociedade humana”. Então, foi criado o termo urbanismo, representando a disposição a uma reflexão crítica, ancorada em pensamentos científicos e voltada para a organização dos elementos urbanos por meio da estruturação administrativa e técnica dos espaços (LIMA; MENDONÇA, 2009, p.135).

A Constituição de 1988, no Art.182, tentando superar as contradições existentes e estabelecer um marco legal, tratou da importância da política de planejamento urbano determinando que os municípios tenham seu Plano Diretor, atribuindo funções sociais para a propriedade urbana. (BRASIL, 2000). Em 2001 foi aprovada a Lei 10.257/2001 que regulamenta o Estatuto da Cidade estabelecendo que o interesse coletivo deve preceder ao interesse individual e que nas relações de vizinhança, os bônus e ônus sejam justamente distribuídos (BRASIL, 2006).

Fato é que, desde então, dentre as ações do Estado, encontra-se o Planejamento Urbano e Regional com o objetivo de organizar o espaço e as atividades da sociedade no território, recuperando a razão social da cidade. Conforme a legislação supra citada, é de responsabilidade dos executivos municipais proverem a elaboração do Plano Diretor, a ser realizado com a participação da população e de acordo com as características da cidade (BRASIL, 2000). Lima e Mendonça (2009) ponderaram que não é a técnica do planejamento e sim a política do planejamento o fator mais relevante, para dizer também que não basta um procedimento meramente técnico e operacional; é preciso envolvimento dos segmentos sociais para dar vida ao processo.

A proposta de Plano Diretor deve seguir as diretrizes do Estatuto das Cidades (Lei 10257/2001), conforme já referido e ser aprovada nas câmaras de vereadores, integrar o Plano Plurianual, as diretrizes orçamentárias, definir prioridades e passar por revisão a cada 10 anos (BRASIL, 2006). Em síntese, deve integrar a vida política das cidades com repercussões objetivas e concretas na rotina administrativa.

Além disso, deve-se mencionar que o Plano Diretor é de caráter sugestivo para todas as cidades e obrigatório para aquelas com mais de vinte mil habitantes. Sua complexidade dependerá do porte da cidade e de seus aspectos demográficos, econômicos, sociais e da capacidade institucional. Embora não haja um modelo a seguir, há algumas etapas a serem cumpridas como a delimitação de áreas urbanas, parcelamentos, edificações e infra-estrutura (BRASIL, 2006).

Após reunir estes dados, deve se proceder ao diagnóstico dos problemas, identificando condicionantes e potencialidades para a definição de estratégias. Vários mapeamentos são necessários: cartografia e cadastro imobiliários, mapeamentos das propriedades e áreas construídas, das atividades econômicas, da rede viária e de circulação, dados sócio-econômicos e infra-estrutura urbana relacionada a saneamento, energia, telecomunicações entre outros (BRASIL, 2006).

Enquanto esta intencionalidade legal ganha concretude com poucos resultados, as cidades continuam atraindo pessoas em busca de melhoria na qualidade de vida e oportunidades de trabalho.

3.10 - Planejando o território da Saúde

Para as ações de saúde, a compreensão dos processos que acontecem no território sempre foi importante, mas se tornou-se ainda mais, após a Constituição de 1988, que deu origem ao SUS. A Lei 8.080/1990 e as normas operacionais que se sucederam, definiram os princípios organizativos do Sistema e os procedimentos iniciais, tendo o estudo do território como dimensão fundamental para que se atingissem os objetivos propostos. Na saúde, também o território representa mais do que a porção de área delimitada geometricamente.

É a base territorial de planejamento da atenção a saúde, não coincidente necessariamente com a divisão administrativa do estado, levando em consideração, características demográficas, socioeconômicas, geográficas, sanitárias, epidemiológicas, entre outras. O Módulo Assistencial é o módulo territorial com resolubilidade correspondente ao primeiro nível de assistência e a Unidade Territorial de Qualificação na assistência a saúde, representa a base territorial mínima a ser submetida à aprovação do ministério da saúde (TEIXEIRA, 2007, p. 128).

Para gestores, profissionais, pesquisadores e usuários, é este território de características próprias, a arena onde ocorrem as situações geradoras de demanda, o desenvolvimento de tecnologias e a produção do cuidado.

A presença de condições objetivas como infra-estrutura urbana disponível, existência de equipamentos sociais, especialmente unidades de saúde e educação, população abrangida, acessibilidade, fluxos e contra-fluxos e relações de proporcionalidade, são os elementos do território de interesse para a saúde. Devem estar adequadamente presentes, monitorados e permanentemente atualizados em termos de informações e organização – tecnologias leves, ou em termos de logística e estrutura - tecnologias duras, terminologia referida por Merhy (2002).

O primeiro problema para as ações de saúde é a delimitação dos territórios e a identificação dos poderes instituídos dentro destes. A idéia de que estes territórios são fechados e autônomos é completamente artificial. Para as ações de Vigilância em Saúde, por exemplo, os objetos geográficos relevantes são: as características de ocupação do lugar (estradas e ruas, caminhos, sistemas de esgoto e de água, terrenos baldios, depósitos de lixo, núcleos habitacionais – domicílio, novos assentamentos e ocupações) e suas condições ecológicas e geomorfológicas. Precisamos atuar sobre este território e, ao mesmo tempo, reconhecer que ele tem um conteúdo social, político e ambiental e que tem uma população que pode sofrer conseqüências dos processos de produção e consumo sobre a sua saúde. São inúmeros problemas de saúde, tanto diretos pela emissão de poluentes como indiretos, devido à ação desestruturadora de tradições e redes sociais locais. Em contrapartida, a partir da localização territorial de problemas de saúde pode-se apreender o feixe de relações que caracterizam a situação problema lembrando que estes territórios estão ligados por redes em que as pessoas, as informações, energia e materiais circulam cada vez com mais intensidade e velocidade (MONKEN; BARCELLOS, 2007, p. 183/186).

As Normas Operacionais editadas após a Lei 8.080/1990 trataram da descentralização do SUS para cobrir todo o território nacional e a forma para se atingir esta meta, foi inicialmente a de aumentar a responsabilização dos municípios, depois estabelecer critérios diferentes para níveis de assistência, evoluindo finalmente para a proposta atual de módulos regionais e planos diretores de regionalização da saúde.

Nestes, a população adscrita, é referenciada no município em nível de atenção primária, mas as ações secundárias e terciárias, bem como os recursos tecnológicos e os equipamentos de saúde, são objetos de pactuações regionais produzindo otimização de recursos, geralmente extrapolando os limites do território geográfico municipal.

As lógicas organizativas dos níveis de atenção da saúde são distintas. A atenção primária estrutura-se descentralizadamente, em cada município, nos seus territórios de abrangência; seu sujeito é hegemonicamente coletivo e sua base organizacional é a epidemiologia; ao contrário, os níveis secundário e terciário devem, por razões de economia de escala e de disponibilidade de recursos, ser relativamente centralizados, o seu sujeito é hegemonicamente individual e sua base organizacional é a clínica (MENDES, 2001, p. 69).

A primeira Norma Operacional Básica – NOB - publicada em 1991, denominada NOB 01/91, criou a Autorização de Internação Hospitalar - AIH; o Sistema de Informação Hospitalar - SIH e o Fator de Estímulo a Municipalização - FEM. Em 1993 veio a NOB 01/93 cujo objetivo era ampliar e aprimorar as condições de gestão efetivando o comando único por esfera de governo.

Foram criadas instâncias de negociação por esta NOB/93, chamadas de Comissões Intergestores com possibilidade dos municípios se habilitarem em gestão Incipiente, Parcial e Semi-Plena e foi criado o FAE (Fator de Apoio ao Estado), FAM (Fator de Apoio ao Município) e o SAI - Sistema de Informação Ambulatorial. Em 1996 foi publicada a NOB01/96, visando aperfeiçoar a gestão e organização dos serviços de saúde no país estabelecendo apenas duas formas de gestão: Plena da Atenção Básica e Plena do Sistema Municipal (ELIAS, 2004).

Na primeira possibilidade, os municípios eram credenciados junto às Secretarias Estaduais de Saúde - SES e Ministério da Saúde - MS, responsabilizando-se por, no mínimo, oferecer no âmbito do seu município todas as ações em nível de atenção primária, desde atendimentos básicos como a puericultura (desenvolvimento da criança), consultas de pré-natal

até os programas de imunização (vacinas) e outras ações de vigilância em saúde. Os demais serviços de média e alta complexidade deveriam ser mediados pela SES de cada Estado.

Na segunda possibilidade, a Gestão Plena de Assistência, principalmente em municípios maiores, com densidade tecnológica para os três níveis de atenção, assumiam a oferta de todos os serviços dentro do próprio município, seja com sua rede própria ou contratando em caráter complementar da rede privada.

Na dinâmica das redes de atenção à saúde, os territórios são também, espaços de responsabilização sanitária por uma população definida. Dado o princípio da cooperação gerenciada, é necessário que haja uma definição clara das ações e serviços que a rede de atenção à saúde naquele território ofertará aos seus grupos populacionais adscritos. Isto é que marca, com firmeza, as redes de atenção à saúde dawsonianas (Dawson, 1964), construídas com bases em espaços-populações. Por consequência, os territórios sanitários são recortados de forma a compatibilizarem-se com os princípios da construção das redes de atenção à saúde e de propiciarem a imposição de uma responsabilização inequívoca de uma autoridade sanitária em relação a uma população definida (MENDES, 2007, p.58).

Mendes é um autor contemporâneo. Detém enorme contribuição na análise dos paradigmas da relação saúde-doença e desenvolvimento dos sistemas de serviços de saúde. Sua produção está presente em diversas publicações nas quais analisa o desenvolvimento da atenção à saúde, estruturação dos sistemas e as reformas sanitárias em diversos países do mundo, principalmente no Brasil.

Por esta razão, Mendes assessorou a organização do Plano de Diretor de Atenção Primária do Estado de Minas Gerais em 2007. Na ocasião, afirmou que no processo de territorialização, é necessário identificar a partir de certos critérios, diferentes territórios sanitários, espaços ótimos de oferta de serviços da rede, organizados segundo os níveis de atenção.

QUADRO 12 – Territórios sanitários segundo a proposta de Mendes

TERRITÓRIO	CARACTERÍSTICA
Territórios locais	Caracterizados pela auto-suficiência de atenção primária à saúde, como a micro-área de abrangência municipal ou de uma equipe de saúde da família;
Território mesorregional	Relativo à auto-suficiência nos serviços de atenção secundária ou média complexidade;
Território macrorregional	Nos quais se organiza a auto-suficiência terciária, o que normalmente envolve um conjunto de municípios, organizados de modo a garantir a resolução de problemas mais complexos.

Fonte: Mendes 2007, p.59

Org.: SILVEIRA, S. E., 2011

Normalmente, o território macrorregional tem uma cidade maior como pólo centralizador dos recursos tecnológicos mais complexos com as demais gravitando a sua volta ou, noutra possibilidade, têm a sua estrutura distribuída entre várias cidades. Para exemplificar, serviços de tomografias podem estar em uma cidade, centro-cirurgico e UTI em outra e assim por diante.

Esta lógica baseia-se na NOAS-SUS 01/02, Norma Operacional da Assistência à Saúde última e expressiva norma, que foi publicada em 2002 pela Portaria Ministerial 373 do Ministério da Saúde – MS, revisando a primeira edição publicada no ano anterior. Dentre as determinações da nova Norma está a instituição do Plano Diretor de Regionalização – PDR, com previsão de acesso pelos cidadãos a ações e serviços de responsabilidade do SUS e a resolução dos problemas de saúde em qualquer nível de atenção, respeitadas as características regionais.

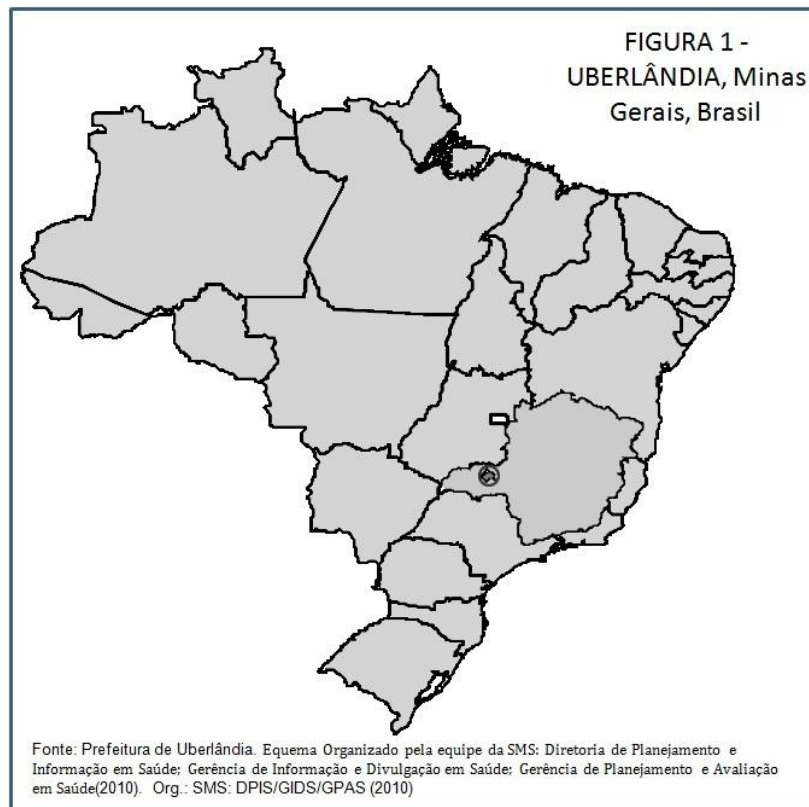
Conclusão

Concluindo este capítulo, destaca-se que a adaptação humana ao ambiente possibilitou o desenvolvimento das ciências e melhorou a expectativa de vida da humanidade. Mas estes métodos adquiriram valor e poder, sendo controlados por uma parcela da sociedade. No caso da saúde gerando as profissões. Atualmente, a constatação das desigualdades sociais e suas conseqüências para a saúde humana requerem novamente a interação da Geografia, da Educação e da Saúde para a Promoção da Saúde. No próximo capítulo verificaremos a estrutura da Atenção Primária a Saúde em Uberlândia e as ações de Educação em Saúde que corroboram neste sentido.

Capítulo IV

EDUCAÇÃO EM SAÚDE E O SUS EM UBERLÂNDIA

Estamos chegando à última parte do nosso estudo e, neste capítulo, trataremos da Promoção da Saúde propriamente dita e verificaremos como a Educação em Saúde ocorre na cidade de Uberlândia (Figura 1) a partir da estrutura de Atenção Primária. Após a discussão que precedeu esta etapa do trabalho, apresentaremos experiências concretas de uma rede de serviços e do relato de profissionais a partir das suas relações com a comunidade torna-se fundamental.



No Brasil, a intensa participação social desenvolvida ao longo da história da saúde pública, originou o SUS conforme descrito no Capítulo I, assegurando a saúde a todos os brasileiros como direito de cidadania. A estrutura do SUS a partir da Constituição de 1988 considerou as características geográficas do país e o atendimento das necessidades humanas como pré-requisitos para a boa saúde (WAGNER, 2008).

A estruturação da rede de assistência encontrou problemas, como a concepção do processo de formação dos profissionais de saúde, abordada no capítulo II. Por sua vez, as desigualdades verificadas no Brasil, semelhante a outras partes do mundo, também comprometem a qualidade de vida das populações, tornando o conhecimento Geográfico estratégico para se promover a saúde humana, nos termos apresentados no capítulo III.

Assim, as limitações ainda persistem e são potencializadas: pelo crescimento desordenado das cidades; difusão de hábitos nocivos a saúde; fortalecimento da rede privada de serviços médicos; escassez de escolas médicas e insuficiência destes profissionais no interior e na Atenção Primária; concentração de profissionais em atividades curativas e nos grandes centros; declínio da participação popular e controle social, entre outros.

Esta realidade sugere que não há uma concatenação entre as ações desenvolvidas no setor saúde, os processos de desenvolvimento e a formação humana que gera atitudes compatíveis com a saúde (SANTOS, 2008). Daí porque voltar a concepção, não apenas do setor saúde, mas de toda a sociedade, para a Promoção da Saúde passou a ser extremamente relevante.

Mesmo contida no SUS, sua amplitude extrapola os limites do setor saúde para dialogar com todas as áreas do conhecimento e em especial com a educação propondo-se, a articular os saberes técnicos e populares, além de mobilizar recursos institucionais, comunitários, públicos e privados (OPAS, 2006).

4.1. - Promoção da Saúde

É o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado completo de bem estar físico, mental e social, os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. Saúde deve ser vista como um recurso para a vida e não como objetivo de viver. 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 além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem estar global (OTAWA, 1986, p. 6).

No presente momento, a Promoção da Saúde está no centro das preocupações dos meios técnico, científico e político. Trata-se de um debate contemporâneo que ocorre no mundo, retratado pelos diversos eventos internacionais sobre a questão, cujas resoluções balizam a

implementação de ações concretas pelos diferentes países conforme sua realidade. Encontrada a sua melhor definição, buscam-se agora meios de viabilizá-la.

A Promoção da Saúde é uma das estratégias do setor saúde para a melhoria da qualidade de vida da população. Seu objetivo é produzir a gestão compartilhada entre usuários, movimentos sociais, trabalhadores do setor sanitário e de outros setores produzindo autonomia e co-responsabilidade (BRASIL, 2008, p.12).

No Brasil, a base conceitual da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) advém dos grandes debates representados pelas Conferências Nacionais de Saúde – CNS e da percepção aguçada dos sanitaristas brasileiros, cuja produção já indica há *algum* tempo as limitações do sistema de saúde, que tradicionalmente baseou-se em procedimentos profissionais desconectados de avaliações quanto às condições de vida das comunidades.

Esta PNPS, por sua vez, tem se convertido em Legislações, restando doravante, a expectativa de que consigam de fato resultar em ações que mudem a realidade (BRASIL, 2009).

A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), herdeira da tradição de lutas nacionais e internacionais pela garantia de direitos e equidade, propõe que tomemos como objeto problemas e necessidades de saúde com o enfoque em seus determinantes e condicionantes. Trata-se de abordar a saúde e o adoecer de cada sujeito e comunidade no seu processo de produção, que é sempre único porque acontece nos territórios onde vive e trabalha. Assim, cada território é uma composição de circunstâncias; é a expressão da articulação dos determinantes sociais da saúde, que se organizam, didaticamente, em três níveis de governabilidade e proximidade em relação a cada um de nós: um mais próximo, outro intermediário e um terceiro mais distante. No nível mais próximo, estão nossas escolhas, hábitos e rede de relações. O intermediário engloba as condições de vida e trabalho; enquanto no terceiro estão as políticas estruturantes de nossa sociedade. Na realidade de cada território e na vida de cada indivíduo, todos estes níveis de determinação acontecem e operam ao e mesmo tempo de maneira inseparável (MS, 2009 p. 16).

Tradicionalmente a Promoção da Saúde era compreendida como uma atribuição também exclusiva do setor saúde, ocorrendo na Atenção Primária, primeiro nível de atenção do SUS, antes denominada de Atenção Básica, resumindo-se às ações preventivistas. Na atualidade, a Promoção da Saúde tem seu conceito ampliado nos termos da PNPS e entende-se que, a Atenção Primária corresponde ao ponto de ligação do setor saúde com as demais áreas do conhecimento.

A Promoção da Saúde, na tradição recente do Brasil era compreendida como uma etapa da Atenção Primária, ou o primeiro nível de atenção à saúde.

QUADRO 13 – NÍVEIS DE ATENÇÃO: Barreiras de oposição às doenças proposto por Chaves (1978)

ATENÇÃO PRIMÁRIA		ATENÇÃO SECUNDÁRIA	ATENÇÃO TERCIÁRIA	
1º NIVEL	2º NIVEL	3º NIVEL	4º NIVEL	5º NIVEL
Promoção da Saúde	Proteção específica	Diagnóstico e Tratamento Pronto	Limitação do Dano	Reabilitação

Fonte: Adaptado de CHAVES (1978 apud RESENDE, 1986, p.95).
Org.: SILVEIRA, S. E. , 2011

Conforme defendeu Mendes (2001), os sistemas integrados de serviços de saúde devem utilizar intensivamente tanto procedimentos de promoção da saúde quanto de prevenção das doenças, para manter as pessoas saudáveis, avaliando as condições gerais de sobrevivência como os fatores que determinam a possibilidade de se ter saúde.

O que vem qualificar a promoção da saúde, modernamente, é a constatação do papel protagonista dos determinantes gerais sobre as condições de saúde. Neste aspecto, a promoção da saúde vai resgatar, ainda que com qualidade distinta, as proposições de sanitaristas do século passado como Villerme e Virchow para quem os remédios para as epidemias eram propriedade, educação e liberdade (MENDES, 1996, p.245).

Gradativamente amadureceu-se o conceito, estabelecendo que na realidade a Promoção da Saúde se relaciona aos aspectos globais da comunidade, com maior expressividade fora da prática biomédica, distinguindo-se da prevenção de doenças que é uma atividade eminentemente biomédica, calçada na concepção de risco ou de probabilidade de se tornar doente, direcionando suas intenções a grupos restritos (FONSECA; CORBO, 2007).

Em 2006, foi criada a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), pela Portaria nº687 que definiu as principais prioridades a serem observadas: *“violência, desemprego, subemprego, falta de saneamento, habitação inadequada ou ausente, dificuldade de acesso à educação, fome, urbanização desordenada, qualidade do ar e da água”* (BRASIL, 2006). A esta Política, precedeu-se, conforme sinalizado, uma trajetória de reflexões e ações com o objetivo de produzir mudanças nos modelos assistenciais no Brasil e no mundo. A seguir o Quadro 14

adaptado da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde (2009) retrata a cronologia destas ações:

QUADRO 14 – PROMOÇÃO DA SAÚDE: Cronologia

ANO	FATOS IMPORTANTES
1970	BRASIL: Decreto 67.300/70: Ampliou o Conselho Nacional de Saúde, ampliando a participação da sociedade. A promoção à saúde adquire evidência nos debates nacionais.
1974	CANADÁ: Publicado o Informe Lalonde, lançando o conceito de Promoção da Saúde, propondo mudanças no estilo de vida para melhoria da saúde.
1978	ALMA-ATA: Conferência Internacional sobre Cuidados Primários. Estabeleceu a meta: ‘saúde para todos até o ano 2000’.
1984	CANADÁ: Congresso reavalia o Informe Lalonde. Delibera pelo fortalecimento do Termo Promoção à Saúde e define as bases conceituais de “Cidades Saudáveis”.
1986	OTAWA: Iª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde; 8ª Conferência Nacional de Saúde - CNS. Primeira com participação de usuários e trabalhadores de todo o país. Suas deliberações subsidiaram a Constituição de 1988
1988	BRASIL: Constituição de 1988; AUSTRÁLIA: Conferência de Adelaide demonstra o papel das políticas públicas na resolução dos problemas de saúde
1991	SUÉCIA: Conferência de Sundsvall introduziu o tema ambiente na agenda da saúde.
1992	BRASIL: ECO-92 reforça a importância da sustentabilidade ambiental para a Promoção da Saúde; COLÔMBIA: Conferência Internacional em Bogotá discute Promoção da Saúde para a América Latina.
1995	BRASIL: Carta de Fortaleza. Os Secretários Municipais de Saúde demonstram interesse nas propostas da Promoção da Saúde.
1998	INDONÉSIA: Conferência de Jacarta. Definição de cinco diretrizes prioritárias para a Promoção da Saúde até o século XXI;
2000	11ª CNS reconhece a importância dos Determinantes Sociais para a Saúde; Criado o documento que propõe a Política Nacional de Promoção da Saúde.
2001	Implantação da Política Nacional de Redução de Mortalidade por Acidentes e Violência.
2004	A área de Promoção da Saúde passa a integrar a Secretaria Nacional de Vigilância em Saúde; Implantada a Rede Nacional de Núcleos de Prevenção de Violências e Promoção da Saúde.
2005	Instituído o Comitê Gestor da Política Nacional de Promoção da Saúde
2006	Criada a Comissão Nacional de Determinantes Sociais em Saúde; publicado o Pacto pela Saúde; lançada a Política Nacional de Promoção da Saúde; realizado o 1º Seminário Nacional de Promoção da Saúde e ‘Brasil Saudável’.
2007	Criada a linha orçamentária da Promoção da Saúde;
2008	13ª CNS ‘Saúde e Qualidade de Vida: políticas de Estado e Desenvolvimento
2009	Inclusão das notificações de violência doméstica, sexual e outras violências, no SINAN-NET

Fonte: MS/SEGEP, 2009. Org.: SILVEIRA, S. E. , 2011

Documentos da Organização Pan-americana da Saúde (OPAS) e do Ministério da Saúde (2006) definiram que para a Promoção da Saúde são necessárias três linhas de ações que devem ser asseguradas e harmonicamente integradas: políticas públicas intersetoriais; disponibilidade de serviços de saúde e educação em saúde.

Sendo assim, primeiramente é necessário que sejam garantidas as condições de sobrevivência para a população, mediante políticas públicas geradoras de territórios ou ambientes saudáveis. Em segundo lugar, não se pode prescindir da oferta de uma rede de atenção à saúde completa, acessível e eficaz, com disponibilidade de profissionais qualificados e motivados. Por fim, a Educação em Saúde deve ser adequada a cada segmento e realidade, que seja promotora de hábitos saudáveis (OPAS, 2006).

Neste estudo, no qual se tratou da trajetória da saúde pública no país; da estrutura de formação superior e profissional, bem como da importância da Geografia para a interpretação do mundo e seus determinantes para a saúde; discutir-se-á, a partir desta etapa, a Educação em Saúde, a rede assistencial da cidade de Uberlândia e a percepção dos profissionais da APS de Uberlândia, sujeitos desta pesquisa.

4.2. Educação em Saúde

A Educação em Saúde pode ser definida como uma prática social que preconiza não só a mudança de hábitos, práticas e atitudes, a transmissão e apreensão de conhecimentos, mas principalmente, a mudança gradual na forma de pensar, sentir e agir através da seleção e utilização de métodos pedagógicos participativos e problematizadores. Sendo assim, educar e aprender em saúde torna-se um processo contínuo de indagação, reflexão, questionamento e principalmente, de construção coletiva, articulada e compartilhada. O educador e o educando tornam-se sujeitos e atores do processo educativo, que estimula continuamente a organização de ações coletivas e solidárias, incentivando e valorizando o diálogo, a criatividade e a criticidade, objetivando a busca de soluções para as questões de saúde que afetam as comunidades, em prol da melhoria de qualidade de vida. Educar é buscar o fortalecimento da autonomia do educando e não sua dependência, capacitando-o para a tomada de decisões e o exercício do controle de sua própria vida (MOISES, 2003, p.32).

A relação da educação com a saúde surgiu desde os primórdios da humanidade na medida em que, às novas descobertas se seguia a reprodução do conhecimento. Mas com o tempo, o repasse das informações e das técnicas ficou restrito aos profissionais de saúde, formando-se desde o início, uma grande assimetria em relação aos setores populares.

Quando aconteceram as primeiras experiências de difusão destes saberes, esbarrou-se na insuficiência metodológica e em enfoques autoritários da educação, pois se limitaram a prescrever cuidados e ditar comportamentos a serem seguidos pelos leigos, desconsiderando-se sua história, costumes e percepções acerca do mundo vivido e de sua situação de saúde (BERBEL, 1997).

A Educação em Saúde é um campo de práticas e de conhecimento do setor Saúde que tem se ocupado mais diretamente com a criação de vínculos entre a ação assistencial e o pensar e fazer cotidiano da população. Diferentes concepções e práticas têm marcado a história da educação em saúde no Brasil. Mas até a década de 70, a Educação em Saúde foi basicamente uma iniciativa das elites políticas e econômicas e, portanto, subordinada aos seus interesses. Voltava-se para a imposição de normas e comportamentos por elas considerados adequados (VASCONCELOS, 2007, p.85).

Sabe-se atualmente, que a formação humana para uma boa qualidade de vida pressupõe uma construção não apenas dos sistemas convencionais de ensino ou do repertório de procedimentos sistematizados na academia, embora seu atributo fundamental seja a educação.

Assim como os guardiões do saber sistematizado são profissionais, as experiências de educação popular constituem a base original de todo o saber em saúde e sua perseverança em existir representa espaços alternativos de formação. Apesar de sua interpretação da realidade raramente ser reconhecida, mais que conteúdo propriamente dito, organiza as comunidades e promove uma cultura do cuidado (OPAS, 2006).

Educação Popular não é o mesmo que "educação informal". Há muitas propostas educativas que se dão fora da escola, mas que utilizam métodos verticais de relação educador-educando. Segundo Carlos Brandão (1982), a Educação Popular não visa a criar sujeitos subalternos educados: sujeitos limpos, polidos, alfabetizados, bebendo água fervida, comendo farinha de soja e utilizando fossas sépticas. Visa participar do esforço que já faz hoje as categorias de sujeitos subalternos - do índio ao operário do ABC (VASCONCELOS, 2007, p.20).

Deste modo, a Educação em Saúde reforça ações intersetoriais a começar pelas próprias áreas da saúde e educação. Reconhecendo e valorizando as diferenças, diversidades e possibilidades de convivência busca a implementação de políticas sociais envolvendo comunidade, serviço de saúde e escola, mobilizando recursos de toda ordem e dentre eles o político.

A Educação em Saúde se constitui como um conjunto de práticas pedagógicas e sociais, de conteúdo técnico, político e científico, que no âmbito das práticas de atenção à saúde deve ser vivenciada e compartilhada pelos trabalhadores da área, pelos setores organizados da população e consumidores de bens e serviços de saúde (FUNASA, 2007, p.32).

A participação histórica do movimento da Educação Popular foi marcante na ruptura com a tradição autoritária e normatizadora da relação entre os serviços de saúde e a população. Para Pedrosa (2007, p. 23) “a Educação em Saúde é inerente a todas as praticas desenvolvidas no âmbito do SUS”. Como prática transversal proporciona a articulação entre todos os níveis de gestão do sistema.

Buscando a melhor definição para a Educação em Saúde e sua relação com os sujeitos deste processo de formação, observa-se os seguintes destaques:

A nosso entender, é necessário pensar a Educação e a Saúde não mais como uma educação sanitizada (educação sanitária) ou localizada no interior da saúde (educação em saúde) ou ainda educação para a saúde (como se a saúde pudesse ser um estado que se atingisse depois de educado!). É preciso recuperar a dimensão da Educação e da Saúde/doença e estabelecer as articulações entre esses dois campos e os movimentos (organizados) sociais. E mais – como práticas sociais articuladas com as necessidades e possibilidades das classes populares na formulação de políticas sociais e das formas de organização social que lhes interessam (MELO, 1987, apud SCHALL; STRUCHINER, 1999 p.74).

Costa e Lopes (1996 apud ALVES, 2005, p.39) sintetizaram a definição de Educação em Saúde como um conjunto de saberes e práticas orientadas para a prevenção e a promoção da saúde: *“Trata-se de um recurso cientificamente produzido no campo da saúde, intermediado pelos profissionais e que atinge a vida cotidiana das pessoas oferecendo subsídios para a adoção de novos hábitos e condutas de saúde”*.

Por tradição, a Educação em Saúde não foi uma política pública prioritária e as poucas iniciativas conhecidas, conforme exposto, estabelecia uma relação unilateral com a população. As mudanças nesta concepção surgiram sob influência das iniciativas de Educação Popular, em grande parte inspiradas nas reflexões de Paulo Freire (CECCIM, 2007).

A influência do Método Paulo Freire se estabelece por alguns princípios dentre os quais, *“o primeiro é saber ouvir, o segundo é desmontar a visão mágica ou alienada do mundo; terceiro aprender a estar com o outro sem basismo ou seu inverso, o elitismo; quarto: assumir a ingenuidade do educando; quinto viver pacientemente impaciente”* (CECCIM, 2007, p. 37).

Vale destacar a pertinência destas afirmativas à saúde. Sêneca (1968), afirmou que a pessoa humana tem dois ouvidos e uma boca, para ouvir o dobro do que fala. Não por submissão e sim por disponibilidade para o outro. Mas não é o que se verifica na atualidade. Ouvir continua

um grande desafio, como também ficar com o outro, aceitar as diferenças, reconhecer e respeitar o seu saber, suas particularidades e conjuntamente buscar caminhos mais fraternos.

Há dois modelos de Educação em Saúde; o primeiro historicamente hegemônico, focalizado na doença e intervenção curativa, preconiza a prevenção das doenças e dita mudanças de atitude e comportamentos individuais. O segundo trabalha com a perspectiva dos sujeitos de práticas de saúde (AIRES, 2001). [...] apresentando dois princípios básicos: é preciso conhecer os indivíduos para os quais se destinam as ações de saúde [...]; e envolver os indivíduos nas ações. O movimento da Educação Popular em Saúde tem priorizado a relação educativa com a população, rompendo com a verticalidade da relação profissional-usuário. Valorizam-se as trocas interpessoais, as iniciativas da população e usuários e, pelo diálogo, buscam-se a explicitação e compreensão do saber popular. Esta metodologia contrapõe-se a passividade usual das práticas educativas tradicionais. O usuário é reconhecido como portador de um saber (ALVES, 2004, p.32).

A Educação em Saúde passa a fazer parte da estrutura do Ministério da Saúde em 2003, com a Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular em Saúde – ANEPS e em 2005 foi criada a Coordenação Geral de Apoio a Educação e Mobilização Social do Departamento de Apoio a Gestão Estratégica e Participativa – DAGEP (PEDROSA, 2007).

4.3 - Educação em Saúde na Escola

Desde 1996 a OPAS estimula entre os países membros o desenvolvimento de estratégias que coloquem a escola no centro das ações de promoção à saúde. Este investimento na escola se deve a compreensão de que se trata um espaço de otimismo e construção de esperanças, além de ser o principal equipamento social dentro dos territórios. Este movimento deu origem à estratégia das Escolas Promotoras de Saúde (OPAS, 1996).

No Brasil, em 2006 o Ministério da Educação - MEC e o Ministério da Saúde – MS, publicaram a Portaria Interministerial nº 749/05 e 1.820/06 constituindo a Câmara Intersetorial de Educação em Saúde na Escola para promover o seu protagonismo, como espaço de produção de saúde e propor mudanças nas diretrizes curriculares com fortalecimento da participação da comunidade escolar no controle social e na gestão participativa do SUS (BRASIL, 2006).

Segundo a proposta, a escola é um espaço social onde se articulam ações de natureza diversa, envolvendo o território e seu entorno, podendo tornar-se também, espaço de desenvolvimento das ações de promoção à saúde e de produção do cuidado.

QUADRO 15 – Pertinências das Escolas Promotoras da Saúde

AÇÕES
Confluência para a Escola da diversidade social possibilitando identificar iniquidades;
Criação ou fortalecimento de vínculos do poder público com a população;
Discussão de aspectos estruturais da cidadania;
Abertura para discussão ambiental, tendo o homem como parte;
Entrelaçamento de saberes;
Territorialidade urbana e território domiciliar;
Abordagem de ambientes nocivos para a saúde;
Alerta para morbidades sociais: violência, maus tratos, abuso sexual, drogas, violência, acidentes, privação econômica; sedentarismo, hábitos alimentares inadequados;
Contribuição para mudanças na expectativa em relação aos serviços de saúde;

Fonte: MS/MEC, 2006

Org.: SILVEIRA, S. E. , 2011

A novidade na Educação em Saúde Escolar é que, por se tratar de uma prática transversal inerente a todas as demais desenvolvidas no âmbito do SUS, proporciona uma abordagem de temáticas da saúde na estrutura da educação formal e a possibilidade de relações de cumplicidade envolvendo toda a comunidade escolar, acrescentando ainda que a escola seja a nova Unidade Básica e Saúde (PEDROSA, 2006, p. 43).

O pensamento técnico, normalmente importado dos países capitalistas mais ricos, geralmente substitui as experiências, desperdiçando-as e diminuindo a produtividade social que sua incorporação implicaria. Com isso, são desconsideradas não apenas a vontade ou a organização das pessoas, mas também a cultura, as especificidades regionais, étnicas, de gênero, além dos interesses mais específicos da população [...]. A Educação em Saúde trata-se de uma ação consciente, direcionada para a constituição de sujeitos sociais, movimentando-se na busca da construção de projetos de liberdade, de autonomia, de participação, enfim projetos de vida saudável. Isso significa transformar a escola em um espaço de singularização (PEDROSA, 2006, p. 47).

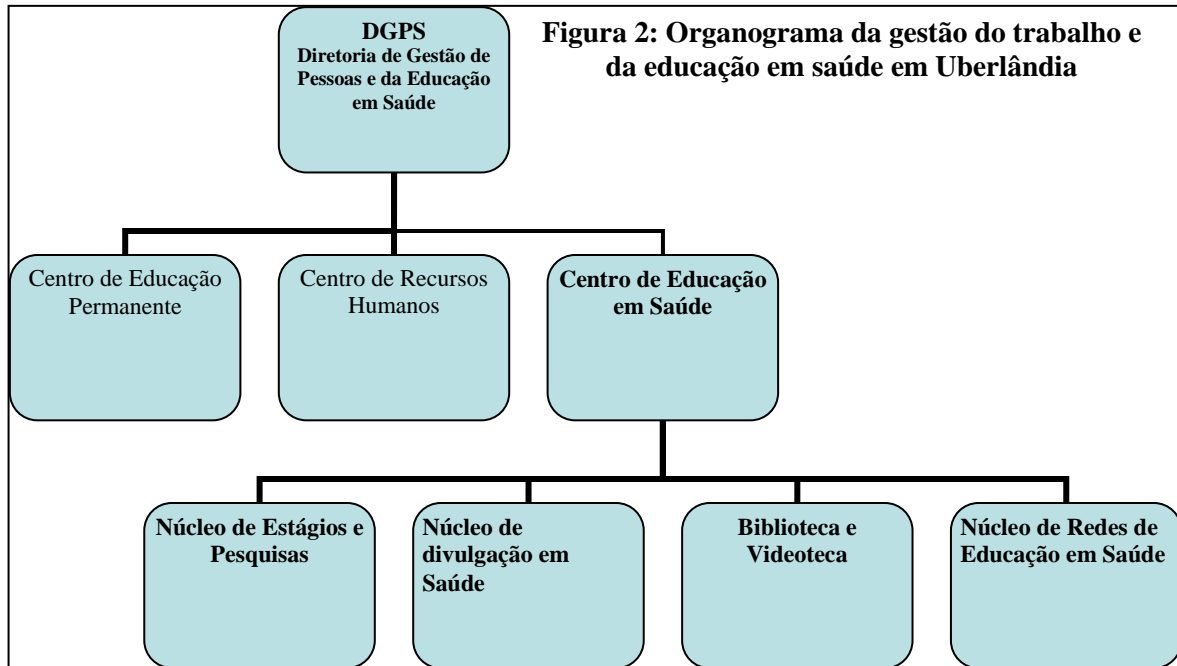
O Governo Federal do Brasil em 2007, com o Decreto Nº 6.286/07, criou o Programa Saúde na Escola – PSE, dirigido ao Ensino Fundamental, Ensino Médio, Rede Federal de Educação Tecnológica e Educação de Jovens e Adultos. A expectativa do programa é de garantir aos alunos, atenção integral a saúde, contando para tanto com as equipes de saúde da família.

As projeções do próprio governo indicam que O PSE atingirá até o final de 2011, 26 milhões de alunos brasileiros, contemplados em quatro pilares: avaliação das condições de saúde; promoção da saúde e prevenção; educação permanente e capacitação dos profissionais e de jovens e monitoramento e avaliação da saúde dos estudantes (BRASIL, 2007).

4.4. Educação em Saúde na Gestão Municipal de Uberlândia

O Município de Uberlândia, pela Lei Delegada nº 046/2009, alterou a estrutura orgânica da Secretaria Municipal de Saúde com repercussões para a Educação em Saúde. No novo organograma, dentre outras, foi criada a Diretoria de Gestão de Pessoas e da Educação em Saúde.

A Diretoria de Gestão de Pessoas e da Educação em Saúde é ligada diretamente ao Secretário (a) de saúde, devendo se articular às demais estruturas da gestão municipal, mas com estrutura própria e liberdade de movimento, sem relação de subordinação que poderia levá-la a ser preterida em relação às ações administrativas, de planejamento, vigilância ou atenção. Este cargo deve ser ocupado por um profissional concursado (UBERLÂNDIA, 2009).



Fonte: Uberlândia, Lei Delegada Municipal 046/2009.
Org.: SILVEIRA, S. E. , 2011

A esta Diretoria estão ligados três centros. O primeiro é o Centro de Educação Permanente responsável por articular as ações de educação voltadas para os servidores da Rede Municipal de Saúde, envolvendo atualizações, capacitações e qualificações. O segundo é o Centro de Recursos Humanos, cujas atribuições são as típicas dos setores de pessoal, ou seja,

documentação contratual, licenças, controle de frequência, programação de férias, saúde do servidor e o mais importante, a carreira e suas progressões.

O último, com mais estruturas a ele ligadas, é o Centro de Educação em Saúde com quatro núcleos: Núcleo de Estágios e Pesquisas, Núcleo de Divulgação em Saúde, Biblioteca e Videoteca e o Núcleo de Redes de Educação em Saúde. A proposta para este setor é a mais abrangente em termos de representação social e institucional. Ou seja, as ações desenvolvidas pelos núcleos que o compõe têm o potencial de dinamizar as relações dentro da SMS, da Prefeitura como um todo e principalmente se traduzir em ações de Promoção da Saúde com repercussão direta na qualidade de vida da comunidade local.

O Núcleo de Estágios e Pesquisas é um setor fundamental dentro da SMS, pois se relaciona com as instituições de formação organizando toda a documentação, planejamento a distribuição dos alunos em estágios, ensinamentos clínicos, residências, vivências e visitas técnicas nas unidades de saúde. Também recebe os requerimentos para pesquisas na Rede, organizando a demanda e direcionando os projetos para as Coordenações das áreas específicas que após análise, emitem o parecer e se autorizadas, retornam a este núcleo para devolução aos pesquisadores.

No Núcleo de Divulgação em Saúde, atua uma equipe de profissionais das áreas de comunicação e saúde, destinadas ao suporte dos setores e Coordenações. Dentre as suas atribuições está o apoio direto na organização, desenvolvimento, divulgação e documentação dos eventos e materiais desenvolvidos pela SMS; e o relacionamento com as outras estruturas da Prefeitura, especialmente com a Secretaria de Comunicação, principal responsável pela comunicação externa da Administração Municipal.

A Biblioteca e Videoteca já existiam antes desta reformulação da SMS. O acervo impresso trata-se de uma coleção constituída por obras recebidas por doação ou repassadas por outros órgãos, especialmente materiais de divulgação da Secretaria Estadual de Saúde (SES) e do Ministério da Saúde (MS). São livros, catálogos, periódicos, relatórios, cartazes, álbuns e outros.

Na seção de audiovisuais, a coleção composta por centenas de títulos, antes em VHS, foi convertida para DVD. Abordam as mais diversas temáticas relacionadas à saúde, desde a história da saúde pública, passando por vídeos de divulgação das ações realizadas pela SMS e temas

específicos da assistência, promoção ou prevenção. Em 2009, foi integrada à Rede BVS - Biblioteca Virtual em Saúde, organizada pelo Ministério da Saúde.

O feito agregou qualidade ao serviço prestado por ampliar enormemente o acesso a obras atualizadas e documentadas segundo critérios científicos. Atualmente, a Biblioteca e Videoteca estão montadas fisicamente no prédio do anexo da SMS, onde todo o material é disponibilizado à população, organizações e profissionais de saúde em horário comercial (UBERLÂNDIA, 2009).

Por fim, há o Núcleo de Redes de Educação em Saúde, com uma equipe egressa de programas semelhantes e anteriores desenvolvidos pela SMS. São cerca de 40 servidores, concursados na década de 1990, para um projeto experimental de assistência domiciliar, precursor da Estratégia Saúde da Família. Como o projeto foi interrompido pela gestão municipal, estes profissionais, a princípio de nível médio, foram direcionados para atividades de educação em saúde nas escolas.

Desde então, atuaram diretamente nas escolas e gradativamente o trabalho foi se concentrando em ações pontuais como o teste de acuidade visual e procedimentos de saúde bucal como a prática de escovação e a aplicação de flúor. Por esta razão, passaram a ser coordenados pelo setor de saúde bucal e assim permaneceram até esta mudança no organograma. Praticamente todos os agentes se graduaram em alguma área de conhecimento e muitos migraram para outras funções na estrutura da Prefeitura (SMS, 2007).

No momento, a proposta de trabalho, passa pela ampliação das ações já desenvolvidas, acrescentando outras, nos moldes do Programa Saúde na Escola do MS/MEC e da Estratégia das Escolas Promotoras de Saúde, MS/OPAS. Segundo a Prefeitura, cada agente responsável por um território previamente definido, contará com a retaguarda de uma unidade de saúde como referência e atuará na escola, envolvendo também outros equipamentos sociais.

QUADRO 16: Objetivos da Educação em Saúde em Uberlândia

Objetivos da Educação em Saúde
Desenvolver ações que colocam a comunidade escolar como sujeitos em seu território no sentido integral da proposta das escolas promotoras de saúde
Fornecer elementos para que as pessoas decidam quais as estratégias são mais apropriadas para promover, manter e recuperar sua saúde e consigam mudar seus comportamentos para estilos de vida saudáveis;
Promover a educação em saúde em diferentes cenários de prática, com ênfase na Escola, compreendendo a educação com pais, mães de família;
Articular e aperfeiçoar as atividades educativas em saúde desenvolvidas pela gestão municipal intra e intersetorial;
Promover práticas e estratégias educativas que atuem sobre os determinantes que impactam sobre a qualidade de vida e saúde do cidadão;
Interagir com a academia e provocar o entrelaçamento de saberes, o estímulo aos estágios e projetos de extensão e a harmonia entre os universos da assistência, da academia e da comunidade;
Estabelecer relações formais com ONGs e demais organizações sociais que atuam no meio popular pelos direitos a saúde, em defesa do SUS e na melhoria de ambientes nocivos a saúde;
Desenvolver ações locais sustentáveis, baseadas na ética, respeito, afeto e dialogo nas relações do sujeito com o meio ambiente. Considerada as especificidades sociais, culturais, econômicas e ambientais;
Mobilizar recursos e apoio político indicando a necessidade de investimentos para políticas públicas saudáveis, especialmente em ambientes de privação econômica e riscos relacionados a aspectos de infra-estrutura;
Fortalecer ações educativas priorizando as seguintes áreas: Alimentação Saudável; Prática Corporal/Atividade Física; Prevenção e Controle do Tabagismo; Redução da morbi-mortalidade em decorrência do uso abusivo de álcool e outras drogas; Redução da morbi-mortalidade por acidentes de trânsito; Prevenção da violência e estímulo à cultura de paz; Promoção do desenvolvimento sustentável.
Melhorar os indicadores de saúde decorrentes das condições crônicas e agravos à saúde.

Fonte: DGPES/SMS/Uberlândia

Org.: SILVEIRA, S. E. , 2011

O processo até então retratado, é fruto do relato e trabalho dos servidores públicos municipais da SMS, especialmente na DGPES apoiados por uma consultoria externa que nos últimos anos, tem auxiliado a reestruturação geral da gestão municipal. A Educação em Saúde, com esta estrutura organizativa, adquiriu lugar de destaque na gestão, restando justificar esta representação burocrática com uma atuação efetiva no desenvolvimento de ações que repercutam no cotidiano da população.

4.5. Uberlândia: “cidade da fartura”

Uberlândia é referida como uma bela e confortável cidade. Estas alusões baseiam-se na infra-estrutura disponível, inclusive sua rede de serviços de saúde. Logo a cidade acolheu nas últimas décadas milhares de pessoas que migraram à busca de novas oportunidades. Este processo em alguns momentos é criticado e até combatido pelas autoridades políticas. Em outros,

é estimulado ocorrendo depoimentos prevendo com certo entusiasmo, que a população em breve chegaria a um milhão de habitantes.

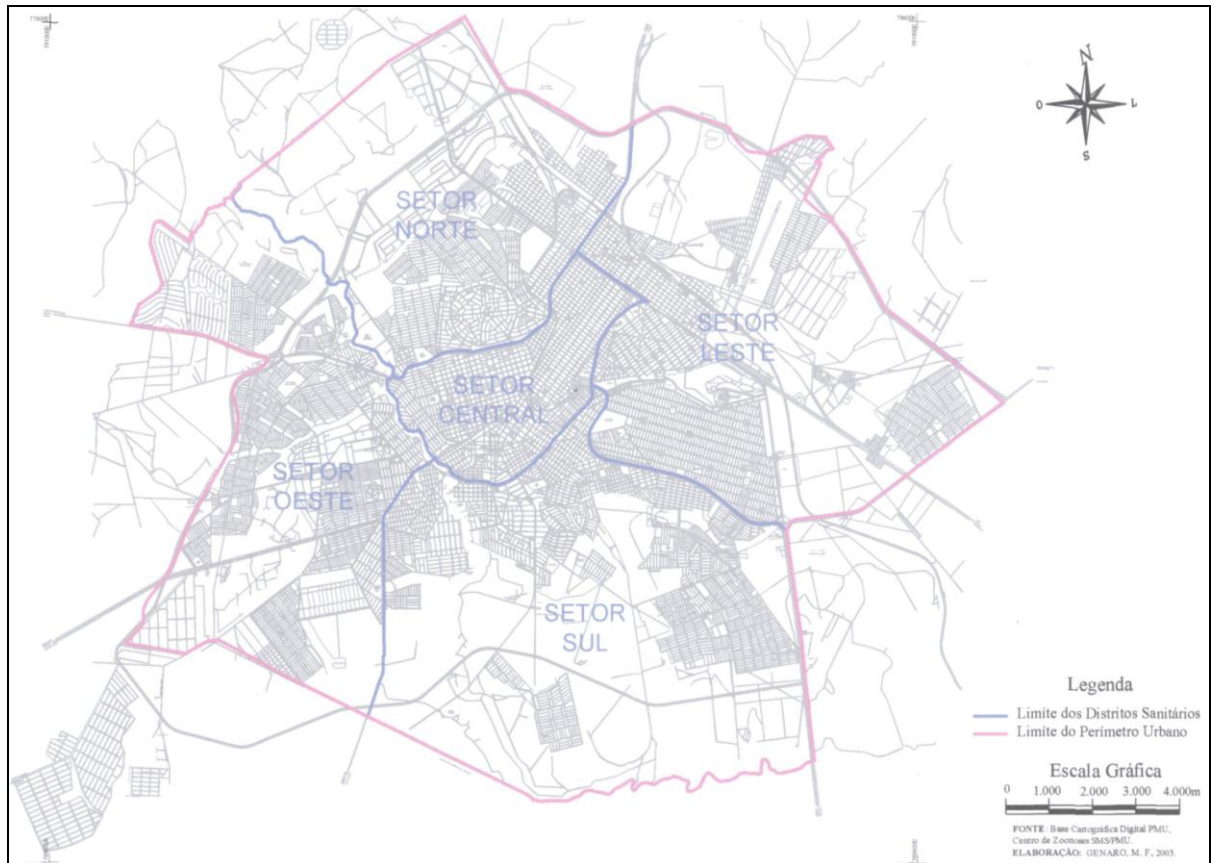
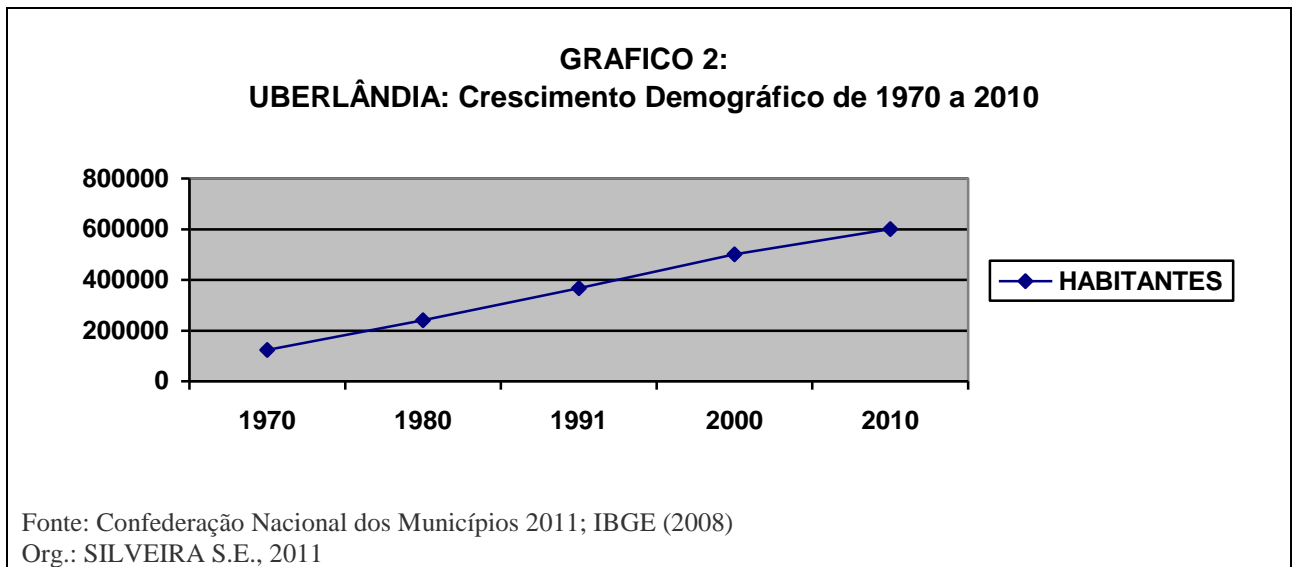


Figura 3: Área Urbana de Uberlândia:
Fonte: Prefeitura de Uberlândia, 2006.

O Diário Oficial da União publicado em 4 de novembro de 2010 indicou que Uberlândia tem uma população de 579.005 habitantes. Mas, no dia 29 do mesmo mês, o próprio IBGE divulgou os dados do último censo populacional definindo que a contagem correta é de 600.285.

Importante observar que este crescimento é semelhante ao que se verificou nas grandes cidades do Brasil com potencial para se estabelecer como centro aglutinador. Conforme já discutido neste estudo, a evasão do campo e o crescimento demográfico levaram a semelhantes processos em várias partes do Brasil e do globo terrestre, embora normalmente seja apontado como mérito dos dirigentes políticos locais.



Geograficamente a cidade está localizada na transição do Sudeste e do Centro-Oeste e sua disposição física, clima e relevo chamam a atenção dos visitantes. Por um lado, não é uma cidade tão populosa como São Paulo, Rio de Janeiro e Belo Horizonte; nem apresenta áreas serranas e os vales que são comuns no Sudeste. Por outro, seu clima é mais ameno e a infra-estrutura urbana é melhor que a na região Centro-Oeste.

Rota entre importantes estados, como São Paulo, Goiás, Mato Grosso e Distrito Federal, é servida por um aeroporto e rodovias que viabilizaram uma interessante diversidade econômica. Nas atividades ligadas ao campo, há forte agricultura de grãos com destaque para o milho e a soja; e na pecuária, bovinocultura leiteira e de corte; suína estendendo-se para a produção de aves.

Há cerca de trinta anos, a cidade definiu seu distrito industrial que desde então abriga importantes empresas com destaque para têxteis, atacadistas, fumageiras, telecomunicações, de curtimento e processamento de alimentos. Nos últimos anos, a economia local foi complementada por empresas de serviços, *shopping*, frigoríficos, logística integrada, hipermercados e hotelaria atraíram para a cidade novos investimentos e com eles mais moradores em busca de emprego, moradia, educação e saúde.

Tabela 1 - UBERLÂNDIA: indicadores de saúde e determinantes gerais

POPULAÇÃO TOTAL	608.369
Abastecimento de Água	100%
Saneamento Residencial	99%
Transporte Coletivo	98%
Energia	94%
Pavimentação Pública	80%
Gestantes que fizeram 07 ou mais consultas de pré-natal	78%
Crianças com Baixo Peso ao Nascer	09%
Mortalidade Materna	24/100.000
Mortalidade Infantil	9,9/1000

Fonte: PMU, 2008

Org.: SILVEIRA, S. E. , 2011

Esta é a situação também do setor educação que concentra importantes instituições formadoras. A cidade sedia a Universidade Federal de Uberlândia e mais 11 Instituições de Ensino Superior Privadas, intensificando também o ensino médio, cursos profissionalizantes, cursos preparatórios para vestibular e pós-graduações. Apesar disto é uma população transitória, mas que demanda diretamente ao comércio, habitação, transporte público e saúde.

4.6. Saúde em Uberlândia

A oferta de serviços de saúde em Uberlândia é realizada por mais de duzentas unidades; grande concentração de equipamentos de alta tecnologia e maior número de profissionais em exercício da região. A maior parte deste sistema corresponde a Rede SUS, cujo financiamento é público e o atendimento gratuito. Segundo o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES em 2009 havia 968 estabelecimentos de saúde na cidade.

A iniciativa privada concorre diretamente na prestação de serviços. Algumas destas empresas, inclusive, têm parte de seu atendimento conveniado junto ao SUS, possibilitando a prestação de serviços segundo os critérios do sistema, embora o que prevaleça, mesmo, é o financiamento por desembolso direto com os usuários praticando a compra dos serviços pelo preço de mercado.

Também se encontra em plena atividade o sistema de atendimento médico supletivo ou medicina de grupo a exemplo da UNIMED⁸, INTERMÉDICA⁹ e outras. Estas empresas ou cooperativas mediam a relação do usuário com as instituições ou profissionais liberais da área de saúde.

Nestas organizações, conhecidas como planos de saúde, o indivíduo ou grupo familiar contrata uma operadora e através do pagamento de cotas regulares, obtém o direito a consultas, internações e demais procedimentos pré-estabelecidos nos contratos e na legislação em vigor (UNIMED, 2008).

Todos estes serviços são concessões do SUS e funcionam sob fiscalização da Gestão Municipal. É o caso dos hospitais, consultórios, clínicas de recuperação da dependência química; procedimentos de estética; cirurgias oftalmológicas; laboratórios de análises; diagnóstico por imagem; clínicas de fisioterapia, odontologia, psicologia e outras.

Estes serviços atraem boa parte da sociedade, apesar de serem considerados caros para renda média da população. As causas são principalmente a insatisfação com os atendimentos do SUS, cujas queixas mais freqüentes, são referentes a impessoalidade, filas, falta de resolubilidade e demora (SANTOS, 2008).

Na verdade, o que determina esta insatisfação com os atendimentos públicos levando a migração de parte dos usuários para a rede privada, apesar do alto custo dos procedimentos é, principalmente, a dedução de impostos, principalmente o de renda. A renúncia fiscal praticada pelo Estado é a força que mantém este sistema paralelo ao SUS, uma conquista da iniciativa privada desde a Constituição de 1988 (SANTOS, 2008).

Dentre os limitantes aos avanços do SUS, está o financiamento federal indireto das empresas privadas de planos e seguros de saúde por meio da dedução do Imposto de Renda; co-financiamento de planos privados dos servidores públicos; não ressarcimento ao SUS pelas empresas privadas; isenções tributárias e outros, que totaliza mais de 20% do faturamento das empresas e a desregulamentação da demanda ao SUS representada pelos afiliados dos planos privados não assistidos pelos serviços desses planos (SANTOS, 2008, p.08).

⁸ UNIMED: União dos Médicos. É uma Cooperativa de serviços médicos ofertados por profissionais e estabelecimentos credenciados e regulada pela Agência Nacional de Saúde;

⁹ INTERMÉDICA: Empresa de de serviços médicos ofertados por profissionais e estabelecimentos credenciados e regulada pela Agência Nacional de Saúde.

Como consequência, limita os investimentos na saúde verdadeiramente pública e minimiza a pressão que a sociedade poderia exercer para melhoria do SUS, pois os segmentos com maior poder aquisitivo e potencial de interlocução, ao ser assistido por outros serviços deixam de ter este interesse. Além disso, sedimenta mais uma desigualdade da sociedade brasileira, pois apenas as grandes empresas e a parte da população com renda mais alta, conseguem pagá-los.

4.7. Constituição da Rede SUS em Uberlândia

Para assistir a população em sua integralidade, conforme preceitos do SUS, a Gestão Municipal dispõe de uma complexa rede de serviços de saúde com cerca de oitenta unidades, aproximadamente cinco mil profissionais e fluxos de procedimentos inter-referenciados em uma rede de atenção adequada ao atendimento das principais necessidades de saúde da população.

As ações são distribuídas entre a Atenção Primária, secundária ou terciária e realizadas simultaneamente nesta rede de serviços na qual atuam equipes multiprofissionais que têm a responsabilidade de promover, prevenir, restabelecer e reabilitar a saúde dos usuários. Há, portanto unidades voltadas para a vigilância em saúde sob diversas especificações (sanitária, ambiental, zoonoses, epidemiológica, imunização (SILVEIRA, 2009).

Outras existem para a atenção primária (Unidades Básicas de Saúde, Unidades de Saúde da Família), para o pronto atendimento (Unidades de Atendimento Integrado), além do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia e rede de saúde mental, outros programas específicos e unidades de apoio (SILVEIRA, 2009).

O financiamento para todas estas unidades que compõem a rede própria do SUS é público e a coordenação das ações é realizada pela administração Municipal através da Secretaria Municipal de Saúde. Adotar medidas para adequar os atendimentos à realidade da população em constante expansão e não se pautar nos interesses do mercado constitui-se no grande desafio.

A estrutura desta rede começou a adquirir importância a partir da década de 1980. Até então era composta basicamente do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia, campo de práticas da Faculdade de Medicina e da Escola Técnica de Saúde, especialmente dos cursos de Técnico em Enfermagem e Técnico de Patologia Clínica. Na cidade, também havia o

Centro Regional de Saúde, vinculado ao Governo do Estado de Minas Gerais e a rede de hospitais privados.

Na década de 1980, com os primeiros sinais de mudança na política de saúde do país, a administração municipal iniciou a construção de unidades básicas de saúde em bairros da cidade. Essas unidades tinham o propósito de desenvolver ações básicas de saúde, descentralizando a estrutura e permitindo maior acessibilidade dos usuários. A cidade daquela época ocupava um território menor e abrigava uma população de 240.967 habitantes.

A Rede foi reforçada na década de 1990 com a criação das Unidades de Atendimento Integrada (UAI). Idealizadas para atender procedimentos ambulatoriais, consultas especializadas e pronto atendimento, também foram distribuídas geograficamente na cidade, segundo a Prefeitura, em pontos estratégicos de cobertura.

Novas expansões da Rede de serviços até 2003 foram marcadas apenas pela construção de mais UAI que inicialmente eram quatro, chegando a 8 oito unidades atualmente. Maior em espaço físico, estrutura e com mais recursos humanos, por 15 anos esta modalidade tornou-se o principal meio de acesso dos usuários à Rede SUS.

A partir de 2003, após inúmeras reivindicações da população no Conselho Municipal de Saúde e nas plenárias do então "orçamento participativo", a Prefeitura Municipal adotou o Programa de saúde da família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACs); em áreas consideradas vulneráveis segundo dados demográficos, epidemiológicos e sócio-econômicos. Atualmente são 41 Unidades Básicas de Saúde da Família – UBSF.

Entre 2004 e 2010, também resultado de cobranças de parte da comunidade e dos profissionais, foi construído o Hospital e Maternidade Municipal, recém inaugurado e em fase de implantação. Seu funcionamento tende a amenizar a carência de leitos públicos na cidade, que se agrava com o aumento da população, mudanças no seu perfil epidemiológico e as falhas que ainda existem na estrutura de Vigilância à Saúde e Atenção Primária.

4.8. Atenção Primária em Uberlândia

Em se tratando de Sistemas de Saúde a discussão da Promoção da Saúde é precedida pela compreensão do papel desempenhado pela Atenção Primária que está na transição das políticas de

saúde para as demais ações intersetoriais voltadas para a garantia da qualidade de vida. Por isso, vem adquirindo importância sob a perspectiva de consolidação do SUS.

Os altos investimentos públicos que vem se realizando na estruturação deste nível de atenção representam o reconhecimento desta dimensão da saúde pública para a qualidade de vida da população. Assim revisões teóricas e novas publicações perseguem os melhores métodos de organização destes serviços.

Para o Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS (2004), que organiza os secretários da saúde dos estados brasileiros, a Atenção Primária à Saúde é um conjunto de intervenções no âmbito individual e coletivo envolvendo promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação, por meio de práticas sanitárias, democráticas e participativas, com trabalho em equipe e dirigidas às populações de territórios bem delimitados.

A Atenção Primária é o contato preferencial dos usuários com o sistema de saúde orientada pelos princípios da universalidade, acessibilidade, continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, vínculo, equidade e participação social (STARFIELD, 2002).

Portanto se trata de uma modalidade de assistência para organizar as práticas e os cenários de saúde, com base não apenas no conhecimento profissional, ou nos limites determinados pela gestão administrativa e política. Os serviços devem ser preparados para esta mudança de referencial, cujo êxito, está condicionado ao contato dos profissionais com a diversidade social, as particularidades de cada segmento assistido e a população em movimento (DUARTE; ANDRADE, 1990).

A rede de Atenção Primária dispõe do ambulatório do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia e também do Centro de Saúde Escola no bairro Jaraguá; oito UAI; nove UBS e 41 UBSF. O PACS foi extinto em 2005.

O ambulatório vinculado ao Hospital de Clínicas e o Centro de Saúde Escola no bairro Jaraguá respondem pelas ações de atenção primária em regiões adscritas da cidade e servem de campo de prática para os alunos da Universidade Federal de Uberlândia, funcionando na modalidade convencional de atendimento básico por demanda espontânea. Por outro lado, abrigam o Serviço de Referência para o Tratamento de Hanseníase.

Unidade de Atendimento Integrado - UAI

As UAI são unidades intermediárias com característica mista e grande diversidade de procedimentos. Parte da estrutura está voltada para a Atenção Primária e parte voltada para o pronto atendimento. Nestes espaços, atuam todas as categorias da saúde, acrescidas de equipes de apoio. É feita a classificação de riscos, um procedimento realizado por médicos e enfermeiros que acolhem os usuários na chegada a unidade, avaliando suas queixas, examinando e classificando as demandas segundo critérios de urgência.

QUADRO 17: UBERLÂNDIA: Unidades de Atendimento Integrado

Unidades de Atendimento Integrado	Endereço
UAI Luizote de Freitas (Dr. Duarte Pimentel de Ulhoa)	Rua Matheus Vaz, 465
UAI Pampulha (Irmã Dulce)	Av. João Naves de Ávila, 4.920
UAI Planalto (Tubal Vilela da Silva)	Rua do Engenheiro, 246
UAI Roosevelt (Dr. Josias de Freitas)	Av. Cesário Crosara, 4.000
UAI Tibery (Anice Dib Jatene)	Av. Benjamim Magalhães, 1.115
UAI Osvaldo/Martins (Dr. João Fernandes de Oliveira)	Av. Belo Horizonte, 1.074
UAI Morumbi	Av. Felipe Calixto Milken, 47
UAI São Jorge	Av dos Titos s/nº

Fonte: Secretaria Municipal de Planejamento Urbano e Meio Ambiente, 2007
Org.: SILVEIRA S. E., 2011

Como nas UBS, as UAI também estão localizadas estrategicamente em bairros da cidade desprovidos de outros equipamentos de saúde. Por isso, também respondem por uma população a elas referenciada e que tem o atendimento de atenção primária nestas unidades, desde consultas, passando por encaminhamentos, até a participação de grupos operativos e atividades de educação em saúde.

A UAI São Jorge é a única exceção, uma vez que no seu entorno a população é inteiramente coberta por unidades de saúde da família. Neste caso, atua como referência na região destas UBSF para consultas de especialidade e pronto atendimento.

Nas demais UAI, parte da população é coberta pelas UBSF ou por UBS. Nestes casos, o ambulatório das UAI detém parte do atendimento de consultas especializadas da rede municipal. É o caso de consultas de cardiologia, neurologia, saúde mental, dermatologia, infectologia e

outras. Também, então estruturados serviços de odontologia, serviço social e psicologia, todos eles atuando em contexto interdisciplinar, mas também com suas demandas específicas.

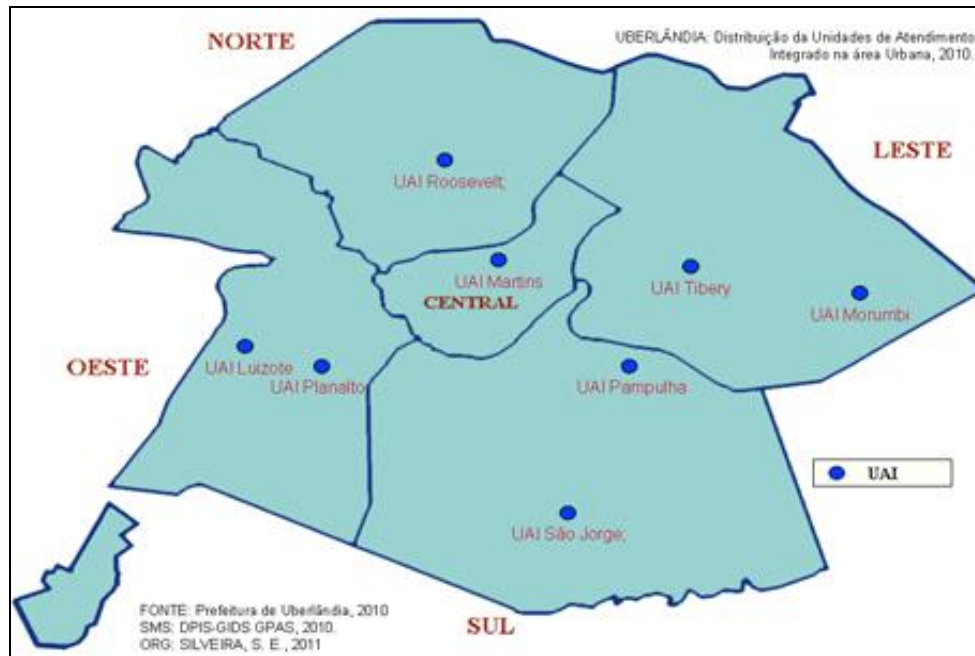


FIGURA 4: UBERLÂNDIA: Distribuição das Unidades Integradas de Saúde – UAI. Fonte: Prefeitura de Uberlândia¹⁰ 2010; SMS: DPIS/GIDS/GPAS 2010. ORG. SAMPAIO, A. A. M., 2011.

No pronto atendimento, são recebidos os casos agudos de pediatria, ginecologia e clínica. Nesta área, a estrutura principal de atendimento está montada com postos de medicação, salas de curativos, atendimento ao trauma, emergência clínica e leitos de observação. Mas especialmente, as equipes são treinadas e as unidades preparadas para os casos críticos de Urgência e Emergência relacionadas ao trauma.

Com o tempo, a insuficiência de estrutura na atenção primária no restante da rede e a expansão demográfica dificultaram o acesso dos usuários ao sistema. Nos ambulatórios existentes, ficou difícil manejar a demanda gerada e assim, o pronto atendimento das UAI tornou-se opção de escape pelos usuários, devido à agilidade, facilidade de acesso e flexibilidade de horários

¹⁰ Esquema Organizado pela equipe da SMS: Diretoria de Planejamento e Informação em Saúde; Gerência de Informação e Divulgação em Saúde; Gerência de Planejamento e Avaliação em Saúde

adequados aos trabalhadores. Esta preferência pelo pronto atendimento levou a população a pressionar pela construção de novas unidades.

Unidades Básicas de Saúde - UBS

As Unidades Básicas de Saúde são as mais tradicionais unidades de atendimento ambulatorial descentralizadas da cidade. Sua construção data da década de 1980 e desde então, passaram por modificações entre reformas, inaugurações, ampliações e fechamentos. Incluído o Centro de Saúde Escola Jaraguá, são em número de nove e estão localizadas em regiões da cidade que não dispõem de Equipes de Saúde da Família, do Ambulatório da UFU ou de uma das UAI. Atuam com uma população de referência, cujo processo de cadastro acontece por meio de demanda espontânea, ou seja, da ação do usuário de se dirigir até a unidade de saúde para resolver alguma questão. A área de abrangência de uma UBS depende dos bairros a elas referenciados.

QUADRO 18 – UBERLÂNDIA: Unidades Básicas de Saúde

Unidades Básicas de Saúde	Endereço
UBS Brasil	Av. Mato Grosso, 2.282
UBS Custódio Pereira	Av. Tito Teixeira, 1.236
UBS Dona Zulmira	Rua Mica, 243
UBS Nossa Senhora das Graças	Rua Siqueira Campos, 101
UBS Patrimônio	Rua Tenente Rafael Freitas, 530
UBS Tocantins	Rua Joaquim Carrijo Netto, 758
UBS Santa Rosa	Rua Santa Catarina, 2.825
UBS Guarani	Rua da Polca, 601
Centro de Saúde Escola Jaraguá	Av. Aspirante Mega, 77

Fonte: Secretaria Municipal de Planejamento Urbano e Meio Ambiente, 2007
Org.: SILVEIRA S. E., 2011

As unidades físicas são prédios menores que as UAI e abrigam uma equipe mista responsável por um elevado número de procedimentos. Nestas unidades também se encontra em fase de implantação o sistema de classificação de riscos, operado por um médico e uma enfermeira em regime de tempo integral. O atendimento dos pacientes classificados segundo o grau de importância das demandas é direcionado às especialidades médicas tradicionais da atenção primária que são a ginecologia, a pediatria e a clínica médica.

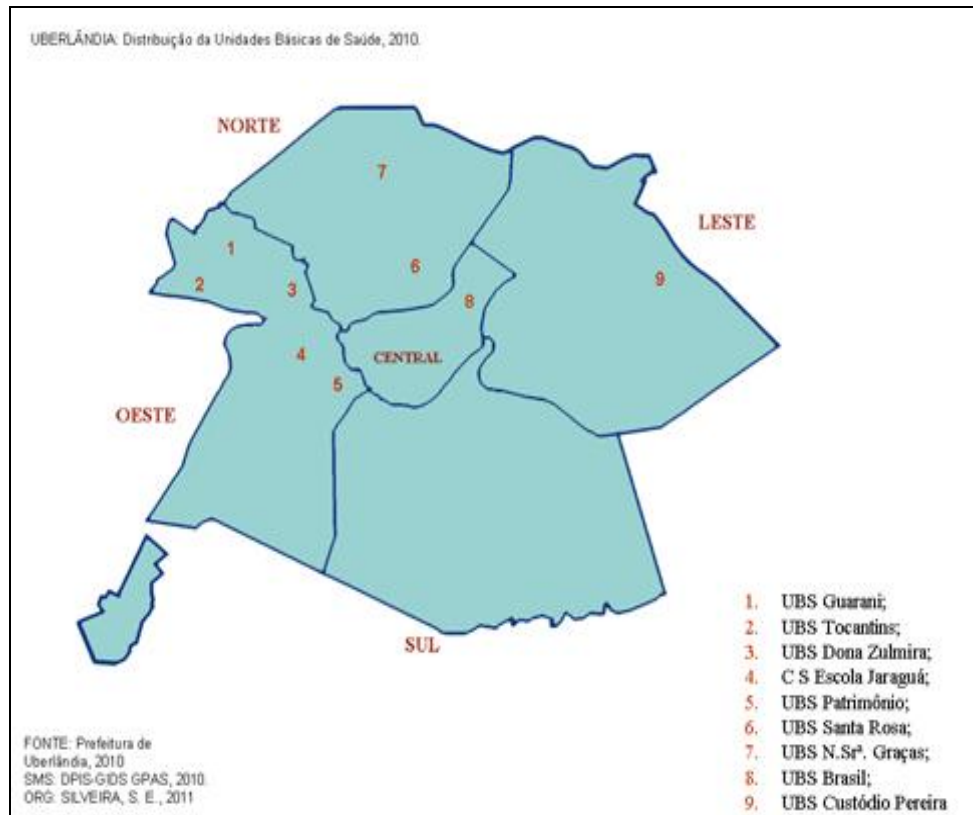


FIGURA 5 - UBERLÂNDIA: Distribuição das Unidades Básicas de Saúde. Fonte: Prefeitura de Uberlândia¹¹, 2010. Org.: SMS: DPIS/GIDS/GPAS, 2010. Org.: ORG. SAMPAIO, A. A. M.,

Na clínica médica, as consultas são dirigidas ao paciente adulto com queixas gerais ou nos grupos prioritários: hipertensão e diabetes. A pediatria atende tanto as demandas curativas com doenças sazonais, bem como e principalmente a puericultura. Na ginecologia, acontecem as consultas de pré-natal às gestantes do bairro e referentes aos problemas ginecológicos apresentados. Também, outros aspectos da saúde da mulher como métodos contraceptivos, planejamento familiar, prevenção aos cânceres de mama e uterino.

Em várias destas unidades os atendimentos são compartilhados por médicos e enfermeiros. Mas a enfermagem conta ainda com uma equipe de profissionais de nível médio que atuam nos curativos, administração de medicamentos, na organização da sala de vacina, bem como na imunização da população e auxiliando nas consultas. Além disto há um Agente

¹¹ Esquema Organizado pela equipe da SMS: Diretoria de Planejamento e Informação em Saúde; Gerência de Informação e Divulgação em Saúde; Gerência de Planejamento e Avaliação em Saúde

Comunitário de Saúde - ACS, que nestas unidades tem sua atividade voltada para a busca ativa de pacientes de interesse da unidade em circunstâncias especiais.

Com significativa demanda, nas UBS o usuário encontra também atendimento odontológico. A estrutura montada é operada por profissionais Dentistas, Técnicos de Higiene Dental e Auxiliar de Consultório Odontológico que realizam ações de orientação e prevenção, mas também de reparações.

Por sua vez, profissionais de Psicologia e do Serviço Social, têm agenda permanente nas UBS com diversificada demanda que se estende desde o acompanhamento de alterações no comportamento, cujos procedimentos são integrados ao Programa de Saúde Mental, até manifestações estruturais relacionadas com desemprego, busca por medicamentos não padronizados pela rede de municipal, conflitos familiares e outros.

Unidades Básicas de Saúde da Família - UBSF

O Programa de Saúde da Família foi a grande estratégia adotada pelo MS a partir de 1994 para redirecionar as ações de Atenção Primária. Estas unidades são pontos de apoio a partir dos quais a equipe de profissionais assiste a uma população adscrita dentro de uma base territorial, chamada de área. Os moradores deste território de cuidado, aproximadamente 4.500 pessoas são cadastradas com dados de localização, perfil epidemiológico, característica das moradias, entre outros.

Estas informações possibilitam alimentar o sistema de informação específico para o programa, que é o SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica, ferramenta que permite a emissão de relatórios específicos de acordo com as informações que se deseja, de modo a subsidiar a equipe no planejamento de suas ações.

Como estrutura da Atenção Primária, as UBSF têm o papel de garantir o primeiro contato, ou seja, são a porta de entrada do usuário no sistema. Assim, todas as demandas de promoção, prevenção ou curativas, dentro destas áreas adstritas, devem prioritariamente ter o primeiro contato com o SUS pelo Programa Saúde da Família.

QUADRO 19 – UBERLÂNDIA: Unidades Básicas de Saúde da Família - UBSF

Unidades PSF	Endereço
Aclimação Área 8	Av. João de Souza Brito, nº 184 – Bairro Aclimação
Alvorada Área 4	R. Edézio Fernandes de Morais, nº 121 – Bairro Alvorada
Aurora Área 23	R. Congresso, nº 743 - Bairro Aurora
Canaã I Área 9	R. Gaza, nº 238 – Bairro Canaã
Canaã II Área 11	R. Creta nº 413 – Bairro Canaã
Canaã III Área 10	R. Sinai, nº 1184 – Bairro Canaã
Cruzeiro dos Peixoto Área 15	R. João Cláudio Peixoto, nº 114 – Zona Rural
Dom Almir Área 5	R. da Consolação, nº 104 – Bairro Dom Almir
Granada I – Área 20	R. Geraldino M. rodrigues nº 63 – Bairro Granada
Granada II Área 19	Alameda Pio Batista Moraes nº 134 – Bairro Granada
Ipanema I Área 6 / Ipanema II Área 34	Rua Gilberto Roland Cunha, nº 138 – Bairro Ipanema
Jardim das Palmeiras I Área 14	R. do Cisne, nº 311 – Bairro Jd. Das Palmeiras
Jardim das Palmeiras II Área 13	R. do Garçom, nº 389 – Bairro Santo Inácio
Jardim das Palmeiras III Área 31	R. do Tico- Tico, nº 112 – Bairro Jd. Das Palmeiras
Joana D'arc Área 7	R. Ana Maria de Jesus, nº 300- Bairro Prosperidade
Lagoinha I Área 16 / Lagoinha II Área 17	R. Pio XII, nº353 – Bairro Lagoinha
Laranjeira Área 22	R. Seme Simão, nº 1725 – Bairro Laranjeiras
Martinésia Área 15	Av. José Pedro Ferreira, nº 18 – Zona Rural
Maravilha – Área 40	Rua Tiago nº 287 – Bairro Maravilha
Miraporanga Área 15	R. da Abadia, nº 10 – Zona Rural
Morada Nova Área 12	Av. Aldo Borges Leão nº 15 – Bairro Morada Nova
Morumbi I Área 1	R. das Emas nº 57 – Bairro Morumbi
Morumbi II Área 2	R. das Vertentes nº 248 – Bairro Morumbi
Morumbi III Área 3	R. Pimenta nº 29 – Bairro Morumbi
Morumbi IV Área 33	R. Antônio Jorge Isaac, nº 578 – Bairro Morumbi
São José – Área 39	R. Delfina Almeida s/n – Bairro São Jorge
Santa Luzia Área 18	Av. Najila Alípio Abrão, nº 547 – Bairro Santa Luzia
São Gabriel Área 30	R. Serra do Cachimbo, nº 851 – Bairro São Jorge
São Jorge I Área 24	R. Dólar, nº 642 – Bairro São Jorge
São Jorge II Área 25 / São Jorge III Área 29	R. Ângelo Cunha, nº 269 – Bairro São Jorge
São Jorge IV Área 26	R. Alípio José de Souza nº 51 – Bairro São Jorge
São Lucas Área 32	R. do Ceramista, nº 94 – Jd. das Palmeiras
Seringueiras I Área 27	R. Fausto H. Matias nº 176 – Bairro Seringueiras
Seringueiras II Área 28	R. Chapada dos Parecis nº 56 – Bairro Seringueiras
Shopping Park Área 21	R. Agenor Lemes Garcia, nº 83 – Bairro Shopping Park
Taiaman I – Área 35	R. das Falutas nº 62 – Bairro Taiaman
Taiaman II – Área 36	R. do Alumínio nº 164 – Bairro Taiaman
Mansour I e II – Áreas 37 e 38	R. Rio claro nº 140 – Bairro Mansour I
Tapuirama Área 15	Av. José Pedro Abalem, nº 1.122 – Zona Rural

Fonte: Secretaria Municipal de Planejamento Urbano e Meio Ambiente, 2007. Org.: SILVEIRA S. E., 2011

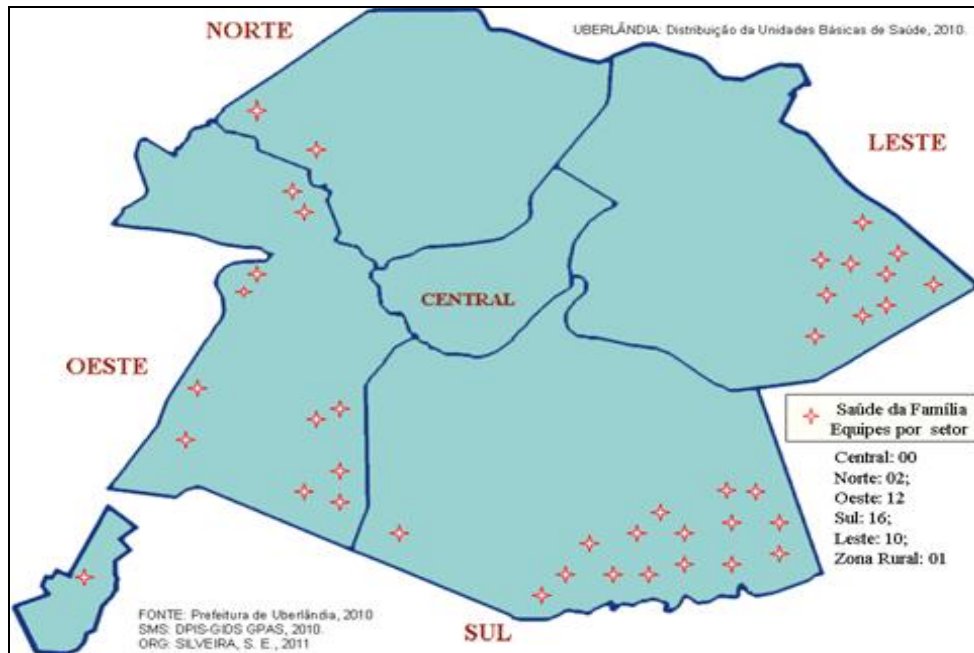


FIGURA 6: UBERLÂNDIA: Distribuição das Unidades Básicas de Saúde da Família.
 Fonte: Prefeitura de Uberlândia¹², 2010. Org.: SMS: DPIS/GIDS/GPAS, 2010

A rotina da unidade deve possibilitar agendas de consultas, médicas e de enfermagem, em acordo com a demanda apresentada pela população. Do mesmo modo, são organizados atendimentos planejados pelos profissionais dirigidos aos segmentos prioritários: pediatria, gestantes, hipertensos, diabéticos, tuberculose e hanseníase.

A visita domiciliar é a mais importante ferramenta de ligação entre os usuários e a equipe de saúde da família. Por isso, esta atribuição não é exclusiva do Agente Comunitário de Saúde - ACS e deve ser assumido por todos os integrantes da equipe que devem realizá-la pelo menos uma vez por mês.

Na visita, é possível monitorar dentro de critérios que preservem a privacidade da família, como acontece a relação entre os membros daquele núcleo familiar, além de fornecer dados importantes sobre mudanças na condição de saúde dos mesmos, como óbito, nascimento, internações, gravidez e outros mais.

¹² Esquema Organizado pela equipe da SMS: Diretoria de Planejamento e Informação em Saúde; Gerência de Informação e Divulgação em Saúde; Gerência de Planejamento e Avaliação em Saúde

As informações coletadas na visita domiciliar são registradas no prontuário do usuário (prontuário família preferencialmente), e também num conjunto de fichas organizadas pelo ACS chamada de fichas B e consolidadas em outras (fichas C e D) semanalmente e mensalmente pelo agente junto com o enfermeiro.

Posteriormente, os dados também são digitados no SIAB. As fichas B, ficam permanentemente com a ACS e são dirigidas aos grupos considerados prioritários para a Atenção Primária: Gestantes, Crianças, Hipertensos, Diabéticos, Hansenianos e Tuberculosos.

As informações são utilizadas a fim de melhorar os indicadores de saúde da comunidade. Assim a equipe da UBSF, desenvolve atividades de educação em saúde dentro de sua área de abrangência, envolvendo, creches, escolas, igrejas, praças, associações de moradores, e, principalmente, na própria unidade, com os chamados grupos operativos.

A responsabilidade de realizar estas ações de educação em saúde é compartilhada por todos os membros da equipe cuja composição mínima é um médico, um enfermeiro, um auxiliar ou técnico de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários de saúde. Pode ainda ser reforçada com demais profissionais que a gestão municipal disponibilize. No caso de Uberlândia, isso já ocorre com assistentes sociais, psicólogos, oficiais administrativos, dentistas em algumas unidades e até educadores físicos.

Fluxo de Referência e Contra-Referência

A atenção primária, representada pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF), são os locais onde as ações de promoção e prevenção a saúde como a educação para a saúde, planejamento familiar, imunização e pré-natal são realizados. Na média complexidade, entre outros tipos de atendimento, devem acontecer as consultas de especialidades ou internações de curta duração. Na alta complexidade, são procedimentos que demandam maior densidade tecnológica e profissionais especializados.

Nessa lógica, para que uma pessoa possa obter cuidado integral, é necessário que haja um fluxo pré-estabelecido e bem definido entre as unidades e, também, mecanismos de regulação e controle. Da capacidade de organização do serviço depende a garantia de que ao encerrar as possibilidades de cuidado em um nível de assistência, o usuário possa migrar para outro nível sem que neste, tenha que reiniciar, novamente o processo terapêutico.

Tradicionalmente para ilustrar essa rede de cuidados, usava-se a expressão hierarquia, também era apresentada a figura de uma pirâmide na qual a base era composta pelos procedimentos da atenção primária, enquanto no meio e ápice se encontravam afunilando, a média e alta complexidade, respectivamente. Atualmente, esse modelo é pensado no sentido de horizontalidade e continuidade de cuidados e a representação piramidal da Rede, foi substituída por círculos.

Sabe-se que para que haja saúde é necessário um conjunto de políticas públicas direcionadas ao atendimento das necessidades humanas básicas ou no enfrentamento dos determinantes sociais da saúde. Então, é possível pensar que a concentração de investimentos diretamente no setor saúde pode não ser suficiente.

Além dos equívocos na concepção de assistência, muitas vezes centrada no tratamento da doença, parte dos recursos acaba fortalecendo as corporações econômicas fortemente organizadas no setor, ou são investidos na manutenção da burocracia do município, seja ela própria ou terceirizada em contratos com organizações não governamentais.

Desse modo há a hipótese que para a efetiva melhoria da cobertura a saúde da população é necessária uma decisiva ação de democratização das informações referentes ao sistema de saúde, através do conselho municipal e distritais de saúde, além de ações concretas de educação em saúde relacionadas a todos os aspectos da boa saúde, bem como mudanças na concepção da gestão e de fatores envolvidos na administração.

Porém, esta democratização de informações deve confluir e ao mesmo tempo ser alicerçada pela unidade de ação dos órgãos de saúde e educação com os de meio ambiente, trabalho, habitação, transporte e outras, concretizando o princípio da intersetorialidade na promoção da saúde. Deste modo, sem que o setor saúde fique isolado, é possível que a qualidade de vida geral da população melhore e esta passe a avaliar mais positivamente o sistema de saúde.

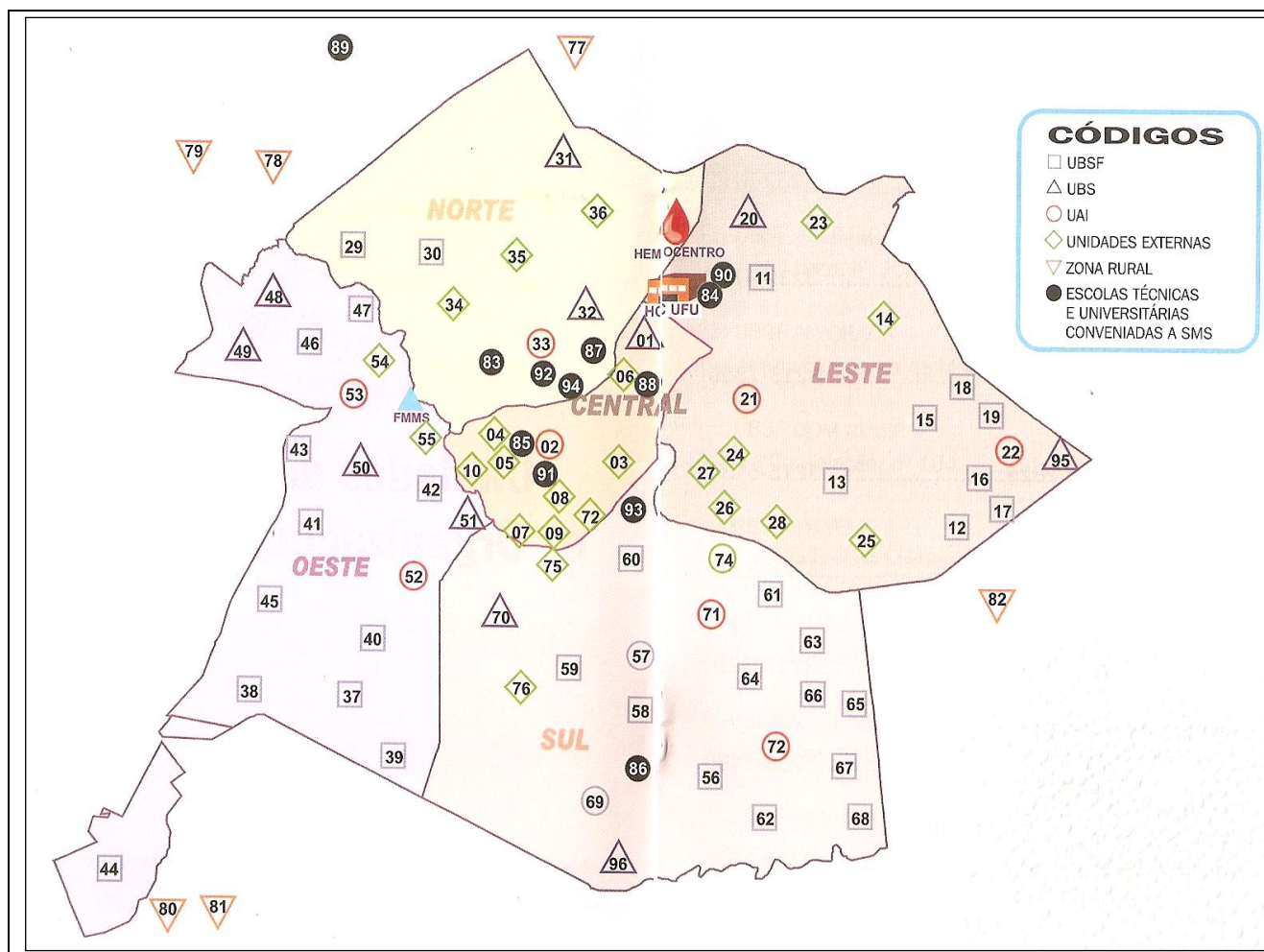


FIGURA7: UBERLÂNDIA: Rede Integrada de Atenção a Saúde. Fonte: Prefeitura de Uberlândia¹³, 2010. Org.: SMS: DGPES/NIS ,2009.

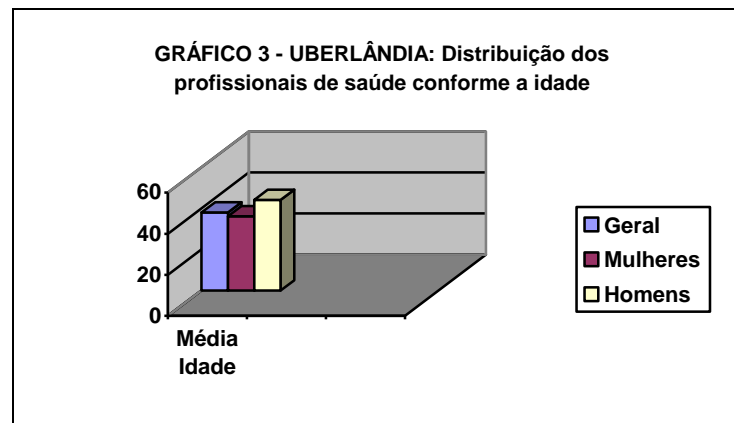
¹³

Agenda de Promoção e Educação em Saúde. DGPES. Uberlândia, 2008.

4.9. Dados gerais dos entrevistados

Conforme metodologia adotada o projeto previa um total de 72 participantes, no entanto, foram realizadas 65 entrevistas, número suficiente para viabilizar a amostra. Houve a participação de profissionais de todos os setores da cidade conforme a seguinte distribuição: central 06, norte 09, Sul 14, leste 17 e oeste 19.

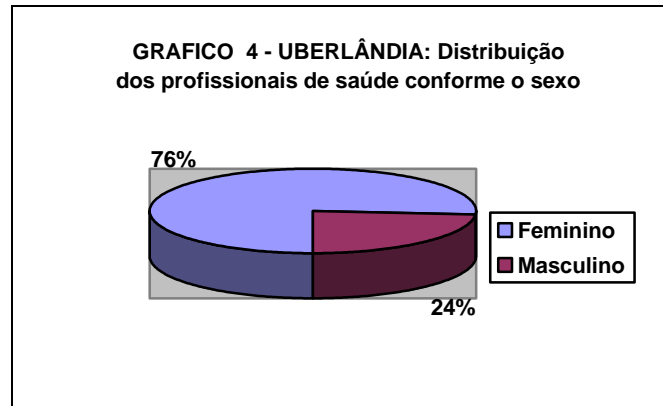
No grupo de profissionais que aceitaram responder à entrevista, entre as caracterizações, relacionadas à média de idade, observou-se uma predominância do sexo masculino, conforme apresentado no gráfico abaixo.



Fonte: Pesquisa de Campo/Nov./2010. Org.: SILVEIRA S. E.

Trata-se de um grupo maduro cronologicamente, pois a média de idade geral foi de 38 anos, sendo 36 anos para o grupo feminino e 44 para o masculino.

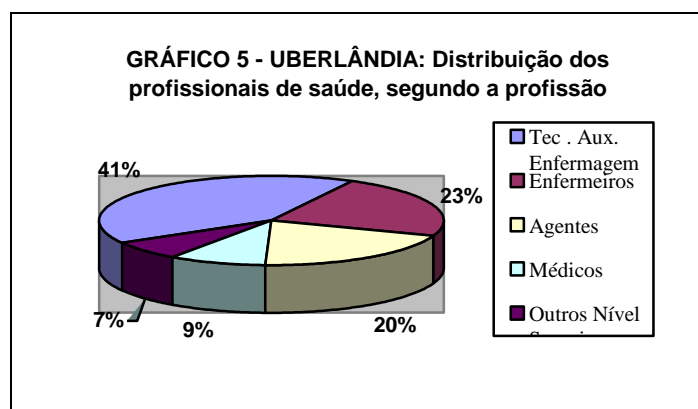
Na caracterização do grupo entrevistado, percebe-se a ocorrência de alguns elementos comuns ao setor saúde, como por exemplo, a ocorrência e preponderância das mulheres que eram de 76,8% em relação aos homens que participaram com 23,5% podendo tais informações ser observadas no Gráfico quatro.



Fonte: Pesquisa de Campo/Nov./2010. Org.: SILVEIRA S. E.

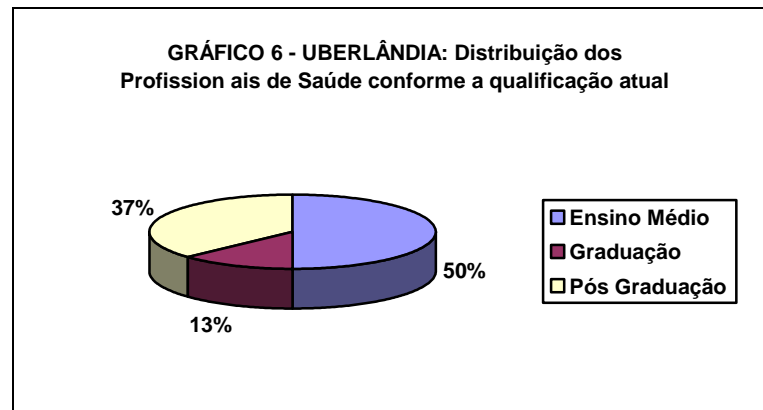
Sobre a função desempenhada no sistema houve maior adesão dos Técnicos e Auxiliares de Enfermagem (41%) e Agentes de Saúde (20%), que juntos representam 61% dos entrevistados.

Os Enfermeiros são responsáveis por 23% do total de entrevistas respondidas, enquanto que os Médicos correspondem a 09% e os demais profissionais de nível superior são 07%. Somados, estes profissionais de nível superior, neste trabalho são menos de 39% do cômputo geral, de acordo com o Gráfico cinco.



Fonte: Pesquisa de Campo/Nov./2010. Org.: SILVEIRA S. E.

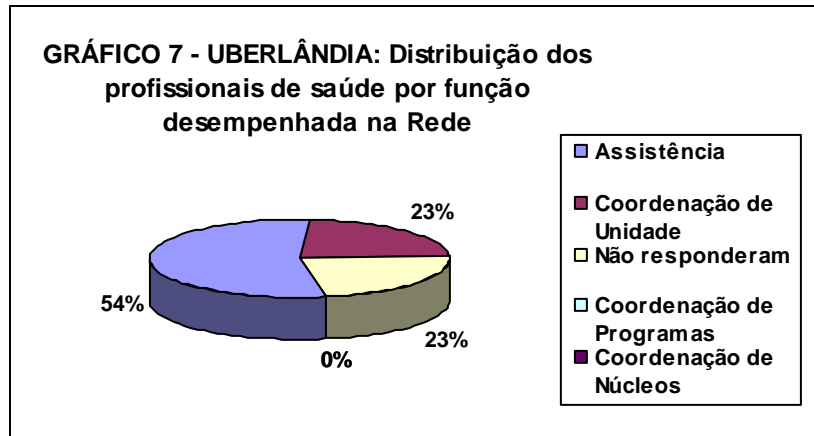
Apesar desta participação mais expressiva dos profissionais que trabalham na rede de saúde em funções que exigem formação de nível médio, o sexto Gráfico que apresenta a formação atual, mostra que exatamente 50% dos sujeitos que aderiram à pesquisa têm formação em cursos de nível superior, sendo que 37%, inclusive, são pós-graduados.



Fonte: Pesquisa de Campo/Nov./2010. Org.: SILVEIRA S. E.

Estes dados sobre a formação atual revelam que os profissionais têm buscado se qualificar e que alguns atuam em funções para as quais foram selecionadas, mas aquém de seu potencial. Esta situação, de ter um potencial superior ao que é exigido para o trabalho, apesar possibilitar uma pequena progressão na carreira, pode contribuir para a insatisfação com o trabalho.

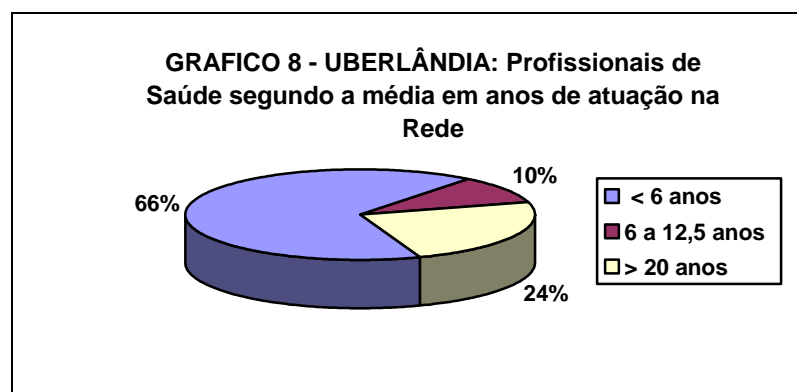
O Gráfico sete, sobre a função ocupada na rede, mostra que 23% não responderam a questão e nenhum assinalado para as opções “Coordenadores de Programas” ou “Coordenadores de Núcleo”, Estas funções são técnicas, porém com responsabilidades administrativas e, portanto com um viés de confiança ou política, sendo nomeadas pelo Gestor. Entre os que responderam, 54% disseram que trabalham na assistência e os demais 23% são coordenadores de Unidade.



Fonte: Pesquisa de Campo/Nov./2010. Org.: SILVEIRA S. E.

O tempo de trabalho no setor saúde representado em anos mostrou que, apesar de ser um grupo maduro cronologicamente como verificado anteriormente, trabalha no setor saúde há pouco tempo, sendo que 66% destes estão, em média, com apenas seis anos de atuação. Outros 10% possuem 12 anos e 24%, mais de 20 anos, podendo ser verificado no Gráfico oito.

Uma das possibilidades para se explicar este dado, é que até recentemente, como foi verificado no capítulo I, havia poucas escolas de formadoras de profissionais e o sistema de saúde não era municipalizado. A municipalização aumentou a demanda e abertura de novos cursos em algumas áreas, o que supriu parcialmente a carência. Deste modo, melhorou a disponibilidade destes profissionais no atendimento à sociedade nos últimos anos.

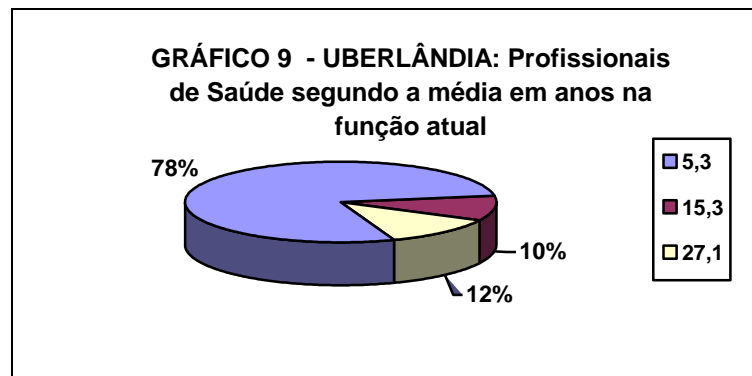


Fonte: Pesquisa de Campo/Nov./2010. Org.: SILVEIRA S. E.

Quando da adoção da Estratégia Saúde da Família no Brasil, conforme já foi discutido neste estudo, uma das preocupações dos idealizadores estava relacionada a rotatividade dos profissionais, ou seja, da incapacidade de estabelecer vínculos terapêuticos duradouros com a comunidade, devido a constantes mudanças de emprego. Mas, ao menos nos entrevistados deste estudo, há uma tendência de superação desta dificuldade, vide gráfico número oito.

A avaliação do tempo em que desempenham a função atual demonstra uma tendência de manutenção dos vínculos e funções desempenhadas. 78% estão em média há 5 anos e 3 meses na função em trabalham atualmente. Mas, há que se lembrar que a maior parte dos entrevistados trabalha na saúde há poucos anos, após implantação de novos serviços como é o caso de Uberlândia correspondendo ao período de implantação da Estratégia Saúde da Família.

Outros 10% atuam em média há 15, 3 anos e 12% há mais de 20 anos na função. Ou seja, pessoas que iniciaram seu trabalho antes mesmo de surgir o SUS, também raramente mudaram de unidade ou função contrariando esta tendência de rotatividade e indicando uma perspectiva de acomodação positiva das equipes e seu maior vínculo com a população assistida.



Fonte: Pesquisa de Campo/Nov./2010. Org.: SILVEIRA S. E.

4.10. Educação Em Saúde Segundo os Profissionais da Atenção Primária

A análise das respostas obtidas na entrevista mostrou que de maneira geral, há uma compreensão dos profissionais em relação ao tema, mas há muitas confusões sobre conceitos, ações, envolvimento e mesmo na avaliação dos resultados. Também a descrição das experiências desenvolvidas por outras organizações ficou a desejar como se verá na discussão das tabelas seguir.

A maioria dos participantes definiu a Educação em Saúde como Promoção da Saúde relacionada prioritariamente às ações de prevenção e troca de experiências. Do ponto de vista da oferta de serviços de atenção à saúde, é um bom sinal, porque sugere democratização das relações e até uma ênfase na Atenção Primária à Saúde conforme mostra a Tabela dois.

TABELA 2 – UBERLÂNDIA: Educação em Saúde segundo o entendimento dos profissionais

O que Você entende por Educação em Saúde?	%
Prevenção e promoção da saúde individual e coletiva	30
Troca de Experiências entre profissionais, população e gestores	20
Método de capacitação Profissional	15
Combinação de Experiências	10
Relacionado a questões éticas	10
Não Responderam	15
TOTAL	100%

Fonte: Pesquisa de Campo/Nov./2010. Org.: SILVEIRA S. E.

O problema é que, não há sequer uma menção às políticas públicas intersetoriais que assegurem entornos saudáveis e no tocante a Educação em Saúde propriamente dita, as respostas relacionam mais aos processos de qualificação e atualização dos profissionais de saúde.

Esta tendência se confirmou na Tabela três, na qual são descritas as atividades de Educação em Saúde conhecidas. Os grupos de orientação foram apontados nas respostas, seguido

na proporção de ¼ pela aprendizagem para uma boa qualidade de vida, que seria a resposta mais próxima do conceito ideal.

TABELA 3 – UBERLÂNDIA: Atividades de Educação em saúde conhecidas

Atividades de Educação em Saúde que Você Conhece?	%
Grupos de Orientação	60
Aprendizagem para a Qualidade de Vida	15
Atualização profissional	15
Não responderam	10
TOTAL	100%

Fonte: Pesquisa de Campo/Nov./2010. Org.: SILVEIRA S. E.

A tendência de relacionar a Educação em Saúde com a prevenção ou educação profissional, seguiu praticamente todo o conjunto de respostas. Quando questionados sobre qual a importância atribuída às atividades conhecidas, 25 % disseram que promovem o aperfeiçoamento profissional, enquanto que promover a mobilização e as tomadas de decisão pela comunidade, acrescidas de democratização das informações sobre a saúde e o estímulo às mudanças nos estilos de vida, somados, compõem o entendimento de 50% dos entrevistados, conforme apresentado na Tabela quatro.

TABELA 4 – UBERLÂNDIA: Importância das atividades de Educação em Saúde

Qual a importância das atividades de Educação em Saúde que Você Conhece?	%
Estimulam mudanças no estilo de vida	30
Promovem aperfeiçoamento profissional	25
Democratiza informações sobre a saúde	15
Promove a mobilização e as tomadas de decisões pela comunidade	10
Respostas Inespecíficas ¹⁴	12
Não responderam	08
TOTAL	100%

Fonte: Pesquisa de Campo/Nov./2010. Org.: SILVEIRA S. E.

¹⁴ Respostas que repetiram termos colocados em respostas anteriores, ou citando algum programa da SMS, ou à captação de recursos.

Quanto às atividades que são desenvolvidas nas unidades, excetuando-se as caminhadas e a Unibiótica, todas as demais têm uma variação muito pequena entre uma unidade e outra e aparecem na maioria dos relatos, como está demonstrado na Tabela cinco. As mais citadas são reuniões organizadas pelos profissionais, dirigidas a grupos específicos de usuários, previamente escolhidos e convidados.

TABELA 5 – UBERLÂNDIA: Atividades de Educação em Saúde realizadas pela Equipe

Quais as atividades de Educação em Saúde realizadas no seu trabalho?	%
Grupos e sala de espera	38
Atualização Profissional	12
Caminhadas	10
Orientações	06
Acompanhamento Familiar	06
Oficinas de Trabalhos Manuais	03
Unibiótica	03
Palestras	06
Minicursos	06
Não responderam	10
TOTAL	100%

Fonte: Pesquisa de Campo/Nov./2010. Org.: SILVEIRA S. E.

As salas de espera são momentos de rápidas conversas que acontecem nas unidades, coordenadas pelos profissionais, geralmente os Agentes de Saúde que discorrem sobre determinado tema dirigindo-se aos presentes na unidade que por algum motivo, aguardam seu atendimento.

TABELA 6 – UBERLÂNDIA: Local de realização das atividades de Educação em Saúde

Onde são realizadas estas atividades de Educação em Saúde?	%
Própria unidade de saúde	40
Igreja	11
Escola	08
Rua	08
Praça	08
Outros 'equipamentos sociais'	11
Centro Municipal de Estudos e Projetos Educacionais - CEMEPE	03
Não responderam	11
TOTAL	100%

Fonte: Pesquisa de Campo/Nov./2010. Org.: SILVEIRA S. E.

Isto justifica o fato de que a imensa maioria destas ações seja executada na unidade de saúde, conforme Tabela 6, porque se aproveita o fluxo normal de usuários e apenas uma pequena parte, é preparada pela equipe e realizada em outros espaços, como igrejas, ruas e praças. As referencias para ações de “outros equipamentos sociais”, com 11%, representam iniciativas de outros segmentos, independente de governamentais ou não.

Na Tabela sete, é apresentado o agrupamento de respostas para atividades de Educação em Saúde produzidas por outras organizações locais da área de abrangência. 35% disseram que não existem estas atividades e 7% emitiram respostas inespecíficas. Assim, quase a metade dos profissionais não demonstrou interação com organizações que não sejam públicas.

TABELA 7 – UBERLÂNDIA: Atividades de Educação em Saúde promovidas por outras organizações

Atividades de Educação em Saúde de outras organizações da área de abrangência.	%
Não existem	35
Clube de Mães, Igreja, Alcoólicos Anônimos,	16
Atividade nas Escolas e Creches	15
Atividades esportivas	12
Unibiótica	12
‘Poder Público’	03
Respostas Inespecíficas	07
TOTAL	100%

Fonte: Pesquisa de Campo/Nov./ 2010 . Org.: SILVEIRA S. E.

O estranho nestas respostas é que, como houve grande participação dos profissionais de nível médio, haveria a possibilidade de uma riqueza maior de informações, já que muitos são Agentes de Saúde que segundo as recomendações para a contratação destes trabalhadores, deveriam ser recrutados nas comunidades justamente por sua participação em organizações. Além disso, como o foco de seu trabalho não é a unidade e circulam pela área de abrangência, poderiam se deparar com estas experiências.

Por outro lado também, reflete uma acomodação da comunidade onde a presença institucional acontece, como se a responsabilidade em promover a Educação em saúde, de fato, passasse a ser somente das equipes de saúde integrante Estados, como determina os pressupostos

do SUS. A somatória das iniciativas verificadas pelas equipes, totalizaram 55% das respostas citando desde atividades nas escolas, às desenvolvidas por Organizações Não Governamentais - ONGs.

Conforme Tabela oito, as atividades de Educação em Saúde, em sua imensa maioria, são programadas e divulgadas pelos profissionais de saúde, com convites dirigidos a grupos específicos de usuários, como portadores de hipertensão arterial, diabetes, crianças, gestantes, idosos, saúde mental, entre outros.

TABELA 8 – UBERLÂNDIA: Métodos, Conteúdos e Escolha das atividades de Educação em Saúde pela Equipe

Como acontecem estas atividades de Educação em Saúde quanto a orientações, métodos, conteúdos e escolha do público alvo?	%
Informações levadas pelos profissionais	19
Convites dirigidos aos grupos específicos: Diabéticos, Hipertensos, Crianças	23
Materiais de divulgação como folders e panfletos	11
Reuniões abertas ao público	08
Diagnóstico Local e Perfil Epidemiológico	08
Discussões do Plano Diretor de Atenção Primária	06
Convite Geral com Divulgação do Tema	04
Peças Teatrais	04
Documentários	04
Não responderam	13
TOTAL	100%

Fonte: Pesquisa de Campo/Nov./2010. Org.: SILVEIRA S. E.

Outras ações de Educação em Saúde são atividades abertas ao público geral, algumas com a finalidade de discutir o Plano Diretor de Atenção Primária e outras propostas de organização comunitária como a participação nas conferências e Conselhos. São empregados materiais de divulgação, peças teatrais e até documentários diversos. Os 13% que não responderam representam até um número pequeno em relação aos 35% que afirmaram que não existem outras ações na área de abrangência, verificado na Tabela oito.

O registro das ações de Educação em saúde teve o livro de ata aparecendo como a principal forma de documentação. Até como consequência da maioria das ações serem desenvolvidas pelas equipes de saúde e nas unidades, onde se faz necessária a prestação de contas

da equipe para as supervisões, a documentação torna-se uma exigência do sistema. Mas além deste, pelas mesmas razões, também as listas de presença e mapas de grupo¹⁵, conforme Tabela nove.

TABELA 9 – UBERLÂNDIA: Registro das Atividades de Educação em Saúde pela Equipe

Registro das ações de Educação em Saúde	%
Livro de Atas	33
Lista de Presença	13
Mapas de Grupo	15
Cadernos de Grupo	08
Fotografias	08
Formulário Próprio	05
Filmagem	03
Relatórios	03
Respostas Inespecíficas	04
Não responderam	08
TOTAL	100%

Fonte: Pesquisa de Campo/Nov./2010. Org.: SILVEIRA S. E.

Outra forma de documentação citada foram as fotografias. Mas apenas 8% das entrevistas referiram-se a este tipo de recurso. Em algumas das unidades, nas quais este meio é empregado, as mesmas encontram-se expostas em murais ou são orgulhosamente apresentadas pelos membros da equipe aos usuários e ou, a visitantes como este pesquisador.

Observando a Tabela dez, verifica-se que as iniciativas não são bem avaliadas pelos profissionais. Apenas 30% avaliaram como positivo ou excelente e 36% entendem que as atividades são satisfatórias, regulares ou medianas e outros 18% que são péssimas e 6% insuficientes. Somadas aos que sequer responderam, têm-se uma proporção de 70% dos entrevistados com entendimento de que estas atividades não atingem seus objetivos como deveriam.

¹⁵

Mapas de grupo são impressos cujo cabeçalho é preenchido com as informações sobre a atividade desenvolvida, o nome e matrícula dos profissionais presentes na atividade e a seguir, a lista com os nomes e assinatura dos usuários que participaram. Os dados destes documentos são digitalizados e contabilizados na produção das equipes e profissionais.

Será necessário averiguar as razões para este padrão de percepção e quais fatores podem estar relacionados. Algumas das hipóteses são: a rotina institucional que leva as pessoas a reproduzirem mecanicamente as ações; sobrecarga a poucos membros da equipe, não havendo revezamento na facilitação do processo; inaptidão de parte da equipe para atuar com a Promoção da Saúde; desintegração do trabalho da equipe em relação aos demais equipamentos sociais presentes na área de abrangência da unidade.

Também é possível que os profissionais sejam muito exigentes ou criteriosos com sua avaliação; que os usuários, apesar do envolvimento, apresentem poucos sinais de mudanças em seus hábitos proporcionando um falso resultado negativo. Estas são apenas algumas hipóteses, que precisam ser investigadas em outros trabalhos acadêmicos ou pela gestão municipal.

TABELA 10 – UBERLÂNDIA: Resultados da Educação em Saúde para a população segundo relato dos profissionais de saúde

Qual é o Resultado da Educação em Saúde para a qualidade de vida da população na área de abrangência?	%
Regular a Satisfatório	36
Péssimos	18
Muito positivo	18
Excelente	12
Insuficientes	06
Não responderam	10
TOTAL	100%

Fonte: Pesquisa de Campo/Nov./2010. Org.: SILVEIRA S. E.

Mas se por um lado, para alguns, esta experiências não estão favorecendo diretamente aos usuários, contraditoriamente, outros profissionais têm opinião extremamente diferente, pois a avaliaram muito positivamente, entendendo que houve avanços que se estendem desde a melhoria na qualidade de vida dos usuários, organização da demanda, promoção do auto cuidado, economia de recursos e até diminuição das internações, conforme Tabela 11.

Observa-se que parte destas respostas poderia estar na questão anterior, cujo objetivo era avaliar os efeitos sobre a vida dos usuários. Mas, o contraditório não é o mesmo que irregular. Ao avaliar que determinado aspecto é positivo para o SUS, de fato, muito mais positivo será para os usuários do que para as instituições. Embora aqui as respostas sejam extensivas não apenas as iniciativas públicas, mas também as não governamentais.

Outro aspecto importante é que não há um recorte histórico. A questão é dirigida ao conjunto da rede que tem diferentes momentos de implantação de seus serviços e também da introdução de práticas educativas na rotina das unidades. O padrão de respostas sugere a percepção de uma condição perene presente em todo o tempo do profissional na rede.

Assim, para os profissionais, estas ações, com todas as suas fragilidades, já são inerentes ao exercício do trabalho em saúde. Apesar de muitos, como verificado anteriormente, terem pouco tempo de atuação, correspondendo em sua maioria ao período de implantação da Estratégia Saúde da Família.

TABELA 11 – UBERLÂNDIA: Significado das ações de Educação em Saúde para o SUS segundo relato dos profissionais de saúde

Qual é o significado das ações de Educação em Saúde para o SUS?	%
Melhorou a Condição de Saúde e a Qualidade de Vida	21
Promoveu o auto cuidado	13
Organizou a demanda	15
Diminuiu a procura pelas unidades de saúde	10
Proporcionou economia ao SUS	09
Aumentou a Adesão aos Tratamentos	07
Melhorou o vínculo entre profissionais e usuários	07
Diminuiu Internações por complicações	03
Inespecíficas	09
Não responde	06
TOTAL	100

Fonte: Pesquisa de Campo/Nov./2010. Org.: SILVEIRA S. E.

Muitos apresentaram sugestões para fortalecer a Educação em Saúde na cidade, de acordo com a Tabela 12. O grupo de respostas mais significativo apontou para melhorar a qualificação dos profissionais. Esta é uma condição que passa pela autocrítica, mas também pelo

pedido de socorro. Por um lado, as pessoas reconhecem que há problemas em sua prática, mas que superáveis com processos permanentes de retroalimentação, não bastando as oficinas convencionais em que há difusão de normas e protocolos estabelecidos.

No mesmo grupo de respostas, os entrevistados cobram maior participação do poder público, envolvimento das empresas, de ONGs e de outros grupos sociais. Aqui, finalmente o apelo para as ações intersetoriais. Os profissionais de saúde sentem-se isolados na tarefa de cuidar da população. Queixam da falta de envolvimento com outras Secretarias da própria Prefeitura e também de outros órgãos públicos. Em muitas unidades, a interação com as empresas presentes na área de abrangência também não ocorre.

TABELA 12 – UBERLÂNDIA: Sugestões dos profissionais de saúde para o fortalecimento da Educação em Saúde

Sugestões para o fortalecimento da Educação em Saúde em Uberlândia?	%
Melhorar a qualificação dos profissionais	18
Aumentar o interesse e participação dos profissionais	11
Aumentar o envolvimento do poder público	07
Buscar maior envolvimento das empresas	07
Tentar atingir todos os grupos sociais	07
Aumentar a participação dos Agentes	07
Envolver outros profissionais	05
Maior envolvimento das ONGs	04
Fortalecer a Comunicação e informação	04
Disponibilizar material adequado	03
Promover iniciativas com práticas esportivas	03
Melhorar a postura da Coordenação	03
Fazer campanha para aumentar a participação da população	03
Desenvolver Metodologias mais impactantes	03
Qualificar a Central de Marcação	03
Ter Persistência	03
Não responderam	09
TOTAL	100

Fonte: Pesquisa de Campo/Nov./2010. Org.: SILVEIRA S. E.

Houve também um conjunto de sugestões voltadas para dentro da própria rede, como a disponibilidade de materiais mais adequados; fortalecer a comunicação e a informação;

desenvolvimento de metodologias mais impactantes; envolvimento de mais profissionais; aumentar a participação dos Agentes e melhorar a postura da coordenação.

Os profissionais referem que a agenda da saúde com suas datas, balizam as temáticas a serem discutidas com a comunidade, mas o material disponibilizado não é suficiente, muitas vezes não chega a tempo nas unidades, a rotina de trabalho não permite a abordagem adequada e muitas eventualmente são desestimuladas pela Coordenação que se refere à atividade como mais uma atribuição extra.

Alguns afirmaram que isto ocorre inclusive, em relação às diversas Conferências que são realizadas. As atividades desenvolvidas acabam por reproduzir sempre a mesma metodologia padrão dos grupos, palestras e salas de espera havendo baixa adesão dos usuários.

Os entrevistados propõem ainda, o envolvimento de outros profissionais da Rede. Queixam-se que as atividades normalmente são realizadas pelas enfermeiras, assistentes sociais e com menor frequência pelos psicólogos e médicos. Os demais profissionais são se sentem responsáveis pelas ações e não participam, sobrecarregando apenas alguns e comprometendo a adesão da população.

Os Agentes também se queixam que nas equipes, nem todos desenvolvem estas ações e que não há um rodízio adequado entre os membros da equipe. Ainda assim, os que são ‘escalados’ cumprem o papel de suporte do profissional de nível superior, divulgando para a população, preparando a reunião e colhendo as assinaturas de presença. Alegam ainda, que poderiam contribuir mais, inclusive assumindo a condução das atividades que não deveria ser prerrogativa apenas dos profissionais de nível superior que muitas vezes nem se preparam para aquele momento.

A exceção são os Agentes que atuam nos equipamentos de educação, que agora estão sendo direcionados para um Projeto chamado de “Saúde Todo Dia”. Estes por sua vez, queixam-se de isolamento em relação ao restante da rede, da sobrecarga de trabalho com a nova proposta, falta de identidade institucional e reconhecimento do seu trabalho.

4.11. Referências Importantes e Potencializadoras

Durante o estudo e desenvolvimento da pesquisa, foram assinaladas diversas experiências de atividades governamentais e não governamentais que lidam com a temática da saúde e do controle social na comunidade. Algumas delas com metodologias bastante interessantes, outras com limitações de infra-estrutura e inclusive de conteúdo.

Aqui são relatadas para registro nos quadros 20, 21 e 22, embora não tenham sido citadas pelos sujeitos que participaram da pesquisa.

QUADRO 20 – UBERLÂNDIA: Outras experiências de divulgação em saúde

Não Governamentais	Associação dos usuários do SUS;
	Blog da Saúde do Billy;
	Conselho de Entidades Comunitárias – CEC;
	Central de Movimentos Populares – CMP;
	Conselho de Defesa da Cidadania – CONDECID;
	Cooperativas de Catadores de Materiais Recicláveis;
	Creches Comunitárias;
	Estação Vida – Projeto Comunitário.
	Grupo luta pela vida e o diagnóstico precoce do câncer infanto-juvenil;
	Ministério CEAMI;
	Movimento Pró - Cidade Futura;
	Rede Fito-cerrado;
	Semana Interna de Prevenção de Acidentes – SIPAT, em algumas empresas;

Fonte: Pesquisa de Campo/Nov./2010. Org.: SILVEIRA S. E.

QUADRO 21 – UBERLÂNDIA: Outras experiências de divulgação em saúde

Universidade Federal de Uberlândia	Pro - Reitoria de Extensão;
	Revista de Educação Popular;
	Projetos de extensão nos diversos departamentos.

Fonte: Pesquisa de Campo/Nov./2010. Org.: SILVEIRA S. E.

QUADRO 22 – UBERLÂNDIA: Outras experiências de divulgação em saúde

Prefeitura Municipal de Uberlândia	Ações da Secretaria Municipal de Meio Ambiente;
	Agentes de Educação em Saúde nos Territórios Saudáveis (“Saúde todo Dia”);
	Ambulatório Herbert de Souza (Carnaval sem AIDs, nome social, SIPATs);
	Atividades com crianças e adolescentes com transtornos alimentares;
	CEREST: Centro de Referência em Saúde do Trabalhador;
	Comemorações do Dia Internacional da mulher;
	Conferência Municipal de Saúde Ambiental;
	Conferência Municipal de Saúde Mental;
	Conferência Municipal de Saúde;
	Conselho Municipal de políticas Públicas sobre drogas de Uberlândia COMAD –;
	Controle da Hanseníase;
	Controle da tuberculose e ações nos presídios;
	Dia mundial da Saúde nos Bairros;
	Equipe de educação para o trânsito da Secretaria de Trânsito e Transportes;
	Mobilização Pedagógica contra a Dengue;
	Programa de Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa;
Programa Municipal de Lábios Palatais;	
Reuniões do Conselho Municipal de Saúde;	
UBS Custódio Pereira – “Semana da Saúde”	

Fonte: Pesquisa de Campo/Nov./2010. Org.: SILVEIRA S. E.

4.12. Sugestões para Fortalecimento da Educação em Saúde

Considerando o estudo realizado e as contribuições dos trabalhadores da rede municipal de saúde, seguem algumas propostas com vistas a fortalecer a rede de Educação em Saúde:

- Inclusão de um eixo temático permanente nas Conferências Municipais de Saúde, a fim de apresentar as diretrizes para a Educação em Saúde a cada quatro anos;
- Realização de um Fórum permanente de Educação em Saúde, que unifique as experiências governamentais e não governamentais e proponha ações intersetoriais de Promoção à Saúde no âmbito da cidade de Uberlândia;
- Que o Conselho Municipal de Saúde tenha uma Comissão Permanente envolvida com a temática;
- Criação de um Prêmio anual de Educação em Saúde, contemplando experiências governamentais e não governamentais, proporcionando identificar e reconhecer as melhores práticas de promoção da saúde na cidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estranho entre nós, não é apenas o agente imediato do capital, como o empresário, o gerente, o capataz, o funcionário governamental. Embora cada um trabalhe para um projeto distinto, raros são os que trabalham pelas vítimas dos processos de que são agentes. São, portanto, protagonistas da tragédia que aniquila os frágeis e que por isso, nos fragiliza a todos, nos empobrece e nos mutila, porque preenche com a figura da vítima o lugar do cidadão. E nos priva, sobretudo, das possibilidades de renovação da vida, criadas justamente pela exclusão e pelos padecimentos desnecessários da imensa maioria (MARTINS, 1993, p.13).

Ao concluir este estudo, espero que o mesmo possa ser útil para a criação de estruturas mais adequadas de cuidado à saúde da população e que esta tenha a possibilidade de se envolver com as questões que lhe sejam pertinentes.

Há ainda muito a se fazer para que a Educação em Saúde de fato se torne uma ferramenta que promova o comprometimento dos gestores, intelectuais, academia, profissionais e da própria população. Embora, como disse poeta Ferreira Goulart, a população (*povo*) *também já é uma palavra gasta*.

Conforme verificado no decorrer do trabalho, a saúde e a educação se tornaram um bom negócio para políticos, profissionais de saúde, laboratórios, magistrados e por que não, também para acadêmicos. Com a Educação em Saúde, o inverso pode acontecer tornando-as um bom negócio, sobretudo para o povo.

Nas duas décadas desde a criação do SUS, apesar da ênfase dos investimentos ainda se concentrarem nas práticas curativas, a Atenção Primária à Saúde começou a receber maiores investimentos públicos, principalmente após a adoção da regionalização da assistência e da Estratégia Saúde da Família.

Mas as estruturas de gestão encontraram dificuldades com a insuficiência de financiamento, demanda crescente e profissionais de saúde, que em sua maioria não tiveram formação técnica adequada que promovesse as habilidades para atuar na Atenção Primária à Saúde.

Concluímos que isto ocorre devido ao conhecimento constituído desde a antiguidade, apesar de ter melhorado a vida humana, nem todo este saber foi, nem é compartilhado. No caso das práticas de cuidado, foram compartimentadas no indumentário teórico e prático das profissões. Transformadas em conteúdos acadêmicos, tornaram-se meio de lucro de mercado, explorado por instituições formadoras.

Mas, no caso do Brasil, a formação profissional tornou-se ainda mais inadequada aos propósitos do SUS, em parte devido a erros de concepção na condução dos cursos, ausência de docentes e valorização do processo doença e cura, levando os profissionais a se especializar em áreas técnicas, também importantes, porém sem a mesma relevância para a saúde pública.

A formação de profissionais para atuar com a diversidade da realidade brasileira, por conseguinte, precisa estar embasada em projetos pedagógicos corretamente desenvolvidos, em sintonia com o perfil epidemiológico da população, o que, por sua vez, esbarra em estruturas acadêmicas públicas muito rígidas, ou privadas muito indolentes.

Quanto aos serviços de saúde, por sua vez, devem ser dotados de planejamento e estrutura para assegurar a atualização permanente dos profissionais em campo. Mas também têm encontrando dificuldades, que se estende da rotineira e crescente demanda das unidades, cuja rotina de assistência não se pode ou deve interromper, até a falta de integração das equipes e destas com a gestão.

Com base neste tipo de entendimento, a Política Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação, aqui apresentada a partir de alguns programas específicos, tornou-se a estratégia de gestão do Governo Federal para integrar as Instituições Formadoras, Gestores Municipais, Usuários e os Trabalhadores que já atuam no sistema.

Caso obtenha êxito, produzirá adequações nas matrizes curriculares; a descentralização da força de trabalho e continuará desenvolvendo ações que levem os atuais profissionais a ter uma maior adesão ao SUS e nele, maior resolubilidade.

Para o desenvolvimento deste estudo recorreremos ao apoio da Geografia, devido sua importância substantiva na evolução do pensamento da humanidade e potencial de análise das

ações de Promoção da Saúde. No decorrer dos séculos a Geografia auxiliou na leitura do mundo propondo intervenções.

Na atualidade, em que as informações, mercadorias e pessoas viajam pelo mundo como nunca antes, a sensação é de que o mundo encolheu. Porém, a mercadoria que mais circula é o dinheiro, mas ele é seletivo e individualista. Prevalece em alguns países e dentro deles, em alguns segmentos. Populações inteiras são abandonadas pelo capitalismo hegemônico e produzem vítimas.

A este movimento de expansão ocorre, o paradoxo de concentração. Há um crescimento demográfico universal e em várias partes do mundo com a maioria das pessoas sofrendo uma centralização decorrente de circunstâncias que acontecem no meio rural ou no interior, geradas pelos modelos de desenvolvimento adotados. Os grandes centros urbanos viraram o norte magnético para onde migra a população e em Uberlândia, isto ocorre.

Mas o fato de ser o homem sociável e gostar de viver em grupos, não lhe tira a condição biológica animal, segundo a qual, submetido à aglutinação e confinamento, desenvolve distúrbios de comportamento cujas principais manifestações são a depressão e a violência. As cidades grandes, de quem a população espera oportunidades que minimizem a sua exclusão, ao contrário, tornam-se território de iniquidades e desigualdades.

Logo os problemas urbanos se acentuam e desafiam a todos os segmentos da gestão pública. Há uma evidencia quanto aos limites do setor saúde para, exclusivamente, resolver os problemas da população. São necessárias ações intersetoriais e entre as possibilidades para outra realidade, o Movimento por Cidades Saudáveis e a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde, são sinais de que, parte da sociedade e da estrutura de Estado, busca caminhos para intervir nesta realidade.

Por sua vez, algumas ferramentas que já se tornaram obrigação legal como o Planejamento Urbano e os Planos Diretores, precisam atingir a condição de política pública de fato. Como no direito à saúde, que é um dever do Estado, o fato de estar na Lei garante o direito, mas não a

materialização da oferta. É necessário constituir os serviços, promover sua integração formando redes de cuidado e lotá-los com profissionais adequadamente capacitados.

Mas, a despeito desta compreensão e da perspectiva de maior envolvimento de outros segmentos para promover a saúde humana e mesmo de todos os avanços verificados na legislação e na estruturação do SUS, existem problemas endógenos ao sistema.

Há intensa disputa no setor saúde quanto às concepções de serviços que devem ser assegurados à população e quais devem ser as relações de custeio. Desde a Constituição Federal de 1988, mesmo os princípios constitucionais, tão arduamente produzidos, sofreram rebaixamentos como no financiamento, levando a perda de recursos a despeito de a população ter aumentado.

Entre os profissionais de saúde, ocorre uma inquietação quanto aos vínculos de trabalho, gerando instabilidade. A sociedade precisa de profissionais e agora eles até já existem, ainda que com lacunas na formação. Mas nem sempre há a decisão política e administrativa de contratá-los e o desemprego ou subemprego aflige os trabalhadores.

Ao mesmo tempo, está impregnado na cultura destes profissionais que trabalhador da saúde deve enriquecer-se rapidamente, levando muitos a se desdobrarem em diversos vínculos empregatícios, rebaixando a qualidade do cuidado e estabelecendo uma relação superficial com as instituições e principalmente com a população. Esta característica é comum a todos com destaque para a área médica.

Uberlândia, cidade que teve neste trabalho sua estrutura de Atenção Primária brevemente discutida, tem uma rede de serviços ainda mais expressiva, envolvendo também as estruturas de vigilância à saúde e a alta complexidade, não abordadas aprofundadamente nesta pesquisa. Recentemente aconteceu inclusive a inauguração de um grande hospital.

Nota-se, um potencial enorme para o cuidado e até o comprometimento dos profissionais, gestores e políticos. Mas as limitações não são necessariamente intencionais. Decorrem do mesmo padecimento apontado no trabalho para a histórica falha na formação dos profissionais:

tem um fim em si mesmo. Assim, mesmo na estrutura da Prefeitura há poucas ações compartilhadas entre os órgãos e os programas praticamente acontecem no isolamento.

Por sua vez, nas ruas, avançam os problemas contemporâneos: Transporte urbano considerado caro gerando mobilizações, Hospital de Clínicas com deficiências estruturais denunciadas e não resolvidas, tráfico de drogas aumentando, violência no trânsito e urbana¹⁶. Apesar deste trabalho, ter apresentado o dado oficial de 100% de esgotamento sanitário, áreas consideradas urbanas como o Bairro Morada Nova, não dispõe deste serviço.

São exemplos aos quais se acrescentaria outros e que confirmam a complexidade que se tornou promover a saúde da população e a necessidade de planejamentos integrados, envolvendo outros segmentos não apenas do poder público, mas de toda a sociedade, caso se deseje de fato, ofertar ambientes saudáveis.

Nestas considerações, são necessárias algumas notas sobre o comportamento dos profissionais durante o desenvolvimento da pesquisa. Visitamos as unidades da atenção primária e priorizamos aquelas nas quais, este pesquisador não era conhecido da equipe. Embora não tenha sido possível em 100% dos casos, na maioria das vezes, a aplicação do instrumento de coleta de dados foi feita desta forma.

Observei excelentes exemplos de integração com a comunidade, muita disposição nos atendimentos e atividades devidamente integradas à comunidade. Por outro lado, várias foram as unidades em que os profissionais se recusaram a participar. Embora fosse direito seu

Outro aspecto, é que muitos foram os trabalhadores da saúde que, por medo deixaram de responder à esta pesquisa. Medo é um sentimento que não deveria existir em nenhuma situação da vida, menos ainda nas relações públicas de trabalho e educação. À medida que esta situação se repetia, fui me convencendo de que o Comitê de Ética na Pesquisa - CEP estava correto ao nos devolver o instrumento de coleta de dados três vezes para reparos, até o ponto de excluirmos qualquer possibilidade de identificação dos entrevistados.

¹⁶ No ano de 2010 ocorreram 142 assassinatos no perímetro urbano de Uberlândia.

O temor percebido, é que o trabalho se tornasse instrumento para diagnóstico político e que isto poderia contrariar aos ocupantes do poder local. Não era esta a finalidade do trabalho, mas desejo que ele tenha força de fazer girar estas engrenagens tão engripadas do poder público que leva as pessoas a se sentirem inseguras. É preciso refletir que processo de trabalho é este. Medo de quem? Medo por quê?

Ficaram evidentes as relações de dominação por parte dos que exercem o poder político sobre os profissionais que atuam na assistência, valendo a pena advertir para a necessidade de se constituir relações mais democráticas nos processos de gestão do trabalho e da Educação em Saúde no município, para que este tipo de sentimento não frutifique.

A preocupação dos profissionais em geral, de se referir aos aspectos positivos de determinadas ações promovidas pela gestão, como a organização do Plano Diretor de Atenção Primária e a Classificação de risco, também ficou evidente. Demonstram assim, uma obrigatoriedade de defender tais medidas e divulgá-las como se fosse propaganda, perdendo a condição de criticá-la quanto à pertinência e operacionalidade.

Mas, os profissionais não são apenas vítimas. Vários deles demonstraram enorme displicência na relação com o estudo. Marcaram hora para a entrevista e não compareceram, citaram formulações pré-concebidas ou utilizaram chavões, não se preocupando em refletir sobre a qualidade das respostas. Também, foram observadas relações de indiferença com o usuário em algumas unidades e desconhecimento da comunidade.

Conclui-se que o comportamento dos profissionais é diverso, há excelentes exemplos de boa assistência técnica e qualidade nas relações humanas. Mas também, há muitos casos de “*endurecimento*”, de pessoas que perderam a capacidade de se ocupar com a necessidade do outro sem julgar tratar-se de sofrimento ou não.

Observa-se que em alguns casos a motivação para o trabalho é maior com a corporação, com a gestão e com os benefícios do seu emprego, que com a população. Na saúde, significa que os equívocos históricos cometidos nas relações de cuidado não deveriam, mas preencheram com

o doente, o lugar que era do cidadão. Assim, dentre os profissionais que atuam nas unidades, poucos são os que se dedicam de fato a promover a pessoa humana habilitando para a vida.

Por que ocorrem estes endurecimentos? Relação com os usuários, com as condições de trabalho, com os gestores? Neste trabalho, não era o objetivo e não foi possível esclarecer. Mas a responsabilidade de promover ações para modificar estas relações foi identificada na estrutura do município com a criação da Diretoria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde da SMS do município em início de atuação a exemplo da Política Nacional de Educação em Saúde.

A Educação em Saúde pode contribuir numa escala local e global para que as mudanças aconteçam. Então é necessário fortalecê-la e repensar este processo, porque pouco ou nada valem palestras ou lampejos do saber, como foi relatado pelos profissionais de saúde, se dirigidos a uma população que é tão diversa quanto dispersa. Formada por uma cultura de consumo, vivendo de fato na ignorância, cerceada pelos detentores oficiais do saber.

Uma boa perspectiva que se apresenta, são as propostas de territorialização, nas quais os processos que ocorrem no território são observados e sua interpretação subsidia as decisões do poder público e organização dos serviços. A atualidade pautou a Promoção da Saúde como elemento central dos sistemas de saúde. Mas, conforme abordado ao longo deste texto trata-se de uma demanda intersetorial.

O estudo realizado confirmou a expectativa de complexidade do tema proposto no Projeto de Pesquisa. Investigar a temática da saúde e relacioná-la com a educação, analisando-as sob o raciocínio geográfico, mostrou-se uma tarefa prazerosa e motivadora, porém, igualmente difícil. Nesta perspectiva, a tutela da orientadora e as disciplinas cursadas se constituíram em sustentáculo, que possibilitou as incursões sobre o tema, com a relativa e necessária segurança.

O conhecimento adequado da realidade é fundamental, a oferta de estrutura para apoio a população também. Por sua vez, a atitude da comunidade em relação a seu cotidiano determina o seu futuro, contribuindo para melhor ou pior. Assim, proporcionar espaços de convivência e troca de informações é o que pretende a Educação em Saúde. Não para domesticar, acalmar ou controlar os desviantes e sim, como ensinou Paulo Freire, “para produzir o alvoroço dos injustiçados”.

REFERÊNCIAS

- AGOSTINI, Nilo. **A Família no Brasil Hoje: contornos e raízes de uma situação.** UTOPIA CATIVA. VOZES Petrópolis, 1994.
- ALMEIDA, Maria Cecília Puntel. **Políticas de Saúde no Brasil na Década de 80.** Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, 1990.
- ALVES, Vânia Sampaio. Um modelo de Educação em Saúde para o Programa Saúde da Família pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. (in): **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, v.9 n°16 2004/2005.
- AYRES, José Ricardo. **Epidemiologia e Emancipação.** São Paulo: HUCITEC – ABRASCO, 1995.
- AQUINO, Jaques et al. **História das Sociedades: das sociedades modernas às sociedades atuais** Rio de Janeiro. Editora Ao Livro Técnico, 1993
- ARANHA, Maria Lucia. **História da Educação.** Editora Moderna. São Paulo, 1989.
- ARENDT, Hanna. **Responsabilidade e julgamento: escritos morais e éticos.** Companhia das letras, São Paulo, 2004.
- AROUCA, Sergio. **O Dilema Preventivista: Contribuição para a Compreensão e Crítica da Medicina Preventiva.**1975. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Faculdade de Ciências Médicas da UNESC, 1975.
- ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE TRANSPORTE PÚBLICO. **O transporte público: trânsito para uma cidade melhor.** São Paulo, 2000.
- ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA. SUS. **O que Você Precisa Saber sobre o Sistema Único de Saúde, v. I.** São Paulo, Atheneu, 2004.
- BALAKRISHNAM, Gopal (org). RIBEIRO, Vera (tradução). **Um mapa da questão nacional.** Rio de Janeiro: Contraponto, 2000. 335 p.
- BARATA. Rita Barradas (org). **Saúde em Movimento: Condições de vida e situação de saúde.** Rio de Janeiro, v.2 ABRASCO, 1997.
- BARATA, Rita Barradas. Malária no Brasil: Panorama Epidemiológico na Última Década. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.11, n.1 p.128-136, jan/mar, 1995.
- BATISTELA, Carlos. FONSECA, Ângela Ferreira; CORBO, Anamaria Dandrea (Orgs). Abordagens Contemporâneas do Conceito de Saúde. **O território e o Processo Saúde Doença: complexidade teórica e necessidade histórica.** Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007.

BELLA, Ahmed Bem. A Globalização Oficial. In: **Fórum: Outro mundo em debate**. São Paulo Editora Publicher, n.1., p.33, 1ºsem. 2001.

BERBEL, Neusi Aparecida Navas. **A Metodologia d Problematização e os ensinamentos de Paulo Freire: uma relação mais que perfeita**. Londrina. 1997 (mimeo).

BLAINEY, Geoffrey. **Uma breve história do mundo**. São Paulo: Editora Fundamento Educacional, 2009.

BONAVIDES, Paulo. **Curso de Direito Constitucional**. 11ª ed. São Paulo, Malheiros, 2001.

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. **Diretrizes de educação em saúde visando à promoção da saúde: documento base nº1**. Fundação Nacional de Saúde. Brasília, DF 2007.

BRASIL. Ministério do Meio Ambiente. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. **Agenda 21 brasileira**. Brasília, DF, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. **As cartas da promoção da saúde**. Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Caderno de Educação Popular e Saúde Brasília**, 2007.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação de Controle de Infecção Hospitalar. **Consenso sobre o uso racional de antibióticos**. Brasília, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Controle de Tuberculose: uma proposta de integração ensino-serviço**. 5ª edição – Rio de Janeiro: FUNASA/CRPHF/SBPT, 2002. 236 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes curriculares nacionais para o ensino técnico: área da saúde**. Brasília: Ministério da educação, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Educação profissional: legislação básica**. Brasília, DF, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Escolas Promotoras de saúde: experiências do Brasil**. MS/OPAS Brasília, DF, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Escolas promotoras de saúde: experiências do Brasil**. MS/OPAS/ Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006. 272 p. – (Série Promoção da Saúde; nº 6).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei Nº 8.080, de 28 de setembro de 1990**. Brasília, Senado.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei Nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Brasília, Senado Federal. 1998.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Legislação do SUS**. Brasília: CONASS, 2003. 604 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília, 2009. Disponível em: <<http://189.28.128.10/portal/saude/profissional>>. Acesso em: 15 fev. 2011.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Princípios e diretrizes para a gestão do trabalho no SUS**. Brasília: CONASS, 2005. 98 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Saúde na Escola**. Brasília, DF, 2008.

BRASIL. Ministério da Educação. **Resoluções do Conselho Nacional de Educação**. Disponível em: <<http://www.mec.gov.br/cne/>>. Acesso em: 12 jan. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **RHSUS: política de recursos humanos para o SUS, prioridades e diretrizes para a ação do ministério da Saúde**. Brasília, DF, 1995.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde**. Rio de Janeiro, 2005. ENSP/FIOCRUZ.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios** Ministério da Saúde, DGES. Brasília, 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Diretrizes e Normas de Pesquisa em Seres Humanos**. Resolução 196/96, de 09/10/96. DOU 16/10/96.

BRASIL. Ministério da Saúde. **11ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. Relatório Final**. Efetivando o SUS: Acesso, Qualidade e Humanização na Atenção à Saúde, com Controle Social. Brasília, MS/CONASS, 2000.

BUSS, Paulo Marchiori (org). **Promoção da saúde e a saúde pública: contribuição para o debate entre as escolas de saúde pública da América Latina**. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 1998

CAIAFA. Janice. **Aventura das cidades: ensaios e etnografias**. Rio de Janeiro. Editora FGV, 2007.

CAMPOS, Gastão Wagner. Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão? **Ciência e Saúde Coletiva** v.12 p.p.304-307, 2007.

CARLOS. Ana Fani. **A Cidade**. Editora Contexto. São Paulo 1994.

CARRION, Raul. **Direitos Fundamentais do Trabalhador**. Assembléia Legislativa, RS, 2008.

CASTRO, Carlos Alberto Pereira. LAZZARI, João Batista. **Manual de Direito Previdenciário**. 4ª ed. São Paulo: LTr, 2003.

CHOMPRES, Roseni . **Os determinantes dos modelos assistenciais e a qualificação da força de trabalho na enfermagem.** (mimeo)

CLOZIER, Rene. **As Etapas da Geografia**, Europa-América, Lisboa, 1962

COIMBRA, Pedro; TIBÚRCIO, José Arnaldo. **Geografia – uma análise do espaço geográfico.** São Paulo, Harbra, 1995.

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE UBERLÂNDIA – CMSU. (org.) OLIVEIRA, José Veridiano. Manual do Conselheiro Municipal de Saúde. EDUFU. Uberlândia, 2007.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **Legislação Estruturante do SUS.** Brasília, 2003.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2008. Disponível em <http://www.conselho.saude.gov.br>. Acessado em 23 de Nov. 2010.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM. **Legislação e Normas.** Belo Horizonte, 2003.

CORRÊA, Roberto Lobato. O espaço geográfico: algumas considerações. In: SANTOS. Milton org. **Novos Rumos para a Geografia Brasileira.** Editora Hucitec, São Paulo, 1996.

COSTA, Nilson. A questão sanitária e a cidade. In: **Espaço e Debates.** Nº 22 1987.

CZERESNIA, Dina. RIBEIRO, Adriana Maria. O Conceito de Espaço em Epidemiologia: uma interpretação histórica e epistemológica. **In Cadernos de Saúde Pública.** ENSP/FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2000.

DA MATTA, Roberto. **O que faz o colóquio Brasil?** Rio de Janeiro. Rocco, 1986.

DEPARTAMENTO INTERSINDICAL DE ESTATÍSTICA E ESTUDOS SÓCIOECONÔMICOS. Disponível em: <[http:// www.dieese.org.br](http://www.dieese.org.br)>.

DUARTE. Gleuso Damasceno; ANDRADE. Durval Ângelo. **Novo Brasil Agora!** 2ª Ed., Editora Lê 1990.

ELIAS, Paulo Eduardo. Uma Visão do SUS. **In.: Associação Paulista de Medicina. SUS – O que Você Precisa saber sobre o Sistema Único de Saúde.** Vol. 1. São Paulo: Editora Atheneu, 2004.

FAZENDA, Ivani (Org.) **Novos enfoques da pesquisa educacional.** São Paulo Cortez e Autores Associados, 1989.

FERRARA Et. al.. O processo saúde-doença. (in) RESENDE, Ana Lúcia. **Saúde: Dialética do pensar e do fazer.** São Paulo. Editora Cortez, 1986

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Mini dicionário da língua portuguesa**. Rio de Janeiro. Nova Fronteira, 2001.

FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz. **Educação Permanente em Saúde e o SUS. O papel da Educação no SUS**, 2005. Disponível em: <<http://www.grupos.com.br/epsuspb>>. Acessado em 02/10/2010.

FLEURY, Sônia. Proteção social em um mundo globalizado. **Rev. Saúde em Debate** p.p.305-314, 2005.

FONSECA, Angélica Ferreira; CORBO, Ana Maria. **O território e o processo saúde doença**. Rio de Janeiro, ESPJV/FIOCRUZ, 2007

FONSECA, João Eduardo do Nascimento. **Novos autores na cena universitária**. Rio de Janeiro. UFRJ/NAU, 1996.

FRAUCHES, Celso da Costa. Reforma Universitária do PT: Por que Reformar? In.: **A Livre Iniciativa e a Reforma Universitária**. Estudos, Santiago de Compostela / ESPANHA: v. 23, n. 35, 2005.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do Oprimido**. Rio de Janeiro. Editora Paz e Terra, 1987.

FREIRE, Paulo. **Cartas a Cristina**, 1994 Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1994.

GALEANO, Eduardo. Ecos de um novo mundo. In: **Fórum: Outro mundo em debate**. São Paulo Editora Publicher, n.1. p.p.3-7, 1ºsem. 2001.

GELLNER, Ernest. **Nacionalismo e Democracia**. Brasília, Editora UNB, 2000.

GIDDENS, Antony. O Estado-Nação e a violência. (trad.) GUIMARÃES, Beatriz. (in) **Uma crítica contemporânea ao materialismo histórico**. Trad. Beatriz Guimarães. São Paulo, EDUSP, v.2 2001. 374 p.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5ª. ed. São Paulo. editora Atlas, 2008.

GONDIN, Grácia Maria de Miranda. Do Conceito de Risco ao da Precaução: entre determinismos e incertezas. FONSECA, A. F; CORBO, A. M. D.. org. **O território e o processo saúde doença**. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ, 2007.

GUYTON, Arthur C.. HALL Jhon. **Fisiologia humana e mecanismos das doenças**. 5 ed. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 1993.

GUIMARÃES, Raul Borges. **Geografia Política, Saúde Pública e as Lideranças Locais**. HYGIEIA, Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde. Uberlândia. 2005. 1(1). p. 18-36.

HAESBAERT, Rogério. **O mito da desterritorialização. Do “fim dos territórios” à multiterritorialidade.** Rio de Janeiro: Bertrand, 2004. 395 p.

IANNI, Otávio. **A era do globalismo.** Rio de Janeiro. Civilização Brasileira, 1996.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Perfil dos Municípios Brasileiros. Rio de Janeiro, 2005. Disponível em: <<http://www.ibge.com.br/cidadesat/xtras/perfil.phpcodmun>>. Acesso em 05 maio 2009.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONOMICA APLICADA. **Boletim econômico,** 1998.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONOMICA APLICADA. **Indicadores sociais,** 2007.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONOMICA APLICADA. **Informativo, jan/mar.,** 2011. Disponível em: <<http://www.ipea.gov.br>>. Acessado 08 de março 2011.

Jornal Correio de Uberlândia (26/08/08). **Saúde em Uberlândia.** Disponível em: <<http://www.correiodeuberlandia.com.br>> . Acessado 08 de março 2011.

JUNQUEIRA, Regina (trad.). Da revolução francesa à conspiração dos iguais.: (in) **História do Movimento Operário.** Editora O Lutador. Belo Horizonte, 1981.

KONDER, Leandro. **História das idéias socialistas no Brasil.** São Paulo, Expressão Popular, 2003.

LACOSTE, Yves. **A Geografia – Isso Serve, em Primeiro Lugar, para Fazer a Guerra.** São Paulo, Papyrus Editora, 1989.

LAVOR, Adriano Del, et al. **Direito de todos, dever do Estado: A saúde em construção.** RADIS, Comunicação em Saúde nº 72. Rio de Janeiro, ENSP/FIOCRUZ, 2008.

LEHER, Roberto. **Reforma Universitária do Governo LULA: Protagonismo do Banco Mundial e das Lutas Antioneoliberais,** 2003. Disponível em: <<http://www.andes.org.br>>. Acessado em 02/10/2010.

LIMA, Cristina A. MENDONÇA, Francisco. **Planejamento Urbano Regional e Crise Ambiental: Região Metropolitana de Curitiba.** 2009 (mimeo)

LIMA, José Fernandes. **Sobre a Reforma Universitária.** 2004. Disponível em: <<http://www.andifes.org.br>> Acessado em 20/04/2010.

LIMA, Maria José Rocha; BELLONI, Isaura; LIMA, Zuleide Teixeira. **Fernando Henrique Cardoso – oito anos de governo.** 2003.

LOPES, Claudia Rabelo. RADIS, RADIS, Comunicação em Saúde. Rio de Janeiro, ENSP/FIOCRUZ, v.45, 2006 p.p.11-25, 2006.

LUCKESI, Cipriano. **Filosofia da Educação**. Série Formação do Professor. São Paulo. Cortez, 1990.

MACHADO Kátia, et al. **Em dívida com os pobres a 100 anos**. RADIS, Comunicação em Saúde. Rio de Janeiro, ENSP/FIOCRUZ, 2009.

MANFREDI, Hermán Contreras. VELASQUES, A.G.C. **Ambiente, Desarrollo Sustentable y calidad de vida**. Caracas – Venezuela: MIGUEL ANGEL GARCIA E HIJO, 1994.

MARTINS, José Souza. **A Chegada do Estranho**. HUCITEC, São Paulo 1993.

MEDJIA, Diego Victoria. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Painel de Indicadores do SUS, nº 6**. Temático Promoção da Saúde IV – Brasília, Organização Pan-americana da Saúde, 2007.

MELO, Joaquim A.C. (org), SCHALL, Virgínia T.; STRUCHINER Miriam. Educação em Saúde: novas perspectivas. (in): **Caderno de Saúde Pública**. vol.15 Rio de Janeiro 1999.

MENDES, Eugênio Vilaça. **A construção social da vigilância à saúde no distrito sanitário**. In: OPS/OMS. A vigilância à saúde no distrito sanitário, 1993.

MENDES, Eugênio Vilaça. **A Evolução histórica das práticas médicas**. 1994 (mimeo).

MENDES, Eugênio Vilaça. **A importância da gestão da atenção saúde para os sistemas de serviços de saúde no Brasil**. 1997 (mimeo).

MENDES, Eugênio Vilaça. A reengenharia do sistema de serviços de saúde no nível local: a gestão da atenção a saúde. In: MENDES, V (org.) – **A Organização da Saúde no nível local**. São Paulo, Ed. HUCITEC, 1998.

MENDES, Eugênio Vilaça (org.:) – **Implantação do Plano Diretor da Atenção Primária MINAS GERAIS**. Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais. ESP/MG, 2006.

MENDES, Eugênio Vilaça. **Inovação Gerencial na Administração Pública, cidadania e direitos dos brasileiros**. UFBA,1996.

MENDES, Eugênio Vilaça. **Os grandes Dilemas do SUS, tomos I e II**. Salvador: CASA DA QUALIDADE EDITORA, 2001.

MENDES, Eugênio Vilaça. **Os sistemas de serviços de saúde: o que os gestores deveriam saber sobre essas organizações complexas**. Fortaleza, ESPC, 2002.

MENDES, Eugênio Vilaça. **Uma Agenda Para a Saúde**. São Paulo: HUCITEC, 1996.

MENDES, Eugênio Vilaça. Um novo paradigma sanitário. (in) **Uma agenda para a saúde**. São Paulo, HUCITEC, 1996.

MERHY Emerson Elias. **SAÚDE: A cartografia do trabalho vivo**. 3 ed. São Paulo, HUCITEC, 2002.

MERHY Emerson Elias. **O trabalho em saúde: olhando e experimentando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec, 2003.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, FUNASA. **Planejamento para 2003**. Brasília. FUNASA/MS, 2002.

MOISÉS. Márcia. A Educação em Saúde, a Comunicação em Saúde e a Mobilização Social na Vigilância e Monitoramento da Qualidade da Água para Consumo Humano. **Jornal do Movimento Popular de Saúde/MOPS**, 2003.

MORAES, Antônio Carlos R. **Geografia: Pequena História Crítica**. Editora HUCITEC, São Paulo, 1984.

MONKEN, Maurício; BARCELLOS, Christovam. O Território na promoção da vigilância em saúde. in.: FONSECA, Angélica Ferreira; CORBO, Ana Maria. **O território e o processo saúde doença**. Rio de Janeiro, ESPJV/FIOCRUZ, 2007

NAUREDER, Lima et al. Imagem da Enfermeira. In.: **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília. ABEN, 2005.

NUNES, Everardo Duarte. **Sobre a Sociologia da Saúde**. São Paulo: HUCITEC, 1999.

NUNES, Luiz Antônio. Receita para um bom sistema de serviço de saúde municipal. In.: **SUS: O que Você Precisa Saber sobre o Sistema Único de Saúde, volume II**. APM. ATHENEU, São Paulo, 2004.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Cuidados primários de saúde. Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde**. Brasília: OMS/ FNI, 1979.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE – **Escolas Promotoras de saúde**. Washington, OPS/OMS, 2006.

PAIM. Jairnilson. Determinantes da situação de saúde no Brasil a partir da República. in.: **Saúde Coletiva: textos didáticos**. Salvador, Centro Editorial Didático da UFBA 1994.

PAIM. Jairnilson. **Direito a saúde, cidadania e Estado**. (in) VIII CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. Brasília, 1986.

PAIM. Jairnilson. **Epidemiologia Modelos de atenção e vigilância da saúde**. In: Rouquayrol, MZ & Almeida Filho, Núcleo de Epidemiologia e Saúde. MEDSI, Rio de Janeiro. 6ª Ed., 2003, p. 567-586.

PAIM, Jairnilson. **Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica.** Rio de Janeiro., Editora FIOCRUZ, 2008, p. 556

PAIM, Jairnilson. Reforma sanitária e os modelos assistenciais. In.: ROUQUAYROL, M. L., **Epidemiologia e Saúde.** 4ed. Rio de Janeiro, 1993.

PEDROSA, José Ivo dos Santos. Educação Popular e Promoção da Saúde: bases para o desenvolvimento da escola que produz saúde. (in) **Escolas Promotoras de saúde: experiências do Brasil.** MS/OPAS – Brasília, 2006.

PEDROSA, José Ivo dos Santos. Educação Popular no Ministério da Saúde: identificando espaços e referências. (in) **Caderno de Educação Popular e Saúde.** Brasília, 2007.

PEITER, Paulo Cesar. **A Geografia da Saúde na faixa de Fronteira Continental do Brasil na Passagem do Milênio.** Rio de Janeiro: UFRJ Instituto de Geociências, 2005. 314p.

PEREHOUSKEI, Nestor Alexandre. BENADUCE. Maria Cabral. Geografia da Saúde e as concepções sobre o território. In **Gestão e Regionalidade** Vol. 23, nº 68, 2007.

PESQUISA NACIONAL DE AMOSTRA DE DOMICÍLIOS. PNAD, 2010. Disponível em: <[http:// www.ibge.gov.br](http://www.ibge.gov.br)>.

PIERANTONI, Celi Regina, et al.. Evolução da Oferta de Profissionais Médicos e Enfermeiros no Brasil: Disponibilidade do Sistema Educacional para a Formação. Org. FALCÃO, André et al. **Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil. Estudos e Análise.** Rio de Janeiro. FIOCRUZ, 2002 p. 279/293.

PORTARIA INTERMINISTERIAL MS/ME Nº 3.019. **Dispõe sobre o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - Pró-Saúde - para os cursos de graduação da área da saúde.** DOU, 2007.

POTTER, Patricia. **Semiologia de enfermagem.** Rio de Janeiro. Editora Campus, 2009.

PRZEWORSKI, Adan. O Estado e o Cidadão. In.: **Sociedade e Estado em Transformação.** PEREIRA. Luiz C. B.; WILLIAN Jorge; SOLA. Lourdes (Orgs). UNESP Brasília, 1999.

QUEIROZ. Maria Izaura Pereira. **Os cangaceiros.** São Paulo, Duas Cidades, 1977.

RESENDE, Ana Lúcia. Dialética do pensar e do fazer. In: **O processo saúde doença.** Ed. Cortez, São Paulo, 1986

RIBEIRO Darcy. **O Povo Brasileiro. A formação e o sentido do Brasil.** Companhia das Letras, 1995.

RIBEIRO, Maria Luisa Santos. **História da Educação Brasileira**. Editora Autores Associados. Campinas, 2000.

RIBEIRO, Ricardo Ferreira. A Medicina no Sertão: Uma “Garrafada” de Ervas e Tradições. In: **Plantas Medicinais do Cerrado: Perspectivas Comunitárias para a saúde**. FIMES, Mineiros, 1999.

RIGATTO, Mário. **Preceitos Fundamentais para uma Maior Quantidade e uma Melhor Qualidade de Vida**. Editora WS. RS, 2008.

RIGOLI, Félix. Observatórios de Recursos Humanos na América Latina. Org. FALCÃO, André et al. **Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil. Estudos e Análise**. Rio de Janeiro. FIOCRUZ, 2002 p. 17.

ROCHA Rogério Lannes. Muralhas de Jericó. **RADIS, Comunicação em Saúde**. n° 59 p.3. Rio de Janeiro, ENSP/FIOCRUZ, 2007.

ROCHA Rogério Lannes. O novo olhar da epidemiologia. **RADIS, Comunicação em Saúde**. n° 24 p.3. Rio de Janeiro, ENSP/FIOCRUZ, p.2. 2004.

ROLNIK, Raquel. **O que é Cidade**. Editora Brasiliense. São Paulo 1988.

ROSEN, George. **Da polícia médica à medicina social**. Rio de Janeiro. editora Graal, 1980.

ROSEN, George. **Uma História da Saúde Pública**. São Paulo, Rio de Janeiro. HUCITEC. UNESP/ABRASCO, 1994.

ROUQUAYROL, M.Z. **Epidemiologia & Saúde**. 4.ed. Rio de Janeiro : MEDSI, 1993.

SADER Emir. Soberania e democracia na era de hegemonia americana. In: **Fórum: Outro mundo em debate**. São Paulo Editora Publicher, n.1. p.p.8-12, 1ºsem. 2001

SANTOS, Milton. **A Natureza do espaço: técnica e tempo, razão e emoção**. Editora HUCITEC. São Paulo, 1996.

SANTOS, Milton. **Metamorfoses do espaço habitado: fundamentos teóricos e metodológicos da geografia**. 4 ed. São Paulo, Hucitec, 1996.

SANTOS, Milton. **Pensando o espaço do homem**. 3 ed. HUCITEC, 1991.

SANTOS, Milton. **Por uma geografia nova**. 2 ed. HUCITEC, São Paulo, 1980.

SANTOS, Nelson Rodrigues. **Política pública de saúde no Brasil: encruzilhada, buscas e escolha de rumos**. Instituto de Direito Sanitário Aplicado, 2008.

SEIXAS, Paulo Henrique D`angelo. **Os pressupostos para a elaboração da política de recursos humanos nos Sistemas Nacionais de Saúde.** BRASIL MS/OPAS, 2002 p. 100/113.

SENECA. **Sobre a brevidade da vida.** (trad.) REBELLO, Lúcia Sá et al. Editora Nova Alexandria, 3º Ed. São Paulo, 1999.

SNOW, Jhon. **Sobre a maneira de transmissão da cólera.** Rio de Janeiro, UASAID, 1967.

SILVEIRA, Sebastião Elias. **SUS em Uberlândia: questão de estado poder e redes.** (in) CONGRESSO INTERNACIONAL E SIMPÓSIO NACIONAL DE GEOGRAFIA DA SAÚDE II, IV, 2009, Uberlândia. **Anais...** Uberlândia, UFU.

SMELTZER, Suzane; BARE, Brenda et AL. **BRUNNER & SUDDARTH. Tratado de enfermagem médico-cirúrgica.** Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1998.

SOARES, Sergio; BERNARDES, Ricardo; CORDEIRO NETTO, Oscar. Relações entre Saneamento, Saúde Pública e Meio Ambiente: elementos para a formulação de um modelo de planejamento em saneamento. **Cadernos de Saúde Pública,** Rio de Janeiro, 2002.

SODRÉ, Nelson Werneck. **Introdução à Geografia: Geografia e Ideologia.** Vozes, Petrópolis, 1977.

SÓRIO, Rita. PROFABE: resultados e desafios. In.: **1 Fórum Nacional do PROFABE, Construindo uma política de formação profissional em saúde.** Relatório Geral. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

SOUZA. Herbert. **Os seis Brasis: conjuntura atual.** Ceca Publicações. São Leopoldo, 1985.

SOUZA. Lúcia de. A saúde e a doença no dia a dia do povo. **Cadernos do CEAS.** Salvador, p. 18 a 29, 1982.

STARFIELD, Barbara. **Atenção Primária: Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília: UNESCO – BRASIL, 2002.

TEIXEIRA, Sonia Maria Fleury; ASSIS, Mafort Ouverney. **Gestão de redes: a estratégia de regionalização da política de saúde.** Rio de Janeiro: Editora FGV, 2007.

THIRLWALL, Anthony P. **A natureza do Crescimento Econômico: um referencial alternativo para compreender o desempenho das nações.** IPEA. Brasília, 2005.

UBERLÂNDIA. Secretaria Municipal de Saúde. **Área de abrangência e a população de Referência SUS – Sistema Único de Saúde.** Uberlândia, DPIS/GIDS/GPAS, 2007.

UBERLÂNDIA. Secretaria Municipal de Saúde. **Agenda de Promoção e educação em Saúde.** Uberlândia, DGPEs, 2008.

UBERLÂNDIA. Secretaria Municipal de Saúde. (org.) FREITAS, Paulo Sérgio. **Protocolo de Puericultura**. PMSCA, Uberlândia, EDUFU, 2008.

UBERLÂNDIA. Diário Oficial do Município nº 3187-A. **Lei delegada 046 de 08 de Junho de 2009**. D.O.M, p.26

UNIMED Uberlândia. **Guia Médico UNIMED, 2008**. Uberlândia, UNIMED, 2008.

VALLA. Victor Vincent. Educação Popular, saúde comunitária e apoio social numa conjuntura de globalização. (in) **Caderno de Saúde Pública**. vol.15 Rio de Janeiro 1999.

VASCONCELLOS, Eduardo A. Transporte e Meio Ambiente. **Cadernos Técnicos ANTP**, 2007.

VASCONCELOS, Eymard Mourão. Educação popular: instrumento de gestão participativa dos serviços de saúde. (in) **Caderno de Educação Popular e Saúde**. Brasília, 2007.

VASCONCELOS, Eymard Mourão. **Redefinindo as práticas de Saúde a partir de experiências de Educação Popular nos serviços de saúde**. 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em 20/04/2010.

VIANA, Ala Luiza D'Ávila; ELIAS, Paulo Eduardo M. Saúde e desenvolvimento. (in) **Ciência & Saúde Coletiva**. Vol. 12 (Sup): p. 1765-1777, 2007.

VICTORA. Cesar. A Iniquidade no adoecer e no morrer. **RADIS, Comunicação em Saúde**. Rio de Janeiro, ENSP/FIOCRUZ, 2004.

VLACH, Vânia. **Papel do Ensino de Geografia na Compreensão de Problemas do Mundo Atual**. In IX COLÓQUIO INTERNACIONAL DE GEOCRÍTICA. UFRS. Porto Alegre 2007.

WAGNER, Gastão. **A dívida com a atenção básica**. RADIS, Comunicação em Saúde nº 59. Rio de Janeiro, ENSP/FIOCRUZ, 2008.

ANEXO I: TERMO DE CONSENTIMENTO

Você está sendo convidado (a) para participar da pesquisa **Educação em Saúde: Contribuições da Geografia para a Análise do Sistema de Serviços de Saúde**, apresentado e desenvolvido no Programa de Pós Graduação do Instituto de Geografia da Universidade Federal de Uberlândia como requisito e conforme os critérios para obtenção do título de Mestre em Geografia.

O trabalho será realizado pelo Pesquisador Mestrando **Sebastião Elias da Silveira** e pela Pesquisadora, sua orientadora e responsável pelo projeto, **Professora Doutora Adriany de Ávila Melo Sampaio**.

Nesta pesquisa busca-se mapear o Sistema de Saúde Uberlândia identificando as propostas, os projetos, programas e políticas públicas voltadas para a Educação em Saúde e analisar a partir destas informações o Sistema de Saúde de Uberlândia.

Na sua participação você responderá uma entrevista constando questões sobre seu vínculo de trabalho, a unidade de saúde na qual você trabalha, dos coordenadores aos quais você está ligado tecnicamente e sobre sua participação nas ações de Educação em Saúde no seu trabalho.

Em nenhum momento você será identificado (a). Os resultados da pesquisa serão publicados, ainda assim a sua identidade será preservada e os roteiros das entrevistas depois de tabulados serão todos incinerados.

Você não terá nenhum ônus ou ganho financeiro por participar na pesquisa.

Não há riscos e os possíveis benefícios será o fortalecimento da Educação em Saúde.

Você é livre para interromper sua participação a qualquer momento sem que lhe cause prejuízo.

Uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ficará com o senhor (a).

Qualquer dúvida a respeito da pesquisa o senhor poderá entrar em contato com:

- Pesquisador principal: **Profa. Dra. Adriany de Ávila Melo Sampaio**. Rua das Perobas, 182, Bairro Jaraguá - Uberlândia – MG /Telefone/Fax: (34) 3239-4169/ (34) 3239-4169, (34)9927-3763.
- Pesquisador: **Enfº Sebastião Elias da Silveira**. Av. Indaiá, 635, Bairro Planalto – Uberlândia – MG /Telefone: (34) 3216-4774/ 9996-0753; **CEP/UFU**: Av. João Naves de Ávila, nº 2121, bloco J, Campus Santa Mônica – Uberlândia –MG, CEP: 38408-100; fone: (34)-3239453.

Uberlândia, de de 2011

Eu aceito participar do projeto citado acima, voluntariamente, após ter sido devidamente esclarecido:

Participante da Pesquisa

ANEXO II: ROTEIRO DA ENTREVISTA

Profissão: Sexo: Idade ()

Formação:

() Ensino Médio () Graduação () Pós - Graduação

Profissional Assistente () Coordenador de Unidade ()

Coordenador de Núcleo () Coordenador de Programa ()

Anos de trabalho na Saúde: () Tempo de trabalho na Função atual: () anos () meses

QUESTÕES:

1. O que Você entende por Educação em Saúde?
2. Quais são as atividades de Educação em Saúde que Você Conhece?
3. Qual importância Você atribui às atividades de Educação em Saúde que Você Conhece?
4. Favor descrever quais as atividades de Educação em Saúde são realizadas no seu trabalho?
5. Onde são realizadas estas atividades de Educação em Saúde?
6. Existem outras atividades de Educação em Saúde produzidas por outras organizações locais da área de abrangência?
7. Como acontecem estas atividades de Educação em Saúde quanto a orientações, métodos, conteúdos e escolha do público alvo?
8. Como são registradas estas ações de Educação em Saúde?
9. Como você avalia o resultado destas ações de Educação em Saúde para a qualidade de Vida da população de sua área de abrangência?
10. Em sua opinião o que as ações de Educação em Saúde tem significado para o SUS?
11. Que sugestões você pode apresentar para o fortalecimento da Educação em Saúde em Uberlândia?