

CARMEN FABIANA CARDOSO

**ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE - ARQUITETURA E URBANISMO, INSTRUMENTOS
DE SUA MATERIALIZAÇÃO FÍSICO-ESPACIAL.**

**BELO HORIZONTE
2006**

CARMEN FABIANA CARDOSO

**ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE - ARQUITETURA E URBANISMO, INSTRUMENTOS
DE SUA MATERIALIZAÇÃO FÍSICO-ESPACIAL.**

Dissertação apresentado ao Programa de Pós Graduação em Saúde Pública do Departamento de Medicina Social e Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do grau de mestre.

Orientador: Paulo Sérgio Carneiro Miranda

Co orientadora: Maria Marta dos Santos Camisassa

**BELO HORIZONTE
2006**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Reitora: Professora Ana Lúcia de Almeida Gazzola

Pró-Reitoria de Pós Graduação

Pró-Reitor: Professor Jaime Arturo Ramirez

FACULDADE DE MEDICINA

Diretor: Professor Geraldo Brasileiro Filho

CENTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO

Coordenador: Professor Francisco Penna

DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA E SOCIAL**Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública**

Colegiado

Coordenador: Professor Mark Drew Crosland Guimarães

Sub-coordenadora: Professora Sandhi Maria Barreto

Representantes Docentes

Professora Ada Ávila Assunção

Professora Eli Iola Gurgel Andrade

Professora Elizabeth França

Professor Fernando A Proietti

Professora Maria Fernanda F L Costa

Professora Mariângela Leal Cherchiglia

Professora Waleska Teixeira Caiaffa

Representantes Discentes

Paulo César Rodrigues Pinto Corrêa

Roberto Marini Ladeira

“Tanto do ponto de vista epistemológico quanto do pedagógico, os empreendimentos interdisciplinares já nos revelam a necessidades de rever e reformular as relações entre as chamadas ciências humanas e naturais...É preciso, pois, não somente reorientar todo o sistema educacional para uma superação das barreiras que impedem os futuros pesquisadores a livre passagem de um domínio de saber a outro, mas também descompartmentalizar sempre mais o próprio espírito do ensino e quebrar os feudos epistemológicos que restringem o horizonte mental e atrofiam as pesquisas inovadoras” (Hilton Japiassu, Interdisciplinaridade e patologia do saber, 1976)

“...devemos assumir que somos responsáveis, com nossos saberes e fazeres pelo o que vai ser amanhã. Ou fazemos diferente, ou não o será” (MERHY, 2002, 17)

RESUMO

Este estudo tem como objeto o campo de intercessão entre a arquitetura, a atenção primária à saúde e a participação popular, a partir do cenário político da democracia participativa, do Sistema Único de Saúde (SUS) e do paradigma da Produção Social da Saúde.

O objetivo constituiu-se em investigar as diretrizes para a elaboração de projetos arquitetônicos de Unidades Básicas de Saúde (UBS) integradas à Centro Comunitários, assim como diretrizes para intervenção urbana no entorno próximo, tendo como referencial a participação comunitária.

O estudo realizado parte do referencial teórico dialético marxista, propõe a pesquisa de intervenção e utiliza a abordagem qualitativa. Desta maneira, foram utilizados os seguintes procedimentos: pesquisa bibliográfica e documental e estudo de caso no município de Belo Horizonte com levantamento ou/e elaboração de mapas, entrevistas abertas áudio-gravadas e transcritas integralmente com doze informantes de diversos setores do município, definição do local - objeto do estudo, com visitas e elaboração do programa de necessidades para a unidade básica de saúde do local escolhido.

Os resultados deste estudo evidenciaram com relação à pesquisa documental, o distanciamento entre o maior desafio colocado e as metas estabelecidas no Plano Nacional de Saúde 2004/2007. No âmbito da normalização referente a construção ou reforma de UBS, pode-se observar o avanço na RDC nº 50 ao não definir um projeto padrão e o entrave ao ser direcionada a todos os níveis de atenção, portanto muito abrangente e pouco específica; como também o avanço na Resolução nº 604 da SES-MG ao ser direcionada à atenção primária e de fácil aplicabilidade.

Com relação ao estudo de caso desenvolvido, foi possível, a partir da metodologia, definir o local de intervenção - a UBS Santa Rita de Cássia. Diante da realidade encontrada, da existência do programa intersetorial BH Cidadania, abandonou-se, neste caso, a idéia da integração física da UBS com o centro comunitário, considerando a existência do Centro BH Cidadania em fase final de implantação na área de abrangência da referida unidade. Foi definido o programa arquitetônico para a UBS Santa Rita de Cássia e ressaltada a importância deste como instrumento facilitador para o início de um processo de construção coletiva junto aos futuros usuários do novo espaço físico, de modo a gerar maior implicação, responsabilização e participação por parte da comunidade, agregando o estabelecimento de um sentimento de pertencimento e apropriação por parte dos usuários do espaço físico em geral e fortalecendo o exercício da cidadania.

Por fim, concluiu-se que a arquitetura deve ser cada vez mais utilizada como mais um parceiro em potencial da saúde pública, em especial da atenção primária, no sentido de desenvolver espaços que potencializam as ações propostas, favoreçam a produção do cuidado e contribuam para que as UBS consolidem seu papel como a porta de entrada do SUS.

ABSTRACT

The object of this study is the union of architecture, the primary attention health and popular participation, including the politic system of participative democracy, of Sistema Único de Saúde (SUS – Unique Sistem of Health) and paradigms of Social Production of Health.

The objective is investigate the directrices for the elaboration of architecture projects of Unidade Básica de Saúde (UBS – Basic Unity of Health integrated in Community Centers, so as directrices to urban intervention in the next having the communitary participation as reference.

The study begins at referencial theoretical Marxist dialectic, propos the search of intervention and use the qualitative board. So, was utilized this procedure: bibliography and documentary search and study of case in municip of Belo Horizonte with insurrection or/and elaboration of maps, open interviews audio-records and integrality transcribed with twelve informants from various setors of the area, definition of the place –aim of study, with visits and elaboration of programe of necessitys for the basic point of the selected area.

The results of this studys shows, havin the search as base, the distance between the goal and the challenge in acordo f National Plane of Health 2004/2007. According to the norms wich regards the construction and reform of UBS can be observed the advance of RDC n° 50 when it doesn't defined a normal project and the obstacle when it was directonade to wery levels of attention, so very abrangent and few especific; so as the advance in Resolution n° 604 of SES/MG when directionated to primary attention with lasy usefull.

Was possible, beginings at methodology, define the local área of intervention – the UBS Santa Rita de Cássia. In front of the found reality, the existence of the intersetorial programe BH citizenship, abandon, in this case, the idea of fisical integration of UBS with the comunitary centre, taking in consideration the existence of BH centre citizenship in final phase of implantation of the unity in the local area. Was definide the architectoniques programe to UBS Santa Rita de Cássia showing the importance of this how easiler instrument to begins a process of collective construction thinking of the futures users of the new fisical space, with the objective of responsabilization and participation of big part, adding to space a feeling of belongs and appropriation of users of fisical space growing the citizenship exercicies.

At last, in conclusion the architecture must to be more and more useful how a potential partner of public health, in primary special atention, in direction of develop spaceswich potencialize the proposal actions, favour the production of care and contribute with UBS, for the consolidation of your orde how as the enter door for SUS.

LISTA DE SIGLAS

ABRASCO	Associação Brasileira em Saúde Coletiva
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AIS	Ações Integradas de Saúde
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos em Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CMS	Conselho Municipal de Saúde
DATAPREV	Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social
EAS	Estabelecimentos Assistenciais em Saúde
ESF	Equipe de Saúde da Família
FAS	Fundo de Apoio do Desenvolvimento Social
IAPAS	Instituto de Arrecadação da Previdência Social
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional da Previdência Social
IPTU	Imposto Predial e Territorial Urbano
IQVU	Índice de Qualidade de Vida Urbana
IVS	Índice de Vulnerabilidade Social
MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social
MVSAúde	Mapa de Vulnerabilidade da Saúde
NAF	Núcleo de Apoio à Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
OP	Orçamento Participativo
PACS	Programa de Agentes Comunitários
PIASS	Plano de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PMS	Plano Municipal de Saúde
PPA	Plano de Pronta Ação
PSF	Programa de Saúde da Família
RDC	Resolução de Diretoria Colegiada
SCOMPS	Secretaria de Coordenação Municipal das Políticas Sociais
SES-MG	Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais
SINPAS	Sistema Nacional de Previdência Social
SMDS	Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social
SMPL – BH	Secretaria Municipal de Planejamento de Belo Horizonte
SMSA-BH	Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte
SUDECAP	Superintendência de Desenvolvimento da Capital
SUDS	Sistema unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TFG	Trabalho Final de Graduação
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UMEI	Unidade Municipal de Ensino Infantil

SUMÁRIO

1. TÍTULO	09
2. JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS	09
2.1. JUSTIFICATIVA	09
2.1.1. Campo de Investigação	09
2.1.2. Objeto de estudo	16
2.1.3. Justificativa	16
2.2. OBJETIVOS	18
3. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	19
3.1. SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE -SUS	19
3.1.1. Histórico da política de saúde no Brasil a partir dos anos 70	19
3.1.2. A Constituição de 88 e a saúde	25
3.1.3. O SUS - princípios	28
3.1.4. O Plano Nacional de Saúde – Um pacto pela saúde no Brasil (2004-2007)	34
3.2. ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	40
3.2.1. O modelo assistencial	40
3.2.2. A definição do conceito de saúde	50
3.2.3. Concepções e conceitos na atenção primária á saúde	54
3.2.4. Promoção de saúde x Prevenção de doenças	58
3.2.5. Educação em saúde	61
3.2.6. O PACS e o PSF	67
3.3. ARQUITETURA	71
3.3.1. O ambiente, simbolismo, sentimento de pertencimento e comunidade	71
3.3.2. Legislação referente à infra-estrutura das UBS	77
4. METODOLOGIA	88
5. ANÁLISE DOS DADOS E RESULTADOS	93
5.1. O MUNICÍPIO DE BELO HORIZONTE	93
5.1.1. Caracterização da rede de atenção primária à saúde	94
5.1.2. Programas intersetoriais – BH Cidadania	106
5.1.3. O orçamento participativo	116
5.2. O ESTUDO DE CASO	122
5.2.1. O processo de escolha do local	122
5.2.2. Caracterização físico-social do local	125
5.2.3. Proposta arquitetônica e das intervenções urbanas	139
5.2.4. Programa arquitetônico para a UBS	142
6. DISCUSSÃO E CONCLUSÃO	148
7. BIBLIOGRAFIA CONSULTADA	154
8. ANEXOS	158

1 – TÍTULO: ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE – ARQUITETURA E URBANISMO, **INSTRUMENTOS DE SUA MATERIALIZAÇÃO FÍSICO-ESPACIAL.**

2 - JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS

2.1. JUSTIFICATIVA

Devido à amplitude de assuntos que compõe o trabalho, este espaço reservado à Justificativa deverá ser utilizado para descrever o 2.1.1. Campo da investigação, delimitar o 2.1.2. Objeto de estudo e por fim, apresentar a 2.1.3. Finalidade e a justificação do estudo.

A descrição do campo de investigação, abordará os seguintes itens:

- Justificativa pessoal – a partir do entendimento que a definição de um objeto de estudo emerge do enfrentamento de um problema, e este a partir das experiências de vida de uma pessoa (MIRANDA, sd).
- Conceitual e histórica – trata sucintamente do percurso histórico e de qual o momento atual entendido neste trabalho.
- Apresentação dos conceitos norteadores do trabalho: o paradigma, a atenção primária a saúde, a arquitetura e o espaço, o sujeito e a participação comunitária.

De acordo com o exposto, será delimitado o objeto de estudo.

E por fim, serão apresentadas a finalidade e a justificação do estudo – a proposta de intervenção arquitetônica e urbana na atenção primária à saúde: a unidade básica de saúde integrada ao centro comunitário.

2.1.1. Campo de investigação

▪ Justificativa pessoal

A intenção de cursar o mestrado estava atrelada ao desejo em seguir a carreira acadêmica. Desde os meus tempos de graduação, quando participei de projetos de pesquisa como estudante de iniciação científica, percebi a minha vocação para este tipo de atividade.

O interesse particular na área da Saúde Pública, remonta a época da graduação em Arquitetura e Urbanismo, na Universidade Federal de Viçosa.

Como requisito para conclusão do curso, realizamos uma disciplina chamada TFG (trabalho final de graduação), este trabalho envolve uma pesquisa e a elaboração de um projeto arquitetônico com tema livre escolhido por cada aluno. Para realização do meu TFG escolhi o campo da saúde pública e explorei, de acordo com a conjuntura sócio-política-econômica com a qual tomei contato, a área da atenção primária. Este trabalho me trouxe uma grande satisfação pessoal/profissional e a certeza da potencialidade da contribuição do arquiteto neste campo atuação.

Apesar do discurso da interdisciplinaridade em voga, sabia das dificuldades de seguir com um projeto deste tipo rumo à pós-graduação, tendo em vista que na prática ainda existem muitas barreiras para o trânsito entre os diferentes domínios do saber.

Esta possibilidade, se mostrou viável, quando ao me tornar voluntária do Projeto Manuelzão/UFGM em uma das primeiras conversas com meu coordenador, Prof. Dr. Antônio Leite (também professor da Pós Graduação em Saúde Pública) ele me falou da possibilidade do mestrado em saúde pública. Foi assim que me inscrevi para o processo de seleção em 2003, no qual passei pela primeira etapa, mas não obtive classificação para o ingresso. Ainda em 2003, cursei disciplinas como isoladas e participei novamente do processo de seleção em 2004, quando obtive êxito.

- **Conceitual e histórica**

O desenvolvimento industrial em todo mundo, e particularmente no Brasil, o investimento no setor econômico, a partir da década de cinquenta, responsável por um modelo de urbanização e industrialização acelerado, muitas vezes desordenado, fez com que a maioria das cidades tivesse um rápido crescimento, gerando grandes núcleos urbanos. E teve, dentre suas conseqüências, conhecidos efeitos sobre o meio ambiente e a saúde das populações.

“Tais efeitos consubstanciaram-se em precárias condições de habitação e de locais de trabalho; deficiência ou inexistência de sistemas de abastecimento de água e de esgotos sanitários e industriais; uso abusivo e desorientado de defensivos agrícolas; inadequação dos processos de limpeza pública, nas suas fases de coleta, transporte e destino final do lixo; falência ou inexistência das

medidas de controle dos vetores biológicos; (...) Em suma, esse modelo de desenvolvimento econômico esqueceu a dimensão sócio econômica da cidadania, não reconhecendo ao cidadão os direitos básicos de educação, saúde, moradia” (MENEZES et al, 1995, p. 42-3).

Paralela a esta situação, a saúde foi concebida, por muito tempo em nosso país, apenas como a não doença; e os médicos, como únicos profissionais capazes de distinguirem e/ou definirem acerca do processo saúde e doença. Desta maneira, no Brasil (e em vários outros países) prevaleceu um modelo mecanicista, com abordagem individual centrado nas ciências naturais e biológicas, conhecido por modelo médico-hegemônico/biomédico/flexineriano/hospitalocêntrico, que privilegiou medidas de caráter curativo, ao invés de preventivo. Assim, embora decisivo em casos individuais, este modelo, pareceu não fazer diferença na saúde das populações como um todo (CAPRA, 1982).

Diante deste quadro, ocorreu à ampliação do conceito de saúde, que segundo a Constituição da Organização Mundial de Saúde - OMS, é “...um estado de completo bem estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doenças ou enfermidades” (STACHTCHENKO et al, 1990, p.54). A saúde se aproximou de um modo abrangente e mais completo do que se refere à qualidade de vida, as condições prévias de boa saúde seriam: a paz, abrigo, alimento e renda (Ottawa Charte for health promotion, 1996).

No Brasil, a década de oitenta foi um período marcado pela transição de regimes e consolidação da democracia. Nesta época a insatisfação da população era cada vez maior, sem condições de moradia, saneamento, com altos índices de epidemia, aliados ao modo de produção capitalista que se estabeleceu no Brasil, a saúde pareceu ter se tornado uma mercadoria (CAMPOS, 1991).

Neste contexto, crescem os movimentos sociais em busca de transformações, na área da saúde o representante foi o movimento denominado de Reforma Sanitária Brasileira, que contou com a intensa participação de vários segmentos sociais, corporifica a tendência mundial e culmina na VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, que discutiu a situação da saúde no país e definiu, como política nacional, a construção do Sistema Único de Saúde -SUS.

A Constituição de 1988 incorporou, através da criação do SUS, este movimento por um novo modelo de saúde pública. Desta forma, ainda que muito bem elaborado em seus aspectos legislativos, é necessário viabilizar as condições para que se possa materializar este ideário.

“A construção é a idéia que melhor sintetiza o SUS. Garantido o alicerce, falta compor, parte a parte, a estrutura do edifício” (CUNHA et al, 1998, p.13).

▪ **Conceitos norteadores do trabalho: O paradigma**

O paradigma é entendido como conjunto de elementos culturais de conhecimentos e códigos teórico, técnico, metodológico compartilhados pelos membros de uma comunidade científica (KUHN, 1994).

Atualmente, é comum ouvir falar em crise, crise da saúde, do modelo assistencial, paradigmática. Em períodos de crise, *“há uma forte percepção de limites de esgotamento de padrões até então tidos como os melhores ou aceitáveis, há também uma perspectiva de renovação, de criação”* (AYRES, 2001, p.64).

Neste sentido, crise e revolução científica aparecem como sinônimos.

“Consideramos, revoluções científicas aquele episódios de desenvolvimento não-cumulativo, nos quais um paradigma mais antigo é total ou parcialmente substituído por um novo incompatível com o anterior” (KUHN, 1994, p.125)

Considera-se como o paradigma antigo, o flexneriano, fruto das recomendações do Relatório Flexner, publicado em 1910 pela Fundação Carnegie. O paradigma flexneriano é coerente com o conceito de saúde como ausência de doença e se expressa por um conjunto de elementos que coexistem e se completam que são: o mecanicismo, o biologismo, o individualismo, a especialização, a tecnificação e o curativismo. (MENDES,1996).

Várias evidências apontam para a necessidade de uma revisão de alguns valores. Propostas recentes, como promoção de saúde, vigilância a saúde, suporte social, conceituação positiva da saúde, saúde da família, apontam para a construção de um novo paradigma.

Este novo paradigma é denominado por MENDES (1996) de Produção Social de Saúde e é assumido neste trabalho.

“Dessa forma, a produção social da saúde, além de dar conta de um estado de saúde em permanente transformação – porque é passível de acumulação e desacumulação – permite a ruptura com a idéia de um setor saúde, erigindo-a como produto social resultantes de fatos econômicos, políticos, ideológicos e cognitivos. O que significa, necessariamente, inscrevê-la, como campo do conhecimento, na ordem da interdisciplinaridade e, como prática social, na ordem da intersetorialidade. O que está em plena coerência com o conceito de saúde como expressão de qualidade de vida” (MENDES, 1996, p. 241).

Concepção Saúde/Doença	Negativa	Sentido da mudança	Positiva
Paradigma sanitário	Flexineriano		Prod. Social da saúde
Prática sanitária	Atenção médica		Vigilância da saúde
Ordem governativa da cidade	Gestão médica		Gestão social

Esquema 01_ Categoria Sentido da Mudança (MENDES, 1996, p. 234)

- **Conceitos norteadores do trabalho: A atenção primária à saúde**

A atenção primária à saúde , segundo a OMS/UNICEF, consiste na “*assistência sanitária essencial baseada em métodos e tecnologias práticas, cientificamente fundamentadas e socialmente aceitáveis, postas ao alcance de todos os indivíduos e famílias da comunidade (...), com um espírito de auto-responsabilidade e autodeterminação. A atenção primária forma parte integrada tanto do sistema nacional de saúde do qual constitui a função central e o núcleo principal, como do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. A atenção primária representa o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando o mais próximo possível a atenção à saúde ao lugar onde residem e trabalham as pessoas e constitui o primeiro elemento de um processo permanente da assistência sanitária*” (OMS, 1992. apud: SAWAYA,1997, p.85)

Ainda de acordo com a OMS, a atenção primária à saúde procura, assim, enfrentar os principais problemas de saúde da população, compreendendo as seguintes atividades: educação em saúde, estabelecimento de métodos para uma nutrição apropriada, melhoria do saneamento básico, assistência materno infantil, prevenção de doenças endêmicas, tratamento apropriado de doenças comuns e fornecimento de medicamentos essenciais (SAWAYA, 1997).

- **Conceitos norteadores do trabalho: Arquitetura e espaço**

Segundo o dicionário Silveira Brandão, arquitetura significa a arte de edificar. No entendimento deste trabalho, o objetivo de toda edificação deve ser garantir qualidade de vida à população. Desta maneira, além da ênfase aos aspectos estéticos, construtivos e funcionais existe a clara preocupação com a percepção, o bem-estar e satisfação dos usuários¹.

¹ Usuário, entendido aqui, como toda pessoa que ocupa o espaço físico (profissionais ou indivíduos da comunidade)

“Sob esta ótica, o edifício deixa de ser encarado apenas a partir das suas características físicas (construtivas) e passa a ser avaliado/discutido enquanto espaço ‘vivencial’, sujeito à ocupação, leitura, reinterpretação e/ou modificação pelos usuários, ou seja, ao estudo de aspectos construtivos e funcionais do espaço construído acrescenta-se a análise comportamental e social essencial à compreensão” (ELIALI, 1997, p. 353)

Diante do exposto, na elaboração de um projeto arquitetônico há que se considerar quatro aspectos que no ambiente construído apresentam-se integrados. Os aspectos construtivos (fundação, tipo de alvenaria, estrutura, cobertura...); os aspectos funcionais (conforto térmico, acústico, lumínico, ergonomia, fluxos de circulação, setorização....); os aspectos estéticos (uso de cores, marcos, elementos de visibilidade) e os aspectos comportamentais e sociais (simbolismo, subjetividades , apropriação...).

MORENO (1999) citando LEFEBVRE (1970) fala da *construção social do espaço*, onde uma identificação com a elaboração do projeto e com o espaço construído gera uma forte significação para a comunidade e contribui para o processo de identidade social.

“...el proceso de surgimento de identidad social descansa sobre las cualidades atribuidas al barrio como categorías sociales positivas que los ciudadanos se autoatribuyen y conforman su identidad como grupo. La cohesión social en estos casos aparece como subsidiaria de la identificación, no como antecesora. Ello parece aportar apoyo empírico al supuesto que considera que la dotación de elementos estructurantes del espacio que faciliten una identificación positiva de sus habitantes, no asegura, pero puede facilitar acelerar procesos de consolidación de un tejido social.” (MORENO, 1999, 55)

Enfim, defende-se a idéia de que a arquitetura (através da edificação) pode influenciar comportamentos, interações e conceitos constituindo-se numa expressão do sistema social.

- **Conceitos norteadores do trabalho: Sujeito e participação comunitária.**

Por sujeito, entende-se *“o ser real, considerado como algo que tem qualidades ou exerce ações”* (LALANDE, 1993. apud: AYRES, 2001, p. 65)

A comunidade é definida como um grupo de indivíduos (sujeitos) associados e vinculados entre si com características próprias e diversas ao mesmo tempo, que habitam no mesmo espaço físico (MORENO, 1999).

A participação popular compõe um dos princípios do SUS. Baseado na premissa de que o sistema deverá ser democrático, assegura-se a participação de todos os setores envolvidos, tanto na formulação de políticas de saúde, como no controle de sua execução; regulamentando-a através da Lei Orgânica da Saúde – LOS, Lei 8.142/90.

“Se, nos últimos anos, a conquista legal afirma o direito do cidadão à saúde e o dever do Estado em garantir esse direito, o princípio da responsabilidade também cria para o cidadão uma obrigação de natureza ética de participar na tomada de decisões de natureza pública.

A presença dos usuários nas decisões do aparelho de Estado, exercendo o controle social, constitui um dos modos mais eficazes para garantir a implementação de medidas (...)” (FORTES, 2000, p.32-3).

Diante do exposto, apesar da existência de canais legítimos de participação (orçamento participativo, conselho municipal de saúde, entre outros) parte-se do pressuposto que falta à população, de uma maneira geral, a consciência e a valorização da importância de sua participação. Dentre outros motivos, por herança do processo histórico, no qual, sujeitos foram analisados como objetos (do ponto de vista científico positivista), e os cidadãos foram acostumados a crer que *‘política é coisa de político...’* (dito popular – período militar).

Questões como: superar esta herança histórica, estabelecer um diálogo baseado na troca de informações, considerar o sujeito portador de conhecimentos e experiências, estar atento aos valores, crenças de cada comunidade, dentre outros; são entendidos neste trabalho como decisivos, visando o êxito da proposta.

De acordo com POL (1996), existem dois tipos de participação: a participação domesticada e a participação real e profunda. A primeira trata da manutenção dos valores dominantes, através de uma ‘pseudo’ participação. A segunda, parte da efetiva ação social e mostra resultados mais coerentes com os anseios da comunidade envolvida.

Contudo, a participação real e profunda da comunidade é, entendida neste trabalho, como condição primeira para elaboração de qualquer proposta de intervenção.

2.1.2. OBJETO DE ESTUDO

O objeto de estudo possui como pano de fundo o cenário político da democracia participativa, o SUS e o paradigma da produção social da saúde e é delimitado na intercessão entre os três campos mencionados a seguir: a atenção primária em saúde, a arquitetura e a participação comunitária.

A atenção primária à saúde oferece a base referencial teórica e conceitual que se pretende explorar.

A arquitetura consolida-se como a parceira potente para a materialização físico espacial de todo este arcabouço conceitual, de acordo com as premissas já descritas.

Por fim, a participação comunitária como decisiva para o sucesso ou fracasso deste empreendimento; e por isso, deverá estar envolvida desde a etapa da elaboração do projeto, neste processo de apropriação do espaço construído, desenvolvimento do sentimento de pertencimento e controle social.

2.1.3. FINALIDADE E JUSTIFICATIVA

A proposta de intervenção arquitetônica e urbana na atenção primária à saúde: a Unidade Básica de Saúde (UBS) integrada ao Centro Comunitário.

- **Unidade Básica de Saúde -UBS**

A instalação de uma nova UBS se justifica pela carência detectada no município de Viçosa, realidade esta extensiva a outros municípios mineiros, de unidades deste fim (CARDOSO, 2001).

- **Centro Comunitário -UBS**

Diante do processo de municipalização, a população, organizada em associação de moradores, através dos conselhos municipais pode e deve opinar sobre as distribuições de verbas e o estabelecimento de prioridades, de acordo com as necessidades sentidas em sua região. Entretanto, apesar da existência destes dispositivos legais, falta à população a conscientização da importância de sua participação e mobilização para o desenvolvimento de sua comunidade (CARDOSO, 2001).

Paralelo e em conjunto com a municipalização vem a descentralização, onde a idéia é que o poder decisório deve ser daqueles que são os responsáveis pela execução das ações, pois quanto mais próximo do problema, maiores as chances de acerto. Entretanto, não se pode esperar que aconteça a nível municipal, o que antes acontecia a nível federal – empresários e políticos privilegiando interesses particulares. Retoma-se novamente a questão da participação popular, que de acordo com a legislação vigente possui condições de fiscalizar e opinar sobre as ações públicas, através dos conselhos municipais.

Contudo, a instalação de uma sede para uma associação de moradores, mais do que isto, de um Centro Comunitário se justifica pela:

1. Necessidade de fomentar a participação do cidadão na vida em sociedade;
2. Contribuição para incrementar a qualidade de vida em uma área desprivilegiada, através de atividades desenvolvidas na própria sede;
3. E por fim, pelo objetivo de oferecer suporte físico espacial para que a lei possa ser efetivamente posta em prática, não repetindo assim, os erros do passado e conseqüentemente, contribuindo para que cada indivíduo exerça seu papel de cidadão.

▪ **Porque os dois integrados?**

Tendo em vista a proposta de elaboração de uma UBS, na qual o enfoque é a atenção primária e cujo objetivo resume-se em enfrentar os principais problemas de saúde da população, compreendendo as atividades de: educação em saúde, nutrição apropriada, melhoria do saneamento básico, assistência materno infantil, prevenção de doenças endêmicas, tratamento apropriado de doenças comuns e fornecimento de medicamentos essenciais.

A integração da UBS com o Centro Comunitário mostra-se uma excelente estratégia de forma a, além de alcançar o objetivo proposto, também potencializar:

1. A eficácia das ações em saúde (sendo estas melhor dirigidas);
2. A integração entre a comunidade em um espírito de auto responsabilidade e auto determinação (conforme orienta a Organização Mundial de Saúde - OMS);

3. A integração da comunidade com o município neste processo de gestão e consolidação do sistema municipalizado.

2.2. OBJETIVOS

▪ GERAL

Investigar diretrizes para elaboração de projetos arquitetônicos de Unidades Básicas de Saúde integradas a Centros Comunitários, assim como diretrizes para intervenção urbana no entorno próximo, tendo como referencial básico a participação comunitária.

▪ ESPECÍFICO

- Estabelecer um histórico conceitual e normativo a cerca do sistema de saúde pública, nas três esferas de governo, e direcionada ao atendimento primário à saúde.
- Avaliar diretrizes básicas a respeito da disposição, organização e localização de unidades básicas de saúde integradas a centros comunitários.
- Investigar a rede de atenção primária no município de Belo Horizonte, bem como a existência de programas intersetoriais direcionados à promoção de saúde com vistas à estruturação de uma Unidade Básica de Saúde - UBS.
- Avaliar a possibilidade de integrar a UBS ao Centro Comunitário no Município de Belo Horizonte

3 - REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

3.1. SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS

3.1.1. Histórico da política de saúde no Brasil a partir dos anos 70

- Os anos 70 e o período militar

A década de 70, compreendida pelo período militar, foi marcada pela crescente intervenção do Estado como regulador da sociedade.

A criação do Instituto Nacional da Previdência Social (INPS) em 1966, insere-se na perspectiva modernizadora da máquina estatal, aumenta o poder de regulação do Estado sobre a sociedade e acarreta a perda de representatividade de empregados e empregadores. Por outro lado, o Estado amplia a cobertura da previdência aos trabalhadores rurais e domésticos, excetuando-se apenas os trabalhadores do mercado informal.

Na assistência médica, o modelo de compra de serviços (de terceiros) é favorecido, a ênfase é dada à atenção individual, assistencialista e especializada.

“A criação do INPS propiciou a implementação do complexo médico-industrial, em especial na área de medicamentos e equipamentos médicos” (CUNHA, 1998, p. 17).

As medidas de saúde pública, as ações de interesse coletivo e de caráter preventivo não representavam nem 1% dos recursos da união e estavam dispersas em um conjunto de Ministérios (CUNHA, 1998).

Em 1974 são criados o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) e o Fundo de Apoio do Desenvolvimento Social (FAS). A criação do FAS propiciou a remodelação e ampliação dos hospitais da rede privada através de empréstimos com juros subsidiados. No período de 1968 a 1984 houve um aumento de 500% no número de leitos hospitalares.

O II Plano Nacional de Desenvolvimento, elaborado neste período, separa as ações de saúde pública (setor estatal) das ações de assistência médica (previdência social via setor privado). *“O plano institucionaliza o modelo médico assistencial privatista” (CUNHA, 1998, p. 18).*

Além disto, são definidos mecanismos de controle do setor contratado, através da criação do DATAPREV (Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social), do SINPAS (Sistema Nacional de Previdência Social) e do IAPAS (Instituto de Arrecadação da Previdência Social).

Merece destaque neste período: a elaboração do PPA (Plano de Pronto Ação) que levou o atendimento universal nos casos de emergência e representou o início da universalização do atendimento e; a criação do INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social).

No plano da saúde coletiva, no nível internacional, instala-se o discurso de atenção primária, decorrente da Conferência de Alma Ata. No nível nacional, é criado o CEBES (Centro Brasileiro de Estudos em Saúde, em 1976) e a ABRASCO (Associação Brasileira em Saúde Coletiva, em 1978).

“...irão se estabelecer como espaços de resistência e análise crítica da situação de saúde e das políticas sanitárias” (NUNES, 1994, p. 14).

Ainda na década de 70, em 1976, inicia-se o PIASS (Plano de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento) – que segundo Cunha (1998) – configura-se como o primeiro programa de medicina simplificada do nível federal. Em 1979 o PIASS é estendido a todo território nacional, o que resultou numa grande expansão da rede ambulatorial pública. Segundo MENDES (2000) o número de unidades, que era de 1.122 em 1975, passou a 13.739 em 1984, um crescimento de 1.255% em uma década.

Enfim, este período militar, focalizado na década de 70, segundo ALMEIDA (1990) foi representado por:

- a) Extensão da cobertura previdenciária,
- b) Reorientação da política de saúde para uma prática médica de caráter curativo e individual, em detrimento de medidas de saúde pública, de caráter coletivo e preventivo,
- c) Orientação dos serviços médicos para uma ótica da lucratividade, em que os recursos previdenciários compram os serviços de prestadores privados,
- d) Viabilização de um complexo médico industrial com expansão tecnológica da rede de serviços e do consumo de medicamentos,
- e) Deterioração das condições de vida de contingentes imensos da população (aglomerados nas cidades),

- f) Crescente consciência social de que a luta pela saúde faz parte da construção da cidadania, e
- g) Certeza, por parte dos governos instituídos, de que a saúde é um tema de grande interesse político.

“A onda desenvolvimentista cujos rumos do progresso não significaram a socialização do bem-estar; a constatação do aprofundamento das desigualdades entre ricos e pobres, entre países centrais e países periféricos; o caos ecológico e social dos grandes centros urbanos, a corrida armamentista, tudo isso fez crescer um movimento oposicionista na sociedade civil e um questionamento profundo da ciência como verdade incontestável. A concepção positivista da ciência universal, atemporal e isenta de valores conduzindo os rumos da humanidade, na área da saúde foi sendo problematizada por um debate teórico ideológico que engajou questões tanto de cientificidade dos postulados vigentes como da ética de investigação científica” (MINAYO, 1998,p. 59).

- Os anos 80 e a redemocratização

Diante do exposto, na década de 80 tem início o processo de redemocratização do país, caracterizado por uma intensa mobilização política. É a partir deste período que o debate em torno da saúde ultrapassa o âmbito das academias e dos técnicos do setor e se faz presente em todos os segmentos da sociedade, movimento que viria a se conformar no projeto da Reforma Sanitária.

“Esse programa exigiu do governo o reconhecimento da necessidade urgente de empreender mudanças no sistema de saúde, sob pressão de grupos profissionais e da população, que insatisfeita com o tipo e qualidade da atenção recebida começava a se organizar e exigir, do Estado, responsabilidade pela imensa dívida social” (DIMENSTEIN, 1998, p. 73).

No final de 1980, o Estado – Ministério da Previdência e Assistência Social, elaborou o Projeto do Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde – **PREV. SAÚDE**.

“O programa encontrou boa acolhida entre os profissionais de saúde preocupados com a melhoria dos serviços oferecidos à população, sendo a proposta entendida como uma conquista dos grupos sociais que defendiam a democratização da saúde e da sociedade brasileira” (CEBES–Nacional–PREV.SAÚDE, 1981,p.24).

Em 1981, o projeto morreu, uma vez que a oposição ao programa do governo, passou a ser feita por setores do próprio governo articulados com empresários médicos, revelando as contradições e a manutenção dos interesses privatizantes em jogo.

Em 1982, ainda no governo do Presidente Figueiredo, por iniciativa do Ministério da Previdência e Assistência Social, ocorreu à criação do Conselho Consultivo de Administração de Saúde

Previdenciária (decreto n° 86.329, 02/09/82) que elaborou o Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no âmbito da Previdência Social. Dentre os seus principais pontos, dois estão diretamente relacionados à área de interesse deste trabalho:

- Prioridade às ações primárias de saúde, com ênfase na assistência ambulatorial,
- Integração das instituições de saúde no nível federal, estadual e municipal num mesmo sistema regionalizado e hierarquizado.

O Plano recebeu várias críticas no sentido de que “(...) *tinha preocupação primeira com a contenção de gastos públicos e a racionalização do modelo prestador, sem tocar nos reais determinantes do quadro da saúde da população e a não presença dos usuários na implantação e fiscalização do projeto e a falta de uma política de recursos humanos*” (ALMEIDA, 1990, p. 04).

Desta forma, dirigentes do Plano encaminharam a proposta das Ações Integradas de Saúde (AIS), que por definição, “(...) *constituem a estratégia de interação programática entre as instituições de saúde pública federais, estaduais e municipais e demais serviços de saúde, a nível de Unidade Federada, com vistas ao desenvolvimento dos sistemas estaduais de saúde, em consonância com a política nacional de saúde*” (BRASIL. MPAS/MEC. Ações Básicas de Saúde, 1985, p. 02). Dentre seus principais pontos os relacionados à área de interesse são:

- a) Universalidade do atendimento,
- b) Integração interinstitucional,
- c) Programas de saúde a partir dos problemas sanitários prevalentes,
- d) Valorização das atividades básicas de saúde, assegurando-se o encaminhamento a outros níveis de referência,
- e) Utilização prioritária e plena da rede básica,
- f) Desenvolvimento de recursos humanos – política de formação e estabelecimento de cargos e salários,
- g) Reconhecimento da legitimidade da participação de vários segmentos sociais.

CUNHA (1998) demonstra que em 1984, eram destinados às AIS 4% do orçamento do INAMPS, passando para 12% em 1986.

Desta forma, as AIS iniciaram “*uma proposta estratégica que possibilitou um avanço funcional; foi a medida possível naquele momento, mas também não eram suficiente; era preciso avançar nas propostas transformadoras*” (CAMPOS, 1991, p. 54).

Em 1986, o Presidente José Sarney convocou, diante de intensa mobilização política na saúde, a VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em março do mesmo ano, que contou com intensa participação dos vários segmentos sociais. Os fatores que contribuíram para esta intensa participação foram a realização das Pré Conferências Estaduais e também o período de transição democrática pelo qual passava o país.

Os três temas básicos da VIII Conferência Nacional de Saúde foram:

1. A saúde como um direito _ Redefinição política do conceito de saúde, entendendo-a não somente como possibilidade de acesso à assistência à saúde, mas como condições objetivas de vida, incluindo-se alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde.

“Em primeiro lugar, ficou evidente que as modificações necessárias ao setor saúde transcendem aos limites de uma reforma administrativa e financeira, exigindo-se uma reformulação mais profunda, ampliando-se o próprio conceito de saúde e sua correspondente ação institucional, revendo-se a legislação no que diz respeito à promoção, proteção e recuperação da saúde, constituindo-se no que se está convencionando chamar de Reforma Sanitária Brasileira” (BRASIL. VIII Conferência Nacional de Saúde. *Relatório Final*, 1986, p.381).

2. Reformulação do Sistema Nacional de Saúde _ Discussão de como estruturar um novo sistema capaz de garantir à população o direito à saúde. As definições giraram em torno da criação de um Sistema Único de Saúde, “*que efetivamente represente a construção de um novo arcabouço institucional separando totalmente saúde da previdência, através de uma ampla reforma sanitária. (...) No nível federal, este novo sistema deve ser coordenado por um único Ministério, especialmente concebido para este fim. (...) A unidade de comando deve ser reproduzida nos níveis estadual e municipal*” (BRASIL. VIII Conferência Nacional de Saúde. *Relatório Final*, 1986, p.384).

Ainda neste tema definiu-se que as linhas de pesquisa desenvolvidas na área da saúde deveriam ser amplamente discutidas, objetivando a um direcionamento mais produtivo e relevante na resolução dos problemas do país.

3. Financiamento Setorial _

“O setor seria financiado por várias receitas, oriundas de impostos gerais e incidentes sobre produtos e atividades nocivas à saúde. Até que se formasse esse orçamento próprio (do Ministério) da saúde, a Previdência Social deveria destinar os seus recursos, que ora gasta com o INAMPS, para o novo órgão e ir retraindo-se na medida do crescimento de novas fontes” (BRASIL. VIII Conferência Nacional de Saúde. Relatório Final, 1986, p.382).

A VIII Conferência Nacional de Saúde discutiu a situação da saúde no Brasil e definiu mudanças no setor da saúde.

Vale acrescentar que o **SUS** só será aprovado e implementado pela aprovação da Constituição Federal de 1988, desta forma durante este espaço de dois anos, outro programa de governo foi implementado, o **SUDS** – Sistema unificado e Descentralizado de Saúde, com a finalidade de oferecer continuidade às **AIS** – Ações Integradas de Saúde e servir de suporte para a instalação do SUS.

Assim, em 1987, através do decreto nº 94.657, de 20/07/87, foi criado o SUDS com o objetivo de contribuir para a consolidação e desenvolvimento qualitativo das AIS (BRASIL. DECRETO-LEI nº 94.657-20, de 20 de julho de 1987. Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde nos Estados, 1987, p. 04).

“O objetivo principal desses modelos assistenciais passa a ser a criação de uma identidade recíproca entre os serviços e a população, onde haja uma mútua transparência, resgatando-se as pessoas como sujeitos dos serviços a elas oferecidos, e não como simples objetos. De tal forma, que a população reconheça nos serviços os ‘seus’ serviços e, os serviços, na população, a ‘sua’ população, criando-se, assim, uma identificação que de um lado permitirá a abordagem epidemiológica e de outro, o maior controle social dos serviços” (BRASIL. DECRETO-LEI nº 94.657-20, de 20 de julho de 1987. Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde nos Estados, 1987, p. 04).

Apesar do grande avanço que representou o SUDS, principalmente no que se referia à descentralização, municipalização e estadualização dos recursos disponibilizados à saúde, este mesmo avanço “(...) traz problemas uma vez que ainda não temos uma conduta única federal que possa conduzir técnica e administrativamente este sistema” (AROUCA, 1988, p. 12).

Em 05 de outubro de 1988 entrou em vigor a nova Constituição do Brasil, e segundo Eleutério Rodrigues Neto, então presidente da CEBES, “considerando a correlação de forças que existe na Constituinte e as propostas que eram definidas pelos setores ligados à iniciativa privada através do

‘Centrão’, não sobra a menor dúvida de que o texto aprovado significa uma expressiva vitória do movimento pela Reforma Sanitária, não há dúvidas, também, de que o texto aprovado não representa tudo o que se desejava e propunha, na medida em que desde a sub-comissão, quando foi aprovado o primeiro ante projeto, o processo tem sido de perdas sucessivas, a nível de detalhe e conteúdo” (Eleutério Rodrigues Neto, 1989. apud: ALMEIDA, 1990, p. 10).

Paralelo a consolidação através da Constituição, das mudanças na área da saúde, no cenário internacional e posteriormente, no nacional foi-se conformando o chamado modelo neoliberal, assunto que será abordado posteriormente.

3.1.2 . A Constituição de 88 e a saúde

A Constituição Federal vigente incorporou, idéias originárias das reflexões oriundas do movimento da reforma sanitária e dos movimentos internacionais por um novo modelo de saúde pública. O conceito de saúde explicitado na VIII CNS está refletido no texto das normas legais da Constituição Federal e das leis que a regulamentam. No Título II que trata dos Direitos e Garantias Fundamentais, Capítulo II, o artigo 6º enumera os direitos sociais e entre eles a saúde.

“Art. 6º São direitos sociais a educação, a saúde, o trabalho, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição” (BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil).

A saúde é, portanto, um direito de cidadania e está relacionada ao Título VIII: Da ordem social, Capítulo II: Da seguridade social, que trata das disposições gerais da saúde, da previdência social e da assistência social; Seção II: Da saúde, que trata especificamente deste título (artigos 196 a 200).

Art. 196. *A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação*

Art. 197. *São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao poder público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.*

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 diretrizes:*

I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III - participação da comunidade.

§ 1º *O sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes.*

§ 2º *A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde recursos mínimos derivados da aplicação de percentuais calculados sobre:*

I - no caso da União, na forma definida nos termos da lei complementar prevista no § 3º;

II - no caso dos Estados e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam os arts. 157 e 159, inciso I, alínea a, e inciso II, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios;

III - no caso dos Municípios e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam os arts. 158 e 159, inciso I, alínea b e § 3º.

§ 3º *Lei complementar, que será reavaliada pelo menos a cada cinco anos, estabelecerá:*

I - os percentuais de que trata o § 2º;

II - os critérios de rateio dos recursos da União vinculados à saúde destinados aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, e dos Estados destinados a seus respectivos Municípios, objetivando a progressiva redução das disparidades regionais;

III - as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas esferas federal, estadual, distrital e municipal;

IV - as normas de cálculo do montante a ser aplicado pela União

Art. 199. *A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.*

§ 1º *As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.*

§ 2º *É vedada a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos.*

§ 3º *É vedada a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no País, salvo nos casos previstos em lei.*

§ 4º *A lei disporá sobre as condições e os requisitos que facilitem a remoção de órgãos, tecidos e substâncias humanas para fins de transplante, pesquisa e tratamento, bem como a coleta, processamento e transfusão de sangue e seus derivados, sendo vedado todo tipo de comercialização.*

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 e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos;

II - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador;

III - ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde;

IV - participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico;

V - incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico;

VI - fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano;

VII - participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;

VIII – colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho.
(BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. www.senadofederal.gov.br.
Acessado em 08/09/04)

No Artigo 196, apresenta uma amplitude das determinações legais, não só quando responsabiliza o Estado pelas políticas sociais e econômicas que promovam, protejam e recuperem a saúde, como também na consideração de que esta saúde não é somente o *risco de doenças*, mas, de *outros agravos*, determinados e/ou condicionados: pela alimentação, o saneamento básico, as condições de moradia, a educação, o trabalho e outros (conforme o previsto na VIII Conferência Nacional) *garantindo o acesso universal e igualitário às ações de saúde*.

Isso significa que as políticas públicas devem não apenas garantir o acesso aos serviços, mas criar condições adequadas de saúde, reconhecendo-se a múltipla determinação da doença e a relação da saúde com as condições sócio-econômicas (MENICUCCI, 2000).

É interessante notar que antes da Constituição, a saúde não era considerada um direito de todos, mas apenas daqueles vinculados ao mercado formal de trabalho e à previdência social (MENICUCCI, 2000)

“A Constituição veio romper com a postura histórica dos governos de vincular a assistência médica ao mundo do trabalho e da produção e instituir a saúde enquanto direito inalienável de todo e qualquer cidadão brasileiro” (DIMENSTEIN, 1998, p. 02).

No artigo 197 a responsabilidade do Estado é reiterada, deixando claro que ao mesmo cabe, sua *regulação, fiscalização e controle*.

O artigo 198 caracteriza a estrutura do sistema de saúde, como um conjunto de ações e serviços integrantes de uma rede regionalizada e hierarquizada, constituindo um sistema único².

Neste artigo, a participação da comunidade é também assinalada como um dos componentes deste sistema.

A Emenda constitucional 29/2000 (inserida no artigo 198) dispõe sobre os repasses de verbas para a saúde entre as três instâncias da federação. É importante salientar que o financiamento do SUS, conforme descrito no artigo 195, é feito *“por toda sociedade de forma direta ou indireta, mediante recursos provenientes dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios,*

² Sobre as diretrizes do SUS, estas serão melhor detalhadas no próximo tópico: O Sistema Único de Saúde.

(...) [bem como de] outras contribuições sociais”³ dos empregadores e empregados. Ou seja, quem - em última instância - financia os serviços que o Estado presta e organiza, incluídas as ações de saneamento, é a população.

A inserção das ações e dos serviços de saneamento como parte deste sistema de saúde fica evidenciada no artigo 200, o qual dispõe sobre uma gama de atividades: vigilância à saúde, saúde do trabalhador, proteção do meio ambiente, estímulo ao desenvolvimento científico e tecnológico... .

Por fim, NUNES (1994) aponta que a iniquidade será o maior saldo vermelho no balanço sócio-sanitário da humanidade, no final deste milênio.

“Com a iniquidade expressa numa concentração de renda cada vez maior e a sua tradução na pobreza em cifras que se elevam continuamente, crescem a fome, a má nutrição e a desnutrição. Acrescente-se à violência que se expande gerando a insegurança social, o terceiro aspecto da deterioração do ambiente” (NUNES, 1994, p.19).

Por outro lado, Lima (2002) acrescenta que a Norma Operacional de Assistência à Saúde de 2001, “em que pesem as críticas e o caráter incerto de sua implementação, parece ser um importante esforço no sentido de garantir maior acesso, principalmente à atenção básica, mas também aos demais níveis de complexidade, deixando a cargo dos estados a organização e articulação dos serviços de saúde no nível supra-municipal”. Esse processo, conforme coloca o autor, poderá contribuir para a redução das desigualdades de acesso, diminuindo as barreiras locais de ofertas de serviços através da pactuação entre os municípios dos fluxos de referência e contra-referência, conduzida e avaliada pelos estados.

Neste sentido, mesmo com o crédito positivo das proposições legais e da crescente mobilização social, a pauta da saúde torna-se mais extensa a cada dia.

3.1.3. O SUS - Princípios

O SUS apresenta-se baseado em alguns princípios fundamentais⁴ que são relevantes para a presente análise, uma vez que proposta de edificação a ser elaborada é uma instituição pública de saúde, que como tal deve seguir as diretrizes normativas do sistema ao qual está inserida.

³ (BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. www.senadofederal.gov.br 25/09/98)

CUNHA (1998) divide os princípios em doutrinários e organizativos:

“O SUS pode então ser entendido a partir da seguinte imagem, um núcleo comum (único), que concentra os princípios doutrinários [universalização, equidade e integralidade], e uma forma de organização e operacionalização, os princípios organizativos [descentralização, regionalização e hierarquização, participação popular]. Estes elementos se relacionam com as peculiaridades e determinações locais, através das formas previstas de aproximação da gerência aos cidadãos” (CUNHA, 1998, 23).

Universalidade - atendimento gratuito a todos, independentemente de ser contribuinte ou não.

Aqui, é interessante atentar ao fato de que não se trata simplesmente de ampliar o acesso ao atendimento, mas de superar a desorganização funcional, o sucateamento das instalações, equipamentos e recursos humanos (DIMENSTEIN, 1998).

Integralidade – necessidade da superação das ações parciais que vêem a pessoa como um amontoado de partes e não como um todo integrado, que pertence a uma sociedade, a um contexto histórico; desta maneira, as ações em saúde devem estar voltadas ao mesmo tempo para os indivíduos e à comunidade, para a prevenção e o tratamento, não podendo ser compartimentadas (TANAKA, s.d., p.38).

Infelizmente, a integralidade das ações que contempla os aspectos de promoção da saúde, preventivo e curativo e que exige intersetorialidade no campo das políticas sociais ainda não se faz presente nas práticas cotidianas institucionais. Desta forma, o que se vê são medidas pontuais. Além disto, CAMPOS (1991), realizando um balanço entre as ações de caráter preventivo/coletivas e curativa/individuais na maior parte das cidades do país, as primeiras não chegam a atingir nem 20% do total.

Em relação à ação intersetorial, MENDES (1996) afirma que, para ser conseqüente, implica em tomar problemas concretos, de gentes concretas em territórios concretos. A intersetorialidade não será, nunca, instituída nos gabinetes, em mesas de reunião distanciadas dos problemas que emergem da concretude dos territórios. SCHARAIBER (sd) aponta, ainda neste contexto, a necessidade de integrar a dimensão subjetiva que está presente como conformador efetivo da estruturação e da dinâmica das práticas no processo saúde doença.

⁴ Estes princípios foram elaborados durante a VIII Conferência Nacional (1986), discutidos dentro do tema II:

Equidade – todos têm o direito a um bom atendimento, mas não podem receber o mesmo atendimento porque são diferentes, vivem em condições desiguais e suas necessidades são diferentes; desta forma, equidade difere-se de igualdade.

De acordo com a UNICEF (1998) equidade refere-se a “*prover bens e serviços, de modo diferenciado, para atender às distintas necessidades dos vários grupos populacionais, tendo em vista a redução das desigualdades de acesso*” (FORTES, 2000, 33).

Assim, a rede de serviços deve estar atenta para as desigualdades existentes entre as pessoas com o objetivo de ajustar suas ações às necessidades específicas de cada parcela da população.

Entretanto, este princípio vem sendo pouco atingido, uma vez que a população de baixa renda, que recorre ao serviço público, continua recebendo tratamento massivo, despersonalizado e de baixa qualidade.

“...por um lado, os argumentos normativos que remetem a questões de justiça e de direitos fundamentais da pessoa e, de outro, o desvelamento dos nem um pouco insignificantes interesses econômicos que se alinham no campo da comercialização da assistência à saúde. Isso faz com que a análise da questão da saúde transite da esfera da justiça para a da produção de mercadorias no sentido econômico do termo, remetendo à clássica questão das tensões entre equidade e eficiência, ou entre acumulação e justiça” (MENICUCCI, 2000, p. 01).

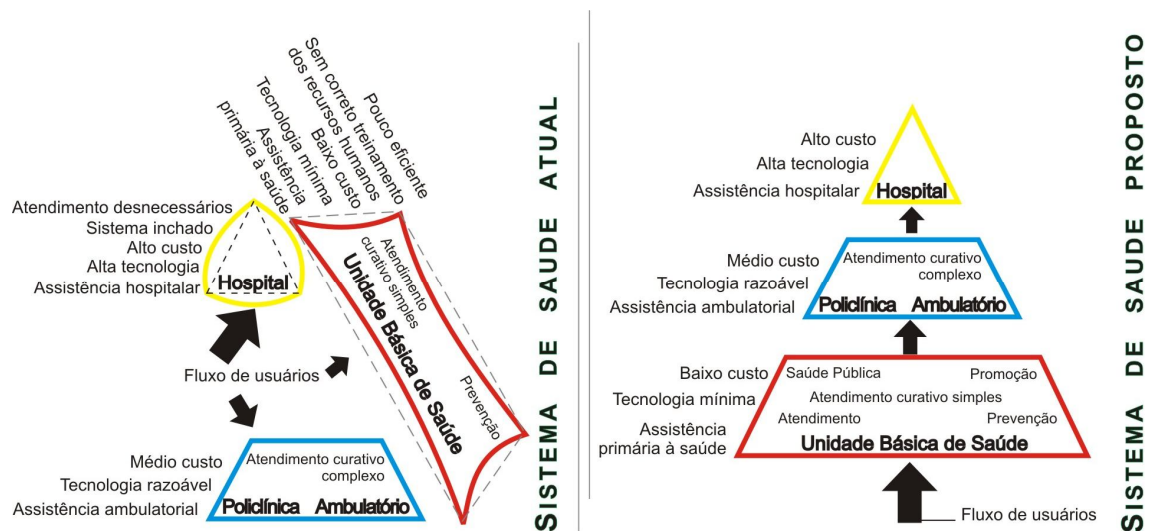
Neste contexto, Lima (2002) afirma a necessidade de se resgatar a solidariedade, como um valor fundamental para a adoção de políticas públicas mais justas, ao lado, dos padrões e critérios de eficácia e eficiência já adotados.

Descentralização – redistribuição do poder decisório, dos recursos e das competências; idéia de que o poder de decisão deve ser daqueles que são responsáveis pela execução da ação, pois quanto mais próximo do problema, maiores são as chances que se tem de acertar a decisão. A municipalização da saúde possibilita maior racionalidade à organização do sistema de saúde, uma vez que o poder decisório encontra-se mais próximo dos problemas a serem enfrentados.

Regionalização e Hierarquização – os serviços devem ser organizados em níveis de complexidade crescente. O acesso da população deve se dar através de serviços de nível primário de

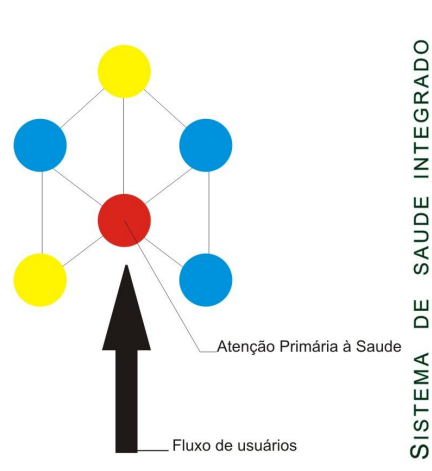
atenção, que precisam estar qualificados para atender e resolver os principais problemas. Os demais deverão ser referentes aos serviços de maior complexidade tecnológica (ambulatorial e hospitalar).

“Neste contexto, torna-se imprescindível, para o novo modelo assistencial, uma clara e explícita definição de porta de entrada do Sistema que contemple a almejada integração das ações de saúde pública com as ações de assistência médica individual de caráter curativo” (TANAKA, s.d., p.39).



Esquema 02 – Esquema Ilustrativo do sistema de saúde, com a evidente diferença entre o que se propõe e o que acontece na prática.

Entretanto, MENDES (2002) coloca que esta estrutura piramidal proposta, segundo uma complexidade crescente é denominada por sistemas fragmentados. “Ela [sistema fragmentado] fundamenta-se num conceito de complexidade equivocado, ao estabelecer que a atenção primária à saúde é menos complexa do que os níveis secundário e terciário” (MENDES, 2002, p. 16).



“Nos sistemas integrados de serviços de saúde, a concepção de sistema piramidal hierarquizado é substituída por outra, de uma rede horizontal integrada. Aqui, não há uma hierarquia entre diferentes pontos de atenção à saúde mas a conformação de uma rede horizontal de pontos de atenção à saúde de distintas densidades tecnológicas, sem hierarquia entre eles” (MENDES, 2002, 17).

Esquema 03 – Rede horizontal integrada (MENDES, 2002)

Racionalidade – o SUS deve estar organizado de maneira que sejam oferecidos serviços e ações de acordo com as necessidades de população. Para isso, deve-se organizar a partir de pequenas regiões e ser planejado para suas populações.

Resolutividade – o SUS deve ser eficiente, ou seja, produzir resultados positivos quando as pessoas o procuram ou quando um problema se apresenta na comunidade, sendo que para tanto precisa ter qualidade.

Participação do cidadão – o sistema deve ser democrático, assegurando o direito de participação de todos os segmentos envolvidos para a formulação de políticas de saúde e o controle de sua execução. A Lei 8.142/90 – Lei Orgânica de Saúde, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS, condicionou o recebimento dos recursos financeiros à existência de conselhos de saúde para exercerem um controle social sobre o SUS.

Complementariedade do setor privado – MENICUCCI (2000) afirma que se trata de uma articulação perversa, pois ao setor público cabe a atenção à população de baixa renda e com alto risco de adoecer em todos os níveis de atenção; os atendimentos de urgência e os procedimentos de alto custo para o conjunto da população (já que estas áreas não são atrativas para o setor privado do ponto de vista da rentabilidade econômica). Por sua vez, o setor privado cobre prioritariamente a atenção secundária, que oferece maiores possibilidades da perspectiva do cálculo financeiro, para cerca de um terço dos brasileiros. Por fim, a mesmo autor acrescenta que as tentativas mais recentes no sentido de diminuir as restrições impostas pelos planos de saúde privados esbarram na lógica da racionalidade econômica que direciona sua atuação.

Entretanto, fica notório que, ao longo destes 18 anos, muitas dificuldades se impuseram à consolidação do SUS, dificultando a realização prática desses princípios gerais na maior parte do país, principalmente porque, de acordo com DIMENSTEIN (1998), MINAYO (1998) e CORDEIRO (1985) são necessárias adequações estruturais e institucionais ainda não alcançadas.

“Mesmo que ainda não tenhamos atingido os princípios do SUS em sua plenitude, é preciso reconhecer que estamos construindo um sistema solidário e que os avanços, nestes últimos 10 anos, foram significativos, especialmente no que diz respeito ao processo de descentralização e municipalização dos serviços de saúde. O acesso aos serviços também foi ampliado, decorrente da própria expansão dos

serviços municipais de saúde. No campo do financiamento, avançamos significativamente, hoje a maior parte dos recursos federais já são transferidos fundo a fundo e recentemente o setor obteve uma importante conquista com a aprovação da PEC da saúde. Mesmo que os Conselhos de Saúde ainda não estejam atuando no plano ideal, é inegável o que já representam enquanto instância de participação e controle social.

No campo dos arranjos institucionais, a criação das Comissões Bipartites e Tripartites significa espaço privilegiado de pactuação entre os diferentes níveis de gestão do SUS. Não se admite mais decisões centralizadas, que não sejam acordadas entre as representações de gestores. Estes são alguns aspectos, dentre muitos, que demonstram os avanços. Mas também temos a consciência de que em algumas questões avançamos pouco. Ainda não conseguimos traduzir efetivamente estes avanços em uma linguagem que a população realmente compreenda: de serviços que sejam verdadeiramente acessíveis, oportunos, resolutivos e humanizados” (BRASIL. PSF, 2000, p.09).

Desta maneira, uma das questões fundamentais do SUS é a construção de um novo padrão de práticas e de organização dos serviços de saúde que viabilize as políticas de saúde propostas. O que implica na mudança do modelo assistencial, de forma a atender as pessoas, fazendo com que a assistência e as intervenções ambientais sejam eficazes e capazes de incrementar a qualidade de vida e de saúde das pessoas. Implica também na organização da rede básica, de forma contextualizada, de acordo com os problemas existentes a nível local. Retoma-se o princípio da equidade.

Mostra-se necessário, então, uma mudança do perfil do profissional para atuar no SUS, perfil este que deve chegar às universidades. Afinal, não se trata simplesmente de capacitar tecnicamente àqueles que trabalham na saúde, mas principalmente de *“fundamentar a ação técnica por uma ideologia claramente humanista, onde a pessoa é vista em sua totalidade”* (MINAYO, 1998, p. 10)

“É certo que ainda não se avançou muito nesta área e não se conseguiu ainda formular, com clareza, proposta de formação numa perspectiva humanista. A formação hegemônica do profissional de saúde, no Brasil, ainda está voltada para formar especialistas, é tecnicista e não avançou no sentido de um compromisso com a sociedade” (CAMPOS, 1991, p. 30).

“Ou seja, faltam condições para que se possa materializar o ideário do SUS, para reformular as práticas sanitárias, para a criação de novos modos de gerir a coisa pública e para a descoberta de novos modelos que de fato produzam saúde. A academia tem-se ausentado dessa responsabilidade, na medida em que continua fechada entre muros sem democratizar o conhecimento produzido, sem dar um sentido social para ele” (DIMENSTEIN, 1998, p. 06).

Retoma-se a questão da cultura capitalista, conformista e individualista que dificulta a integração mencionada, comprometendo a percepção de que independente do nível sócio econômico de um indivíduo, vive-se em sociedade e não basta ser sadio. É preciso que a sociedade seja sadia, para tanto, faz-se necessário que cada segmento social perceba a importância de sua participação, inclusive no que tange a consolidação do SUS (CAMPOS, 1991).

Com base nas experiências desenvolvidas no continente europeu, a OMS estima que são necessários de três a seis anos para implantar políticas públicas saudáveis e de cinco a dez para que elas se reflitam em ganhos concretos de saúde (MENDES, 1996).

“Daí que uma reforma em profundidade de um sistema de saúde significará a mudança de um sistema de crenças vigente por um outro emergente. Isso vai caracterizar a reforma de saúde como um processo longo, em que não há lugar para planos mágicos, de resultados espetaculares no curto prazo” (MENDES, 1996, p. 235).

3.1.4. O PLANO NACIONAL DE SAÚDE – UM PACTO PELA SAÚDE NO BRASIL (2004-2007)

Em 10 de dezembro de 2004 foi aprovado, através da portaria n°. 2.607, pelo então Ministro da Saúde Humberto Costa, o Plano Nacional de Saúde (PNS) denominado: Um pacto pela saúde no Brasil.

Segundo o próprio documento, *“os planos são documentos de intenções políticas, de diagnóstico, de estratégias, de prioridades e de metas vistas sob uma ótica analítica, devendo ser submetidos, na íntegra, aos respectivos Conselhos de Saúde”* (BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 2.607 de 10/dez/04)

O PNS é posto como um instrumento de referência indispensável à atuação das esferas de direção do SUS e é operacionalizado mediante programas e/ou projetos, nos quais são definidas as ações e atividades específicas, bem como o cronograma e os recursos necessários.

Os objetivos a serem alcançados com o PNS são os mesmos do Plano Plurianual 2004-2007 da saúde estabelecidos também em processo que envolveu ampla e diversificada mobilização. Ao todo são 22 objetivos específicos e um geral, o qual trata o PNS como um todo.

O Plano Plurianual 2004-2007 (PPA) do governo federal parte da orientação, que envolve cinco dimensões – a social, a econômica, a regional, a ambiental e a democrática – contempladas nos três mega-objetivos do PPA:

1. Inclusão social e a redução das desigualdades sociais;
2. O crescimento com geração de emprego e renda, ambientalmente sustentável e redutor das disparidades regionais;
3. A promoção e expansão da cidadania e o fortalecimento da democracia.

O objetivo geral do PNS, refere-se a “*promover o cumprimento do direito constitucional à saúde, visando à redução do risco de agravos e ao acesso universal e igualitário às ações para sua promoção, proteção e recuperação, assegurando a equidade na atenção, aprimorando os mecanismos de financiamento, diminuindo as desigualdades regionais*” (BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 2.607 de 10/dez/04).

O PNS propõe que para discussão das prioridades nas esferas municipal, estadual e federal, a partir dos objetivos, diretrizes e metas do Plano, sejam colocados os seguintes eixos de orientação:

1. A redução das desigualdades em saúde;
2. A ampliação do acesso com qualificação e humanização da atenção;
3. A redução dos riscos e agravos;
4. A reforma do modelo da atenção;
5. Aprimoramento dos mecanismos de gestão, financiamento e controle social.

O PNS está estruturado em quatro partes: (1) princípios que orientam o PNS (citados acima); (2) síntese da análise situacional da saúde no Brasil, (3) objetivos e diretrizes, com as respectivas metas para o período 2004-2007, e (4) gestão, monitoramento e avaliação.

A segunda parte do PNS, a análise situacional da saúde, está dividida em seis partes a saber:

1. Análise de aspectos demográfico e sócio econômico – Nesta parte é feita uma caracterização do país de acordo com os aspectos citados.

Cabe ressaltar o trecho em que é tratada a transição demográfica que acontece atualmente no país, com um progressivo estreitamento da base da pirâmide etária, revelando acentuada

diminuição da proporção de jovens e expressivo envelhecimento da população. Conforme informa o documento, segundo projeções da OMS em 2025, o Brasil ocupará a sexta posição em população de idosos, com mais de 32 milhões de pessoas com 60 anos ou mais.

Outro dado interessante é que o país é composto por 26 regiões metropolitanas, as quais concentram 413 municípios (7,4%) e onde residem aproximadamente 40% da população brasileira.

2. Análise em relação às linhas de atenção à saúde – Neste trecho é feita uma caracterização em relação às linhas de atenção, incluindo os serviços de urgência e emergência e o transplante de órgãos e tecidos. Cabe ressaltar, dois aspectos que perpassam todas as linhas de atenção, constituindo-se em importantes eixos estruturantes das ações com vistas à superação das desigualdades em saúde: a reorganização da prática assistencial e a qualificação das ações e serviços oferecidos.

“Em relação ao primeiro (reorganização da prática assistencial), ressaltam-se o fortalecimento da atenção básica, a desinstitucionalização das práticas sanitária – com o desenvolvimento de modalidades assistenciais alternativas à prática hospitalar – e a racionalização da utilização das tecnologias médicas, a atenção ambulatorial especializada e a alta complexidade. Em relação ao segundo eixo (a qualificação das ações e serviços oferecidos), enfatiza-se a humanização do atendimento, promovendo-se um maior acolhimento dos pacientes nos serviços de saúde” (BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 2.607 de 10/dez/04).

3. Análise em relação às condições de saúde – Esta parte é tratada em três dimensões, a saber: uma visão geral da morbimortalidade, a situação sanitária dos grupos mais vulneráveis e uma abordagem focalizada em algumas áreas de intervenção particularmente importantes para a saúde pública.

Esta parte é muito interessante e trata de maneira macro a situação da saúde em geral no país envolvendo amplos aspectos.

4. Análise em relação à gestão em saúde – nesta análise destacam-se:
 - A descentralização da gestão - avanços na gestão plena, definição mais clara do papel dos governos estaduais e planejamento integrado entre as esferas de governo evitando a fragmentação e competição por recursos e competências,

- A participação social - o processo de compartilhamento entre gestores e os conselhos de saúde ainda é incipiente, são ainda insuficientes os processos de discussão e troca de informações entre os conselheiros e as comunidades e movimentos sociais representados, o que prejudica a legitimidade e representatividade dos conselhos, por fim as condições operacionais e de infra-estrutura dos conselhos são muito precárias.
 - A gestão do trabalho em saúde – dificuldade de se trabalhar em equipe, expansão acelerada da especialização do trabalho em saúde e por vezes, fragmentação desnecessária do conhecimento e da prática. A precarização do trabalho em saúde também é citada, foram poucos concursos e insuficientes na última década e o estabelecimento de um plano de cargos e salários bem estruturado e corretamente executado é visto como prioritário.
 - A informação em saúde – apesar de uma tradição na captura, no armazenamento e no tratamento dos dados, as ações nesta área apresentaram até então pouca capacidade em aprofundar o processo de implementação do SUS, em particular ao que se refere à organização da gestão, ao planejamento da atenção e ao fortalecimento do controle social.
5. Análise em relação ao setor saúde – contempla os seguintes pontos: SUS, ambiente e saúde, pesquisa em saúde, tecnologia e insumos estratégicos, força de trabalho, segurança sanitária e saúde suplementar. Em relação ao SUS, é posto como maior desafio, **“a melhoria da qualidade da atenção à saúde, nos seus vários níveis, elevando-se a resolutibilidade da rede de unidades básicas e fortalecendo seu papel como porta de entrada do SUS”** (BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 2.607 de 10/dez/04- grifo meu).

Um outro ponto interessante que cabe destacar foi a criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), a qual teve uma atuação fundamental no setor de medicamentos com destaque para a Política de Medicamentos Genéricos.

6. Análise do investimento em saúde – trata da distribuição dos recursos.

A terceira parte do PNS - Objetivos e diretrizes, com as respectivas metas para o período 2004-2007, é apresentada de acordo com as linhas de análise mencionadas anteriormente. Cabe ressaltar, considerando a proposta desta presente dissertação, os seguintes objetivos e diretrizes:

- Objetivo: *Efetivar a atenção básica como espaço prioritário de organização do SUS, usando estratégias de atendimento integral – a exemplo do saúde da família – e promovendo a articulação intersetorial com os demais níveis de complexidade da atenção à saúde.*

Diretriz e meta nacional: Centrada na expansão e consolidação do Programa Saúde da Família e das equipes de Saúde Bucal.

- Objetivo: *Promoção da alimentação saudável e combate à desnutrição*

Diretriz e meta nacional: Atender com micro nutrientes, anualmente, pelo menos 70% da população em situação de risco.

- Objetivo: *Redução da morbidade por acidentes e violência*

Diretriz e meta nacional: Implantar 54 núcleos municipais e estaduais de prevenção da violência e de promoção da saúde em cidades com mais de 100 mil habitantes.

- Objetivo: *Promoção da atenção à saúde do idoso voltada à qualidade de vida*

Diretriz e meta nacional: Vacinar, anualmente, cerca de 70% da população contra a gripe.

- Objetivo: *Fomentar ações de saneamento ambiental voltadas à prevenção e ao controle de doenças*

Diretriz e meta nacional: Ampliação e melhoria do sistema público de abastecimento de água, bem como de esgotamento sanitário. Implantação, ampliação ou melhoria do sistema de coleta, tratamento e destinação final de resíduos sólidos.

A quarta e última parte do PNS – Gestão, monitoramento e avaliação.

Em relação à gestão, o documento afirma que será enfatizada a coordenação no âmbito do Ministério da Saúde e a articulação intersetorial, como estratégias centrais para que as ações descentralizadas possam ter coerência e consistência em relação aos objetivos traçados.

O monitoramento requer a disponibilidade de informações definidas, coletadas e sistematicamente analisadas em cada esfera de gestão

A avaliação em função das metas traçadas e dos seus indicadores para seu acompanhamento.

De maneira geral, nota-se que o documento apresenta uma ênfase maior nos aspectos da atenção secundária (ambulatorial) quando relacionado ao tema da arquitetura, do espaço (com a previsão de novas unidades e requalificação das existentes). Esta mesma ênfase não é observada na atenção primária, quando os objetivos são centrados no aumento de equipes de saúde da família, saúde bucal e consolidação da humanização (a qual perpassa todos os níveis de atenção).

3.2. ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

3.2.1. *O modelo assistencial*

- **A consolidação e a crítica ao modelo biomédico (tecno burocrático).**

Antigamente, a cura era praticada por curandeiros populares, guiados pela sabedoria tradicional e concebiam a doença como um distúrbio da pessoa como um todo, não envolvendo só seu corpo, mas sua mente, sua relação com o meio ambiente, com o cosmo e com as divindades (CAPRA, 1982).

No séc. XVII, a teoria racionalista de Descartes influenciou todo o pensamento médico e contribuiu para a consolidação do modelo biomédico, que constitui o alicerce conceitual da medicina moderna científica.

Segundo a filosofia cartesiana, o corpo humano era considerado uma máquina que poderia ser analisada segundo suas peças; a doença era vista como um mau funcionamento dos mecanismos destas peças. Assim, sua rigorosa distinção entre corpo e mente levou os médicos a se concentrarem na máquina corporal e a negligenciarem aspectos psicológicos, ambientais e sociais da doença, o que contribuiu para uma visão mecanicista da cura.

No séc XIX, diante dos progressos da biologia, o modelo biomédico avançou. Louis Paster, iniciador dos estudos sobre microorganismos, chegou à teoria microbiana da doença, a qual foi rapidamente incorporada pela classe médica, através do “Postulado de Koch” (CAPRA, 1982)

Estes progressos da biologia do século XIX foram acompanhados pelo avanço da tecnologia médica. Por exemplo, a partir da teoria microbiana descobriu-se que os microorganismos poderiam também causar infecção em ferimentos cirúrgicos, o que gerou o desenvolvimento do sistema anti-séptico. Além disto foram inventados instrumentos de diagnósticos, como o estetoscópio e a aparelho para tomada da pressão sangüínea. Ao mesmo tempo, as atenções dos médicos transferiam-se gradualmente do paciente para a doença.

Já no século XX, a medicina mantém esta tendência reducionista e diante da progressão da biologia até ao nível molecular, os pesquisadores biomédicos ficam limitados aos aspectos parciais do fenômeno que estudam.

Em paralelo estava sendo desenvolvido o modo de produção capitalista baseado na apropriação privada de bens, concorrência de mercado, incorporação tecnológica não planejada, obtenção da mais valia (lucro). O setor saúde como um setor inserido neste contexto passa por um processo de acumulação de capital e a saúde como um bem de consumo adquire a característica de mercadoria.

Assim, em 1910 foi publicado, pela Fundação Carnegie, o Relatório Flexner no qual está sustentado o paradigma flexneriano.

Este paradigma, fruto daquele momento histórico, é coerente com o conceito de saúde como ausência de doença e se expressa por um conjunto de elementos que coexistem e se completam que são: o individualismo, o mecanicismo, o biologismo, a especialização, a tecnificação e o curativismo. (MENDES, 1996).

“O conceito de saúde, tomado em sua negatividade, como ausência de doença, e o paradigma flexneriano, estruturaram uma resposta social organizada sob a forma da prática da atenção médica, nos marcos da medicina científica” (MENDES, 1996, p. 241).

Assim, ao examinar a relação entre medicina e saúde hoje, é necessário entender que existe um vasto espectro da medicina, da clínica geral, a medicina de urgência, da cirurgia à psiquiatria. É relevante atentar que, em algumas áreas, a abordagem biomédica é extremamente bem sucedida, ao passo que em outras, se mostrou um tanto ineficaz. A medicina de emergência, por exemplo, ao lidar com infecções agudas, nascimentos prematuros e outros, é decisiva em casos individuais. Neste sentido, a moderna medicina é surpreendente. Porém, embora decisiva em casos individuais (conforme o paradigma vigente), parece não fazer diferença na saúde das populações como um todo.

“A grande publicidade dada a procedimentos tão espetaculares quanto a cirurgia do coração aberto e os transplantes de órgãos tende a nos fazer esquecer que muitos destes pacientes não teriam sido hospitalizados se medidas preventivas não tivessem sido gravemente negligenciadas” (CAPRA, 1982, p. 129).

Doenças degenerativas e crônicas, como cardiopatias, o câncer e a diabetes, foram denominadas “doenças da civilização” porque estão relacionadas com atitudes estressantes, dietas ricas, abuso de drogas, vida sedentária e poluição ambiental, características da vida moderna. CAPRA (1982) aponta que frente ao reconhecimento dos seus limites em um primeiro momento a ciência médica pareceu

“resignar-se à aceitação dessas doenças como conseqüências do desgaste geral, para o qual não há cura” (CAPRA, 1982, p. 131).

É claro que esta situação foi se moldando desde a formação do profissional, quando esta deveria estar dissociada das preocupações sociais, uma vez que tais preocupações (nutrição, emprego, densidade populacional) são causadas por forças sobre as quais os médicos não teriam controle. Visão própria da corrente positivista então hegemônica neste período.

Assim, *“o saber médico é um saber sobre a doença e não sobre o homem, o qual só interessa ao médico enquanto terreno aonde a doença evolui”* (CLAVREUL. apud: CAMARGO JR., 1992, 210)

A noção do poder de cura inerente ao organismo e a tendência para nos mantermos saudáveis era pouco comunicada, não valorizando a confiança do indivíduo em seu próprio organismo. Tão pouco era enfatizada a relação entre saúde e hábitos de vida; fomos encorajados a pressupor que os profissionais da saúde e a tecnologia poderiam consertar tudo, independentemente do nosso estilo de vida. CAPRA (1982) afirma que por também acreditarem nesta proposição, a própria classe médica possuía uma expectativa de vida de 10 a 15 anos menos que a média da população.

Neste contexto, a prática médica transferiu-se progressivamente do consultório do clínico geral para o hospital, onde se tornou progressivamente despersonalizada, quando não desumanizada. Os hospitais tornaram-se amplas instituições profissionais, enfatizando o individualismo, o mecanicismo, o biologismo, a especialização, a tecnificação e o curativismo, enfim a competência científica mais do que o contato com o paciente, a sensibilidade social. Assim, os testes de laboratório e a medição de parâmetros físicos nas salas de exames eram geralmente considerados mais importantes para o diagnóstico do que a avaliação do estado emocional do paciente, da história familiar ou da situação social. Este modelo é denominado como modelo hospitalocêntrico (MENDES, 1996 e MERHY, 2002).

Diante do exposto cabe realçar que a tecnologia médica e os exames complementares consumidos pelos usuários estão centrados em um equipamento hospitalar no qual, segundo TANAKA (sd), a população encontra-se ligada não por proximidades geográficas mas sim por outras variáveis tais como: acesso a transporte coletivo, facilidade de utilização, reconhecimento de utilidade... *“Esse equipamento está localizado em áreas de grande fluxo e acompanha a dinâmica do comércio dos*

centros urbanos” (TANAKA, sd, p. 40). Sendo este, dentre outros, um dos motivos que contribuíram para o inchaço deste setor da saúde.

Desta maneira, apesar dos inquestionáveis avanços da ciência médica, assistimos a uma profunda crise na assistência médica. Muitas razões foram apontadas para este descontentamento generalizado, como por exemplo:

1. Ao instituírem que só os médicos estavam, qualificados para determinar o que constituía doença e qual a terapia apropriada, acabaram por criar um dilema ao assumirem a responsabilidade de serem sensíveis a todos os aspectos da saúde.

Sobre este esquema conceptual, onde o médico é o único profissional a legalizar práticas, DIMENSTEIN(1998) afirma: *“A hierarquia de prestígio e autoridade entre diferentes profissões, ou seja, a distribuição desigual de capital simbólico entre as categorias reproduz a distribuição desigual de poderes na sociedade, hierarquia que se estabelece também dentro de uma mesma profissão em função das variáveis de sexo, etnia, religião e reconhecimento social. A consequência disto é a cristalização do poder entre aqueles que possuem um máximo de capital simbólico, os quais concentram e legitimam os recursos técnicos, financeiros e, políticos que permeiam o campo de atuação, bem como passam a ter autoridade para definir as condições de funcionamento de todos os atores envolvidos no setor. Desta maneira, na área da saúde, os médicos geralmente determinam o espaço ocupacional e coordenam as atividades dos outros profissionais”* (DIMENSTEIN, 1998, p. 10).

2. A inacessibilidade aos serviços, a ausência de simpatia e solicitude, a imperícia ou a negligência também foram apontados.

SCHRAIBER (sd) afirma que a idéia do mútuo pertencimento, a qual transparece nas expressões ‘meu médico’, ‘meu paciente’, ilustra esta mescla do humano com o técnico.

“No entanto, na atual medicina tecnológica, as regras de relacionamento ou de comunicação, que são estabelecidas entre a instituição ou convênio e cada pessoa, são infinitamente mais mediadas: para a percepção de cada profissional em referência aos casos, ou destes relativamente aos profissionais, nenhum deles será mais exatamente do outro (meu ou seu), mas sobretudo de algum serviço. A essa impessoalidade, contudo não correspondeu a um processo capaz de manter as condições de vida na abordagem do caso” (SCHRAIBER, sd, p. 40).

3. A última questão assinala é questão dos custos, em função da impressionante desproporção entre os custos e a eficácia gerada por este modelo.

Neste sentido, cabe assinalar que, assim como no ensino da medicina ou na orientação biológica, a pesquisa é favorecida através do patrocínio e da concessão de verbas para projetos. E embora as *“pesquisas epidemiológicas, sociais e ambientais sejam, freqüentemente, muito mais úteis e eficientes na melhoria da saúde humana do que a estrita visão biomédica, projetos desta espécie são pouco incentivados e sofrivelmente financiados. A razão dessa resistência não é meramente o forte atrativo conceitual do modelo biomédico para a maioria dos pesquisadores, mas também a intensa promoção pelos vários grupos de interesses na indústria da saúde”*, (CAPRA, 1982, p. 153-4) como por exemplo a indústria química e farmacêutica. O que CAMARGO JR. (1992) classifica como complexo médico industrial.

“Os esquemas terapêuticos, largamente baseados no bulário e na propaganda da indústria farmacêutica, raramente vão além do método ensaio-erro e/ou da prescrição de sintomáticos, incluindo aí um cem números de psicofármacos mal empregados. Este saber, entretanto, persiste principalmente como referencial ideológico e como fonte de legitimação de uns e exclusão de outros: charlatões e curandeiros. A ciência médica permanece como norma institucional (e como modelo ideal) (...) Assim, tudo o que se refere a subjetividade, ao imaginário (por exemplo) é posto de lado como não científico, sendo objeto de uma farmacologização tão maciça quanto cega – sempre em nome da ciência” (CAMARGO JR, 1992, p. 208)

CAMARGO JR. (1992) conclui afirmando que a indústria farmacêutica tem papel efetivo na determinação dos esquemas terapêuticos, assim como a de equipamentos, nos esquemas de diagnósticos; e que pelo menos parte do sucesso das estratégias destas indústrias deve ser creditada ao próprio esquema conceptual que os médicos trouxeram consigo, os quais, entre outros reduziavam a saúde ao biológico, à presença ou não de lesão, e a terapêutica à administração de remédios segundo o bulário que os acompanha.

“A lógica dessa prática sanitária está em que o sistema de saúde responde socialmente aos problemas sanitários da população, no âmbito estrito das conseqüências das perdas de estado de saúde, mediante a oferta de serviços de atenção médica” (MENDES, 1996, p. 242).

Enfim, a prática da atenção médica, referida pelo paradigma flexineriano, estruturou um sistema de saúde composto por alguns componentes: tem foco na doença; seu sujeito é individual; estrutura-se pela livre demanda, sem território definido para atenção primária; presta atenção ocasional e passiva; enfatiza, relativamente, o cuidado curativo e debilitador; apresenta baixa resolubilidade no primeiro contato; apresenta altos custos diretos e indiretos, sejam econômicos, sejam sociais; nega a possibilidade de relações interpessoais constantes, desumanizando o cuidado da saúde e restringe-se a ações unisetoriais (MENDES, 1996).

“Foi assim que, ao longo do tempo, os centros de saúde, construção generosa dos nossos sanitaristas históricos, (...) , foram transformando-se em centros de doenças” (MENDES, 1996, p. 275)

Visando concluir este tópico, MINAYO (1998) diz que algumas afirmações já se constituíram em axiomas, através de vários estudos. *“Primeiro que a atenção médica não tem significado necessariamente a melhoria da qualidade de vida da população. Segundo, que o caráter dominador da medicina tem induzido a prática médica a ampliar cada vez mais seu controle sobre o corpo, os eventos da vida humana, os ciclos biológicos e a vida social. E por fim, que o profissionalismo médico tem redundado principalmente na defesa de privilégios corporativos e servido mais para atender a interesses econômicos do que para responder as necessidades de saúde da população”* (MINAYO, 1998, p. 60-1).

“Reincorporar a noção de cura à teoria e à prática da medicina, significa que a ciência terá que transcender sua estreita concepção de saúde e doença. Isso não significa que ela tenha que ser menos científica. Pelo contrário, ao ampliar sua base conceptual, pode torna-se mais coerente com as recentes conquistas médicas” (CAPRA, 1982, p. 117)

- **Qual o modelo tecno assistencial proposto?**

“...tomamos como elemento vital para o entendimento desta discussão o fato de que ao se falar de modelo assistencial estamos falando tanto da organização da produção de serviços de saúde a partir de um determinado arranjo de saberes da área, bem como projetos de construção de ações sociais específicas, como estratégia política de determinados agrupamentos sociais” (MERHY, 1991, p. 84).

MERHY (1991) aponta para dois tipos de modelo. O modelo tecno-burocrático característico do sistema hospitalocêntrico e de toda gama de informações apresentadas no tópico anterior. E o modelo tecno assistencial cujos princípios são: gestão democrática (co-gestão entre usuários organizados, prestadores e governo); saúde como um direito de cidadania e serviço público voltado para defesa da vida individual e coletiva, com ênfase na gestão democrática e no controle social.

FORTES (2000) afirma que o elemento vital para o desenvolvimento do controle social e a transformação do modelo assistencial é que seja garantido o direito a informação e o respeito à autonomia dos usuários.

“Autonomia se relaciona com tomada decisão. Por pessoa autônoma compreende-se aquela que tem condições para deliberar, para decidir entre as alternativas que lhe são apresentadas, podendo atuar conforme a escolha por ela feita” (FORTES, 2000, 31).

De acordo com este enfoque tecno assistencial, MENDES (1996) afirma que a construção social de um novo sistema de saúde está fundada em três categorias centrais: a concepção do processo saúde-doença, o paradigma sanitário e a prática sanitária.

CAMPOS (sd) coloca que esse modelo assistencial envolve para sua efetiva implantação o desenvolvimento de um ampla rede básica (sistema rede basicocêntrico) que garanta, junto com os serviços de pronto socorro, o primeiro atendimento às pessoas.

Em relação à clínica em si, CAMPOS (1996-7) afirma que *“sai o objeto ontologizado da medicina – a doença – e entra em seu lugar o doente. Mas não um enfermo em geral, mas um sujeito concreto, social e subjetivamente construído”* (CAMPOS, 1996-7, p. 02). Segue afirmando que não se trata de uma troca, mas de uma ampliação, onde ao lado da enfermidade (objeto de conhecimento e intervenção) pretende-se incluir o sujeito e seu contexto como objeto de estudo das práticas da clínica. O autor denomina esta nova concepção de clínica do sujeito.

Diante deste contexto exposto, foi elaborado um desenho esquemático aglutinando estas correntes de pensamento de forma a facilitar o prosseguimento da discussão.



Esquema 04 _ Modelos assistenciais atuais

“Hoje ainda neste momento de grande hegemonia do modelo da medicina tecnológica neoliberal, com a entrada em cena das modalidades tecnoassistenciais, que com ele disputam os processos produtivos, procurando imprimir uma transição tecnológica no setor e apostando na possibilidade de uma definitiva reestruturação produtiva, o campo hegemônico está mais impreciso.

Do lado do próprio capital e articulado ao financeiro, aparece com força o projeto da Atenção Gerenciada, do lado anti-hegemônico, os projetos que apostam na saúde como um bem público, patrimônio de toda sociedade, e valor de uso inestimável, tanto individual, quanto coletivo” (MERHY, 2002, p. 65-6).

- **A atenção gerenciada**

Nos anos setenta, nos Estados Unidos, a partir do diagnóstico do altíssimo custo das ações assistenciais e de sua vinculação ao processo de microdecisão clínica, visualizou-se a possibilidade de transferência do processo de decisão, sobre as ações de saúde a serem realizadas nos serviços, do campo das corporações médicas para o dos administradores, como uma estratégia vital para atacar a relação custo-benefício do sistema. Além disso, um outro conjunto de estratégias visava à reorganização dos modelos de atenção partindo das ações dos prestadores privados, centrados nas políticas das instituições seguradoras e financeiras (MERHY, 2002).

Na atenção gerenciada, Merhy, aponta quatro elementos essenciais:

1. Grandes empresas integradas por seguradoras e prestadores de serviços que vendem planos de saúde de forma competitiva e com forte atuação de um setor administrativo que controlam os processos microdecisórios da prática clínica. CAMPOS (1996-7) chama este tipo de intervenção de clínica do

sujeito degradada por reconhecer que contextos socio-econômicos específicos podem exercer uma determinação tão absoluta sobre a clínica, que esta teria sua potencialidade para resolver problemas de saúde diminuída.

“...o que se está reconhecendo aqui é a existência de organizações em que o interesse econômico aparece antes do paciente, em que a lógica política e de poder se sobrepõe à razão da cura ou da reabilitação das pessoas. Isto produz uma clínica degradada” (CAMPOS, 1996-7, p. 04).

2. Grandes organizações compradoras de seguros (seguindo os padrões do livre mercado). Considera qualquer intervenção mais efetiva do Estado como nefasta, a não ser para complementar as ações para aqueles grupos que não tenham nenhum tipo de benefício via mercado. Advoga pela ação reguladora do Estado.
3. Benefícios da saúde efetivos e uniformes (pacote básico de cobertura de atenção à saúde extensiva a toda população). Forte sentido focalizador
4. Mudança nos códigos tributários (através da não solicitação de deduções tributárias por coberturas em saúde que ultrapassem o teto previsto)

Enfim, na atenção gerenciada, a saúde é entendida em última instância como um bem de mercado.

Neste processo de transição de um modelo tecno burocrático para um modelo tecno assistencial é explorada a troca de um médico centrado em procedimentos por um outro, ordenado a partir das relações cuidadoras – e aqui a bifurcação entre a atenção gerenciada e a defesa da vida – a primeira opera essa transição afirmando mais um cuidador do capital do que um cuidador do usuário (MERHY, 2002).

No entendimento deste trabalho coexiste, hoje, uma articulação perversa entre estes dois sistemas (atenção gerenciada – privado X em defesa da vida – público).

- **Em defesa da vida**

O modelo em Defesa da Vida, segundo CARVALHO e CAMPOS (s.d) está pautado na defesa das diretrizes básicas do SUS – universalidade, equidade e caráter público – e no papel de relevância

dado a aspectos tais como: a busca de garantir a gestão democrática das instituições, o acolhimento humanizado da clientela, o acesso a serviços resolutivos através da oferta da melhor tecnologia de saúde disponível e a instituição de processo de trabalho que estimulem a criação de vínculos e uma relação com responsabilidades mais definidas entre profissionais e usuários do sistema.

Estes autores seguem afirmando que a estes princípios acrescentar-se-iam determinadas concepções com importantes conseqüências operacionais:

- a.) A valorização de espaços de ações em micro-espaços, considerados estratégicos para a mudança, sem com isso, desvalorizar-se o papel dos determinantes macro estruturais;
- b.) O entendimento de que sem a participação dos trabalhadores, médicos incluídos, não é possível mudanças no setor público de saúde;
- c.) O resgate do usuário como sujeito da mudança, valorizando o papel dos mesmos junto ao dia-a-dia dos Serviços de Saúde e na participação coletiva em diferentes movimentos sociais, destacadamente os Conselhos Locais de Saúde;
- d.) Reconhecimento da demanda como expressão legítima das necessidades de saúde, sem com isso negar a importância de outros saberes para a organização dos serviços (epidemiologia, etc);
- e.) A necessidade de se reformular e revalorizar a clínica como saber indispensável, juntamente com uma Saúde Pública renovada, à mudança do modelo de atenção;
- f.) A importância de se utilizar de maneira conseqüente e criativa, distintas tecnologias⁵ disponíveis.

Diante do exposto, MERHY (2002) apresenta como nó crítico deste processo, no modelo SUS usuário-centrado, a dinâmica microdecisória como sendo pública, a tal ponto que os interessados possam, também, pôr suas razões em jogo.

“Neste sentido os serviços de saúde devem apoiar-se em processos gerenciais autogestores, publicamente balizados a partir de contratos globais, centrados em resultados e na lógica dos usuários, e dirigidos colegiadamente pelo conjunto de trabalhadores, articulados a uma rede de serviços de saúde regulada pelo Estado e implicados

⁵ Tecnologia, termo que será conceituado posteriormente quando for tratado o assunto do Acolhimento e humanização

com a produção do cuidado centrado no usuário” (MERHY, 2002, p. 175-6)

CAMPOS (1996-7) coloca que a clínica do sujeito ampliada demanda um trabalho em equipe e um agir comunicativo, neste sentido, as organizações de saúde estariam sujeitas a adotar uma cultura da comunicação. Segundo o autor: “*A gestão colegiada e a divisão dos serviços de saúde em unidades de produção, compostas por equipes multiprofissionais, criam condições favoráveis à troca de informação e à construção coletiva dos projetos terapêuticos*” (CAMPOS, 1996-7, p. 11-2)

Enfim, este trabalho propõe justamente em consonância com esta abordagem em defesa da vida elaborar espaços físicos que possam potencializar este processo em construção.

Neste sentido, é explorada a idéia de que o resgate das relações humanas entre usuários e profissionais de saúde, com o estabelecimento do vínculo, por exemplo: *meu médico, meu paciente*, perpassa necessariamente por um resgate físico espacial das unidades – *meu posto, meu centro*. O que torna inviável pensar em qualidade de relações pessoais em espaços, na maioria das vezes, inadequados, desagradáveis, fragmentados e opressivos.

3.2.2. A definição do conceito de saúde

Tradicionalmente, como já foi dito, medicina e as ciências médicas lidavam com a doença. Assim, as principais questões eram: como evitá-la (prevenção primária e controle da incidência), como curá-la (prevenção secundária e ou controle da duração) ou como apaziguá-la (prevenção terciária ou controle das complicações mais sérias). Atualmente, segundo STACHTCHENKO et al (1990), um foco emergente de interesse tem sido a saúde por si só, e uma ênfase especial é dada às abordagens e atividades para manter e ampliar os níveis de saúde existentes.

Esta mudança do conceito de saúde teve início com a constatação da falência da “*orientação curativa e medicalizada dos serviços de saúde*” (OMS/UNICEF, 1973. apud: ZANON, 1989, p. 05). Segundo a mesma autora, o início desta mudança aconteceu antes da reunião de Alma Ata (1978), tendo suas raízes nos anos vinte, em movimentos ocorridos na União Soviética e na Europa “*quando já se vislumbrava o desenvolvimento da proteção da saúde e da educação para uma cultura de saúde como*

perspectivas para a saúde pública” (ZANON, 1989, p. 05). Desta maneira durante estes últimos anos, WILSON (sd) ressalta que “a saúde pública teve uma influência profunda em nossas idéias sobre saúde. Mostrou que a saúde não só tem uma dimensão social, mas, quando relacionada ao abastecimento de água, à alimentação e vacinação compulsória, tem uma dimensão política. A questão de prioridades levanta questões de escolha política: escolha, porque nossos recursos são limitados; política, porque a saúde diz respeito à qualidade de vida em coletividade, família, vizinhança, país...” (WILSON, sd, p. 08).

O conceito de saúde apresenta inúmeras definições e variam muito de acordo com o autor. Segundo a Constituição da OMS: *“saúde é um estado de completo bem estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doenças ou enfermidades” (STACHTCHENKO et al, 1990, p.54).*

Esta definição, segundo ZANON (1989), trouxe pelo menos três pontos de avanço conceitual:

- a) A superação do fenômeno de uma concepção centrada no fenômeno da doença/não doença;
- b) A visão global do homem com base na noção de saúde;
- c) A abertura para o entendimento de relações multicausais no processo saúde/doença.

“Avançou-se para uma concepção de saúde como fenômeno multidimensionado – bio-psico-social – resultante da ação de um conjunto de fatores, incluindo aqueles de natureza cultural, política, econômica e psico-social, em acréscimo aos fatores de ordem biológica” (ZANON, 1989, p. 02).

Entretanto, para STACHTCHENKO (1990), a definição de saúde da OMS conceitualiza a saúde como um objetivo ideal que pode ser buscado, mas nunca alcançado, o que a torna um estado abstrato.

Em consonância com os autores mencionados acima, CZERESNIA (2003) afirma que apesar do avanço inquestionável, a conceitualização positiva de saúde traz também novo problema. *“Ao se considerar saúde em seu significado pleno, está-se lidando com algo tão amplo como a própria noção de vida” (CZERESNIA, 2003, p. 46).*

DIMENSTEIN (1998) sugere cinco princípios que estabelecem, no entendimento deste trabalho, um amplo conceito de saúde.

- 1) A saúde não pode ser considerada um estado biológico abstrato de normalidade ou ausência de patologias. A saúde é um efeito real de um conjunto de condições coletivas de existência e não pode

ser desligada do social e dos determinantes históricos. Enquanto acontecimentos culturais, a saúde e a doença são construídas de diferentes formas em diferentes sociedades.

MINAYO (1998) afirma que quando, do ponto de vista marxista, ao abordamos a questão saúde/doença, esses fenômenos são colocados em relação com a totalidade social e com cada uma de suas instâncias dentro da especificidade histórica de sua manifestação. *“Saúde/Doença passam a ser tratadas não como categorias a-históricas, mas como um processo fundamentado na base material de sua produção e com as características biológicas e culturais com que se manifestam”* (MINAYO, 1998, p. 76).

- 2) O sujeito não é passivo no processo de cura: ele está envolvido no aparecimento, no desenvolvimento e na cura da doença.
- 3) O ser humano é um produto histórico-cultural: sendo assim fica inviável pensar *“a existência de elementos essenciais e universais da natureza humana”* (GEERTZ, 1989, p. 50. APUT: DIMENSTEIN, 1998, p. 14).

“A concepção de saúde do indígena é muito diferente da nossa. Para ele, saúde é um sinal de uma relação correta entre o homem e o seu meio ambiente: seu ambiente super natural, o mundo que o cerca e seus companheiros. A saúde é associada com o bom, a benção e a beleza; tudo o que tem valor positivo na vida.... O índio não faz a distinção entre religião e medicina como nós; para ele ambos são aspectos da mesma coisa.....

O conceito judeu de Shalom, literalmente “paz”, era muito parecido: Shalom não é algo que possa ser objetivado e dividido. Não é algo que possa ser desfrutado em isolamento. Shalom é um acontecimento social, um evento em relações interpessoais. Precisa ser encontrado e posto em prática em situações concretas.

Saúde é um conceito que se relaciona com a cultura de um povo. Não pode ser definido em termos absolutos, mas pode ser reconhecido e descrito, à medida que diferentes povos procuram defini-lo em situações concretas” (WILSON, sd, p. 08).

Seguindo este raciocínio, *“o homem não pode viver só de pão”* (WILSON, sd, p. 09), afinal existem as necessidades que estão relacionadas à harmonia interpessoal, dignidade humana, objetivo e significado de vida.

“Em uma aldeia africana, pode haver o pesado fardo de doenças parasitárias e outras, quase nenhuma higiene; ainda assim, as pessoas s sobressaem por duas coisas: sua generosidade com os estranhos ao compartilharem o pouco que tem e sua capacidade de

celebrar e dançar. Estes podem ser dois critérios da saúde de um povo. (...).

A saúde é, portanto, situacional: ou seja está relacionada àquilo que um povo acredita ser a integralidade da vida. E, ao procurar a saúde, devem escolher entre diferentes fatores em um mundo de recursos limitados. A saúde é portanto, uma arte ético-política” (WILSON, sd, p. 09-10)

Sobre este tópico, MINAYO (1998) conclui que *”trata-se de uma representação que revela a relação de exterioridade na forma como o indivíduo se pensa em relação à sociedade, mas que tem, ao mesmo tempo, significação comum ao grupo” (MINAYO, 1998, p. 179).*

- 4) Normal e patológico são construções do discurso científico e não categorias absolutas: de forma que não há um padrão único de normalidade, um modelo universal, a-temporal, a-histórico.
- 5) O conhecimento científico é uma construção histórica e não está isento dos valores e crenças de uma sociedade: ou seja, *“considera-se que toda teoria e técnica estão permeados por uma visão social do mundo; que não existem instrumentos neutros capazes de oferecer uma análise objetiva, precisa e neutra da realidade” (DIMENTEIN, 1998, p. 14).*

De qualquer maneira, a saúde tende a ser apresentada como um processo extremamente complexo que se aproxima de um modo abrangente e mais completo, do que se refere à qualidade de vida. *“Em diferentes épocas em diferentes culturas, os homens encaram a saúde de forma diferente. É uma palavra que expressou a maneira pela qual um povo vê o que se poderia chamar de uma vida boa” (WILSON, sd, p.08).*

CAMARGO JR. (1992) médico e mestre em Medicina Social, refere-se ao conceito de saúde como sendo a capacidade do indivíduo atingir seu potencial e de responder positivamente aos desafios do meio. Desta maneira, entende-se que a noção de saúde é vista cada vez menos como a ausência de doenças e caminha em direção a um entendimento ‘ecológico’ da interação entre indivíduos e seu meio físico-social.

A Carta de Otawwa (1986), estabelece condições prévias de saúde, que seriam: a paz, um abrigo, o alimento e a renda. E acrescenta que todo melhoramento do nível de saúde é necessariamente ancorado nesses elementos de base.

Enfim, percebe-se que mesmo possibilitando as condições básicas de higiene a um povo, não se poderá afirmar que estes serão sadios. Pode-se oferecer as condições, mas jamais esperar os resultados como em uma equação matemática.

“Neste sentido saúde/doença importam tanto por seus efeitos no corpo como pelas suas repercussões no imaginário: ambos são reais em suas conseqüências. Portanto, incluindo os dados operacionalizáveis e junto com o conhecimento técnico, qualquer ação de tratamento, de prevenção ou de planejamento deveria estar atenta aos valores, atitudes e crenças dos grupos a quem se dirige. É preciso entender que, ao ampliar suas bases conceituais, as ciências sociais da saúde não se tornam menos ‘científicas’, pelo contrário, elas se aproximam com maior luminosidade dos contornos reais dos fenômenos que abarcam” (MINAYO, 1998, p. 16).

3.2.3. Concepção e Conceitos na Atenção Primária à Saúde

A moderna concepção de atenção primária à saúde surgiu no Reino Unido, em 1920, no Relatório Dawson (1920), que preconizou a organização do sistema de saúde em três níveis (MENDES, 2002).

Assim, com a finalidade de melhorar as condições de saúde e vida da população do mundo todo, principalmente em países em desenvolvimento, a OMS juntamente com a UNICEF, consideraram fundamental a formulação de planos nacionais de atenção primária à saúde. Desta forma desde a *Conferência Internacional sobre Atenção Primária de Saúde*, reunida em Alma Ata, Cazaquistão, 1978 e depois em Otawwa, Canadá, 1986, através da *Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde*, considerou-se urgente a necessidade de ações para proteção e promoção da saúde da população, sendo tais medidas entendidas como indispensáveis para o desenvolvimento econômico e social e para melhoria da qualidade de vida da população (WHO, Ottawa Charter for health promotion, 1986).

A atenção primária à saúde, que segundo a OMS/UNICEF, consiste na *“assistência sanitária essencial baseada em métodos e tecnologias práticas, cientificamente fundamentadas e socialmente aceitáveis, postas ao alcance de todos os indivíduos e famílias da comunidade (...), com um espírito de auto-responsabilidade e auto-determinação. A atenção primária forma parte integrada tanto do sistema nacional de saúde do qual constitui a função central e o núcleo principal, como do desenvolvimento*

social e econômico global da comunidade. A atenção primária representa o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde⁶, levando o mais próximo possível a atenção à saúde ao lugar onde residem e trabalham as pessoas e constitui o primeiro elemento de um processo permanente da assistência sanitária” (OMS, 1992. apud: SAWAYA, 1997, p.85)

Ainda de acordo com a OMS, a atenção primária à saúde procura, assim, enfrentar os principais problemas de saúde da população, compreendendo as seguintes atividades: educação em saúde, estabelecimento de métodos para uma nutrição apropriada, melhoria do saneamento básico, assistência materno infantil, prevenção de doenças endêmicas, tratamento apropriado de doenças comuns e fornecimento de medicamentos essenciais (SAWAYA, 1997).

MENDES (2002) cita um trabalho de comparação internacional entre sistemas de serviços de saúde, realizado por STARFIELD (1994), em onze países desenvolvidos, o qual demonstrou que os sistemas orientados pela atenção primária à saúde estão associados com menores custos, maior satisfação da população, melhores níveis da saúde e menor uso de medicamentos.

No entanto, justamente por ser de menor custo relativo ao instrumental material e às ações especializadas, a atenção primária tem sido confundida com medicina simplista ou de baixa qualidade (SCHRAIBER, sd). Dentre outros motivos, MENDES (2002) menciona que as representações da população são fortemente dominadas pelo discurso flexineriano e significam uma opção muito forte pela medicina curativa e pela atenção somente às condições agudas.

Em acordo com o exposto, as representações sociais (DIMENTEIN, 1998) passaram a ter uma importância crescente, uma vez que considera-se que qualquer ação de tratamento, de prevenção ou planejamento para que seja eficaz deve estar atenta aos valores, atitudes e crenças dos grupos a quem se dirige.

“As representações sociais são uma estratégia desenvolvida por atores sociais para enfrentar a diversidade e a mobilidade de um mundo que, embora pertença a todos, transcende a cada um de nós individualmente. Neste sentido, elas são um espaço potencial de fabricação do comum, onde cada sujeito vai além de sua própria individualidade para entrar em um domínio diferente, ainda que

⁶ O que SCHRAIBER (sd) e TANAKA (sd) denominam como porta de entrada do sistema de assistência, que como tal deve ser, não só representativa como convidativa.

fundamentalmente relacionado: o domínio da vida em comum, do espaço público” (JOVCHELOVITH, 1994. apud DIMENSTEIN, 1998, p. 16).

MINAYO (1998) completa que as representações de saúde/doença abrangem aspectos universalmente observáveis e outros que são peculiares a cada sociedade. Desta forma, situada na interface dos fenômenos individual e coletivo, a representação social tem a característica de interessar a vários campos do saber, pois elimina as fronteiras disciplinares, bem como procura superar a clivagem entre ciência e senso comum (conhecimento prático), que passa a ser encarado como um conhecimento legítimo, determinado sócio-historicamente, tal qual o saber científico (DIMENSTEIN, 1998).

Em relação à atenção primária à saúde - pela própria proximidade que esta atenção estabelece com o viver social cotidiano - reconhecer na comunidade suas representações sociais parece ser um grande passo no processo da elaboração de intervenções, com a finalidade de que estas propiciem, na comunidade-alvo, este *espírito de auto-responsabilidade e auto-determinação*, de acordo com o que propõe a OMS. E ainda, considerando que esta determinada intervenção parta das trocas de informações e do diálogo ‘horizontal’ com a comunidade, fica claro, desde o início, o incentivo ao entendimento a e participação popular, já durante a elaboração do projeto arquitetônico para determinada unidade.

- O lócus da Atenção Primária

SCHRAIBER (sd) afirma que a unidade básica de saúde é o espaço físico (local) que compreende a atenção primária.

“... a unidade básica de saúde foi destinada a uma especial estratificação da clientela: aquela que agrupa pessoas que se dirigem aos serviços pela primeira vez. Não se trata de uma primeira vez na vida pessoal, mas na específica ocorrência mórbida ou demanda por algum tipo de sofrimento. Falamos por isso, em atenção primeira e básica, simultaneamente. A atenção primária, ao ser um primeiro atendimento, servirá obrigatoriamente de porta de entrada para o sistema de assistência. Ao mesmo tempo, porém, constitui, no sistema, um nível próprio de atendimento e deve ir resolvendo uma dada gama de necessidades que extrapolam a esfera da intervenção curativa individual. É o que chamamos de necessidades básicas de saúde” (SCHRAIBER, sd, p. 35-6).

O mesmo autor afirma que o termo atenção primária, busca sugerir alternativas por meio do resgate de valores que foram negativados ao longo das opções históricas, trabalhando no sentido à instauração de novos sistemas de valores e sugere três possibilidades nesta esfera de valores que são:

1. Evitar a redução de necessidades de saúde a processos fisiopatológicos nas concepções dos serviços de saúde, “*redução esta que tem nos impedido de compreender a diferença que há entre complexidade científica das patologias e complexidade tecnológica do trabalho em saúde*” (SCHRAIBER, sd, p. 34).

Neste sentido, MERHY (2002) conceitua tecnologia, incluindo certos saberes que são constituídos para produção de produtos singulares, para organizar as ações humanas em processos produtivos e até mesmo em sua dimensão inter-humana.

“Por isso as tecnologias envolvidas no trabalho em saúde podem ser classificadas como: leves (como no caso das tecnologias de relações do tipo produção do vínculo, autonomização, acolhimento, gestão como forma de governar processos de trabalho), leve-duras (como no caso de saberes bem estruturados que operam no processo de trabalho em saúde, como a clínica médica, a clínica psicanalítica, e epidemiologia, o taylorismo, o fayolismo) e duras (como no caso de equipamentos tecnológicos do tipo máquinas, normas, estruturas organizacionais)” (MERHY, 2002, 49).

Isso significa, em outros termos, valorizar positivamente a atenção primária como uma forma bastante específica de organizar a prática e como tal dotada de particular complexidade.

2. Revalorizar a busca por assistências progressivamente totalizadoras do cuidado produzido, ao invés da somatória de atos especializados. “*Valorizaremos, pois, a unidade básica de saúde como a instância que pode vir a ser a instituição adequada para o desenvolvimento de uma assistência mais global e ao mesmo tempo inovadora e tecnologicamente ultramoderna, requalificando estes dois conceitos – inovação e tecnologia de ponta – por propiciar espaços para a emergência de novas questões assistenciais relacionadas às necessidades não ‘trabalhadas’ do ponto de vista técnico*” (SCHRAIBER, sd, p. 34).
3. Instituir a dimensão subjetiva das práticas em saúde como parte da inovação tecnológica, revalorizando, tanto para a população quanto para os médicos e demais profissionais, uma prática cujas relações interpessoais também resguardem o sentido humano das profissões em saúde.

Schraiber (sd) destaca que: “*...algum distanciamento será sempre desejável (...) Neste sentido, nossas técnicas e seu aprendizado devem situar-nos de modo a evitar o imobilismo,*

*ou o pânico, diante da dor. Mas entre este bem adequado distanciamento e uma total desumanização, há um espaço no qual devemos atuar”*⁷ (SCHRAIBER, sd, p. 38)

O autor sugere – e, tomamos como escopo deste trabalho, ao propor a integração da UBS ao CC - a criação de espaços de emergência de necessidades, *“trata-se de carecimentos pertencentes à vida cotidiana que, por meio da crítica à ciência tradicional e suas técnicas, relacionamos ao adoecer humano e à recuperação, mas que ainda não são considerados deste modo pela ciência tradicional e por isso não estarão já incluídos na produção usual dos serviços e nas ações técnicas conhecidas”* (SCHRAIBER, sd, p. 33).

Como porta de entrada do sistema e valorizando a produção da saúde, a atenção primária à saúde enfatiza ações de promoção de saúde e prevenção de doenças, que serão melhor exploradas no tópico seguinte.

3.2.4. Promoção de saúde x Prevenção de doenças

Uma intervenção pode ser caracterizada como preventiva ao reduzir a probabilidade de uma determinada doença afetar um indivíduo. De acordo com STACHTCHENKO et al (1990), a base teórica da prevenção está ligada, na sua maior parte, ao conceito de risco ou probabilidade de sofrer uma dada doença em um futuro definido. Portanto, a redução do risco é a base da maioria dos programas da medicina preventiva. É interessante acrescentar que tal intervenção é normalmente restrita a um grupo alvo.

Por outro lado, qual seria a definição de promoção de saúde, além dos conceitos de manutenção de saúde e prevenção primária?

BUSS (apud: CZERESNIA, 2003), afirma que entre 1986 e 1991, ocorreram três importantes conferências sobre o tema, em Ottawa (1986), Adelaide (1988) e Sundsväl (1991) nas quais foram estabelecidas as bases conceituais e políticas da promoção de saúde. As conferências seguintes, com o mesmo tema, foram em Jakarta (1997) e México (2000). Segundo o autor, para além das motivações

⁷ Os assuntos relacionados à estabelecimento de vínculos, acolhimento, e humanização serão discutidos posteriormente no item 3.2.5. Educação em Saúde

ideológicas e políticas dos seus idealizadores, a promoção de saúde surge como reação à acentuada medicalização da saúde na sociedade e no interior do sistema de saúde.

Em um sentido reducionista a promoção da saúde está relacionada à modificação do estilo de vida e se concentra na redução de riscos à saúde para a prevenção de drogas tais como: parar de fumar, reduzir o abuso de álcool e drogas, melhorar a nutrição, exercício, condicionamento e controle do estresse. Este enfoque, que tende a ser individual na promoção de saúde, baseia-se mais na tradição das intervenções clínicas.

“A promoção de saúde é o processo que confere às populações os meios de assegurarem um maior controle sobre sua própria saúde e de melhorá-la. Esta proposta baseia-se num contexto que define saúde como a medida na qual um grupo ou um indivíduo pode de um lado realizar suas ambições e de outro satisfazer suas necessidades e de outra parte evoluir com o meio ou se adaptar a este (meio)” (WHO. Ottawa charte for health promotion, 1986, p. 02).

Assim, a promoção de saúde não se preocupa apenas com as possibilidades de desenvolver habilidades de vida, autoconceito e habilidades sociais, mas também com a intervenção no meio através de amplos meios políticos, legislativo, fiscal e administrativo. A Carta de Otawwa⁸ enfatiza que as pessoas não podem desenvolver o potencial de saúde ótimo se elas não têm condições que determinam seu estado de saúde.

“Neste contexto, a promoção de saúde representa uma nova estratégia dentro dos campos da saúde e social que pode ser vista, por um lado, como uma estratégia política direcionada ao plano de ação, e por outro, como uma abordagem para a saúde direcionada aos estilos de vida” (STACHTCHENKO et al, 1990, p. 56).

Diante desta perspectiva, as estratégias de promoção de saúde devem ser mais integradas e intersetoriais e também, devem oferecer mais atenção à integração da saúde e a efetiva participação pública, a qual contribui para a fixação de prioridades, para a tomada de decisões e para a elaboração de estratégias de ação com o objetivo de alcançar melhores níveis de saúde. Baseada sempre na conscientização de que saúde é determinada pelo modo de vida das pessoas e de sua interação com o meio. Desta forma, as estratégias dos programas de promoção são muito mais amplas do que para a

⁸ “Esta conferência era antes de tudo uma reação de esperança, de mais e mais manifesto de um novo movimento de saúde pública no mundo” (Ottawa Charte for Health Promotion, 1996, p. 01).

prevenção de doença: políticas, propaganda, educação em saúde, luta pela saúde e vida saudável, condição econômica e desenvolvimento da comunidade.

Contudo, “a promoção de saúde sustenta o desenvolvimento individual e social oferecendo informações, assegurando a educação para a saúde e aperfeiçoando atitudes indispensáveis à vida. Fazendo isto, ela permite que as pessoas exerçam um maior controle sobre sua própria saúde e de fazer escolhas favoráveis para ela mesma” (WHO. Ottawa Charte for health promotion, 1986, p. 05).

Entretanto, para que estes conceitos sejam efetivamente colocados em prática, mostra-se necessário esta reorientação dos serviços de saúde, o que exige igualmente uma atenção aumentada com respeito à pesquisa sanitária, como também mudanças dos níveis de educação e de formação profissional - questões que já vêm sendo discutidas no decorrer deste trabalho - as quais devem conduzir a uma mudança das atividades e da organização no seio dos serviços de saúde, que deverão ser recolocados sobre as necessidades do indivíduo percebidas globalmente (Ottawa Charte for health promotion, 1986).

Diante do exposto, a promoção de saúde está associada a um ‘conjunto de valores’ - vida, saúde, solidariedade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação e parceria, entre outros. Refere-se também a uma ‘combinação de estratégias’: ações do Estado (políticas públicas saudáveis), da comunidade (reforço da ação comunitária), de indivíduos (desenvolvimento de habilidades pessoais), do sistema de saúde (reorientação do sistema de saúde) e de parcerias intersetoriais; ou seja trabalha com a idéia de responsabilização múltipla (BUSS. apud: CZERESNIA, 2003).

A promoção é definida então como um conjunto integrado com amplos objetivos.

Análises críticas apontam que, *“na base das proposições da nova saúde pública, encontram-se mudanças nas estratégias de regulação estatal, objetivando a redução do papel do Estado no financiamento das ações de saúde e enfatizando a lógica do mercado. Reforçariam-se, assim, perspectivas de individualização, mascarando-se, mediante discursos que conclamam a autonomia, o objetivo de delegar cada vez mais aos sujeitos e grupos sociais específicos a tarefa de cuidarem de si mesmos”* (CZERESNIA, 2003, p. 09)⁹ .

⁹ A promoção de saúde alocada no nível primário de atenção e comprometida com a defesa da vida favorece a construção de um novo modelo de atenção à saúde e contribui na mudança do paradigma

Abaixo são apresentadas no Quadro 01 de maneira resumida as principais diferenças conceituais entre promoção de saúde e prevenção de doenças.

PROMOÇÃO DE SAÚDE	X PREVENÇÃO DE DOENÇAS
Saúde: conceito positivo e multidimensional	Saúde: ausência de doenças
Modelo participatório de saúde	Modelo médico
Direcionada à população como um todo	Direcionada principalmente aos grupos de risco da população
Refere-se a vários aspectos da saúde	Refere-se a uma patologia específica
Estratégias diversas e complementares	Uma só estratégia
Mudanças na situação do homem e do meio são esperadas pelo programa	Programas restritos a indivíduos e a grupos de pessoas
População como um todo	Grupos de risco
Resultados a longo prazo	Resultados imediatos ou em um tempo hábil de um único programa de saúde
A aceitação das pessoas é incerta	A aceitação pode ser monitorada ou controlada
O principal assunto de interesse é a situação do indivíduo ou de dadas características de sujeitos da comunidade	O principal interesse são as taxas de eventos (incidências, mortalidade, etc..)

Quadro 01 – Promoção de saúde X Prevenção de doenças (STACHTCHENKO, 1992, p. 59).

3.2.5. Educação em saúde

Oferecer às pessoas o tipo de conhecimento de que necessitam para serem capazes de tomar decisões racionais a cerca de seus comportamentos relacionados à saúde, ou seja capacitá-las com uma maior autonomia sobre sua saúde e orientá-las de acordo com modos de vida saudável, é uma das principais atribuições da educação em saúde, parte integrante da promoção de saúde.

“Educação em saúde, tal como referida por Vasconcelos (1991), diz respeito à busca da compreensão das raízes dos problemas de saúde e de suas soluções, baseada no intercâmbio entre o saber científico e popular, ou seja, é um diálogo, uma troca de saberes. Tal postura difere da idéia de educação em saúde

caracterizada pela busca de modificação de hábitos e comportamentos prejudiciais à saúde através da imposição de conhecimentos pelo técnico/expert em saúde” (DIMENSTEIN, 1998, p.08).

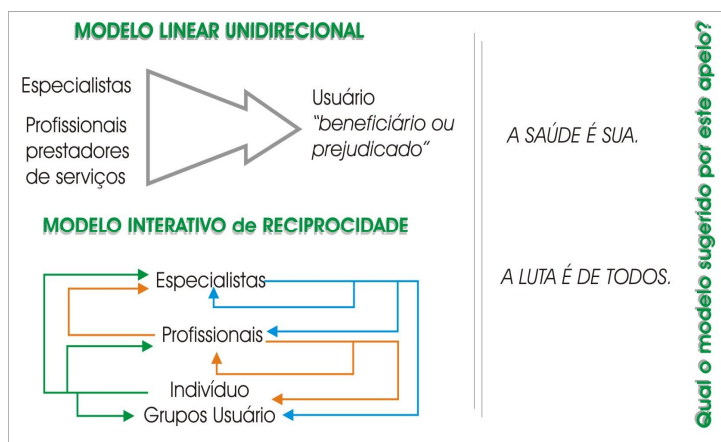
FORTES (2000) coloca que as informações fornecidas não precisam ser exaustivas em linguajar técnico-científico; *“basta que elas sejam simples, aproximativas, inteligíveis, leais e respeitosas, ou seja, fornecidas dentro de padrões acessíveis à compreensão intelectual e cultural do usuário”* (FORTES, 2000, p. 31).

POL (1996) afirma que a simples informação e o conhecimento não garantem, em absoluto, uma troca de atitudes, nem de comportamentos. De acordo com o exposto, a linguagem representa *“um dos mais poderosos meios deste mútuo engendramento de sujeitos e mundos”* (AYRES, 2001, p. 68).

AYRES (2001) distingue o êxito técnico do sucesso prático. O primeiro refere-se a um sucesso, mas um sucesso do como fazer, o segundo está relacionado ao o quê fazer.

“Por isso é tão mais fácil definir o que é prevenir agravos do que o que seja promover saúde. Nós, efetivamente, não temos nos perguntado, quando dialogamos sobre saúde, sobre o que sonham as pessoas (nós mesmos) para a vida, para o bem viver, para a saúde (...) ficamos condenados à negatividade da doença para definir saúde, e ao conhecimento de suas regularidades para saber como controlá-las” (AYRES, 2001, p. 69).

Diante deste foco, CAMPOS (1991) realiza uma discussão sobre o nosso modo de produção capitalista, o qual conduz a uma cultura conformista e individualista, e esta como um empecilho para o desenvolvimento da saúde sobre estes aspectos de cuidados mútuos. Assim, infelizmente e *“com raras exceções, a população ainda se mantém em uma postura de receptor, ‘beneficiado’ ou ‘prejudicado’ passivo”* (ZANON, 1991, p. 11).



Esquema 05 – Processo educativo: Novas abordagens exigem redimensionamento (ZANON, 1991, p. 09).

Contudo, fica notório, a importância de proporcionar oportunidades para o desenvolvimento de um repertório de decisões conscientes a cerca das escolhas comportamentais dos indivíduos e da comunidade. Neste sentido, CAMPOS (sd) afirma que aulas e pitos não dão resultados satisfatórios.

Hoje, a educação em saúde deve ser a atividade principal dos programas de ação preventiva. Assim - reafirmando o que foi dito anteriormente – ao se realizar uma atividade educativa, é importante ter atenção para que o indivíduo possa perceber sua realidade, para que exista uma correspondência entre aquilo que lhe é dito e algo que já está presente no seu cotidiano: o uso da linguagem apropriada, que considere as representações sociais da comunidade alvo.

“... nos serviços de saúde, diante das informações fornecidas por profissionais, é comum as pessoas: ouvirem mas não compreenderem e dizerem que não compreenderam; ouvirem e pensarem que compreendem e depois fazerem as coisas de maneira distinta do que foi dita; ou ouvirem e compreenderem mas não ficarem convencidas e por isso não modificarem seus hábitos ou não tomarem iniciativas” (SOTNEY, 1981. In: SAWAYA (org), 1997, p. 94).

O conteúdo das atividades educativas pode ser ministrado por qualquer profissional de saúde, sendo que a sua eficácia é aumentada, quando realizado por uma equipe multiprofissional especializada em cuidados primários à saúde.

A comunicação é uma via de mão dupla e se aprende muito no processo de educação em saúde. Assim, é preciso investir decididamente no discurso do paciente, legitimando criticamente os sistemas de crenças e quadros de referência de origem popular que se explicitem em sistemas de referência de representações diante dos quais o suposto saber não deve ser afirmado como instância de validação dos enunciados sobre a experiência subjetiva.

A expansão das oportunidades de acesso de todos à condição de sujeitos políticos e a construção de novos espaços de sociabilidade e inclusão atrelam a educação em saúde, bem como a promoção à qualidade destes ambientes na saúde.

Uma outra parte integrante da educação em saúde são as visitas domiciliares, normalmente realizadas por agentes de saúde¹⁰. Isto por que, segundo SAWAYA (1997), deve-se preocupar com a situação daqueles que não procuram à assistência de saúde, uma vez que geralmente tratam-se de

¹⁰ Questão dos programas: Programa de Saude da Família (PSF) e Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) será abordada no tópico posterior.

famílias que apresentam problemas graves de saúde, com um maior número de crianças desnutridas e que dificilmente estabelecem um vínculo com o sistema de saúde, só procurando em casos de urgência.

Desta forma, se permanecerem exclusivamente dentro da instituição, os profissionais não atingirão a população que mais necessita das orientações básicas, nem estarão capacitados para promover programas de intervenção junto à população carente, já que desconhecerão a realidade local.

A educação em saúde hoje caminha para estar presente cada vez mais em todos os níveis de atenção à saúde, sendo de suma importância, uma vez que propicia aos indivíduos um maior controle sobre seu estado de saúde ou doença, e os capacita a tomarem iniciativas corretas.

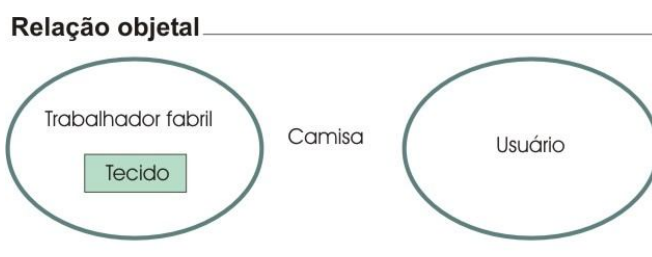
Neste contexto, ao propor um projeto na área de atenção primária à saúde, há que se pensar em estratégias de educação não só com o objetivo de reduzir as internações desnecessárias, como também melhorar as condições de vida da comunidade, proporcionar segurança nas decisões individuais a cerca da saúde e principalmente fomentar a politização dos cidadãos.

Muito relacionadas à educação em saúde, as estratégias de acolhimento e humanização serão apresentadas a seguir.

- **Humanização e acolhimento**

Assim como a educação em saúde, a humanização e o acolhimento também perpassam todos os níveis de atenção.

É interessante abrir um parêntese visando apresentar uma sutileza do trabalho em saúde apresentada



por MERHY (2002). Segundo o autor, um trabalho fabril típico relaciona-se com o consumidor por intermédio do produto que este usa, ao passo que, em um trabalho de serviço, o ato de produção do produto e de seu consumo ocorrem ao mesmo tempo. Assim denomina a relação, no primeiro caso, objetiva e no segundo, interseçora.

Esquema 06 – Tipos de relação (MERHY, 2002, p. 58).

“É neste encontro do trabalho vivo em ato com o usuário final que se expressam alguns componentes vitais da tecnologia leve do trabalho em saúde: as tecnologias articuladas à produção dos processos interseções, as das relações, que se configuram, por exemplo, por meio das práticas do acolhimento, vínculo, autonomização...” (MERHY, 2002, p. 51).

MERHY (2002), ainda coloca que, de maneira geral, o usuário não reclama da falta de conhecimento tecnológico em seu atendimento, mas sim da falta de interesse e de responsabilização dos diferentes serviços em torno de si e do seu problema.

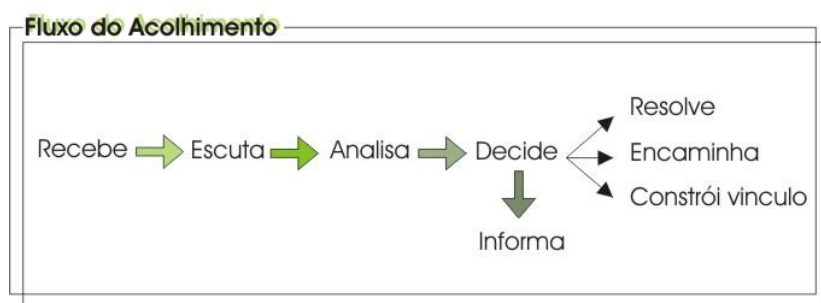
Humanizar significa então, reconhecer as pessoas, que buscam nos serviços de saúde a resolução de suas necessidades de saúde, como sujeitos de direitos. Humanizar é observar cada pessoa em sua individualidade, em suas necessidades específicas, ampliando as possibilidades para que possa exercer a sua autonomia (FORTES, 2000).

No entendimento deste trabalho, o acolhimento representa um instrumento da humanização e é definido como: *“a arte de interagir, construir algo em comum, descobrir nossa humanidade mais profunda na relação com os outros e com o mundo natural”* (Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, 2002, p. 16).

O acolhimento deve ser entendido e praticado como um momento tecnológico importante que pode imprimir qualidade nos serviços de saúde.

O ato de escuta é diferente de ‘ato de bondade’, é um momento de ‘construção de transferência’.

O acolhimento requer que o trabalhador utilize seu saber, para a construção de respostas às necessidades dos usuários (MALTA et al, sd).



Esquema 07 – Fluxo do Acolhimento (MALTA, sd, p. 11).

Um sistema de acolhimento adequado vai se manifestar em duas dimensões. Primeiro, uma dimensão atitudinal, que exige uma atenção humanizada a todas as pessoas, a escuta qualificada dos

problemas de saúde, uma resposta sempre positiva às demandas e a criação de vínculos entre a equipe de saúde e a população adscrita. Segundo, uma dimensão organizativa, a do estabelecimento dos fluxos e contrafluxos das pessoas nas unidades básicas de saúde, com a territorialização, a superação das respostas constrangedoras ou negativas, como por exemplo, senha ou não tem ficha e o estabelecimento de um processo de avaliação inicial adequado (MENDES, 2002).

FRANCO et al (2001), em seu artigo intitulado ‘*Acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim*’, realiza uma interessante análise a respeito do SUS. “*Mais do que encenar a perspectiva de mudança, ele é, no imaginário popular a própria mudança*” (FRANCO et al, 2001). Segue afirmando que se os objetivos conquistados no final dos anos 80, se dissipam e agonizam nos anos 90, um novo desafio se coloca aos que defendem uma política de saúde voltada aos interesses da maioria da população.

“Além da denúncia enfática da política governamental era necessário articular uma proposta que reacendesse a esperança, criando um ambiente a que se abrisse um novo ciclo de luta. Isso só é possível, se constituir uma nova utopia, capaz de falar a amplos segmentos sociais.

Pode até não ser esta a intenção inicial da proposta do acolhimento, mas no imaginário coletivo, ele é a realização da utopia construída com o advento do SUS e perdida no momento seguinte, com a constituição de uma hegemonia neoliberal nos serviços de saúde. A grande capacidade do acolhimento, de articulação junto a espaços correlatos aos serviços de saúde e mesmo, a identidade que ele é capaz de formar com amplos segmentos sociais, tem razões que se explicam através da recente história das políticas de saúde e por consequência, tem raízes sociais significativas. É notório que o acolhimento, enquanto diretriz do modelo tecno-assistencial, aparece consoante à conjuntura de mudanças, que estão sendo disputadas, no cenário das políticas de saúde no Brasil” (FRANCO et al. apud: www.datasus.gov/cns/inovador/betim.htm. Acessado em 10/08/01).

Correlato a este tema, CARVALHO e CAMPOS (sd) em seu artigo a respeito da implantação do Acolhimento na rede básica de Betim/MG, apresentam observações importantes com relação a construção de mecanismos de desalienação do trabalho em saúde, a democratização da gestão e a indução de uma prática interdisciplinar como desafios à consolidação do acolhimento no setor saúde.

A afirmação é de que o trabalho parcelar em saúde e a consequente fixação do profissional a determinada etapa da produção produzem alienação. Se o profissional não se sente sujeito ativo no processo, ele perderá contato com elementos potencialmente estimuladores da sua criatividade e tenderá

a não se responsabilizar pelo objetivo final da própria intervenção. O que é negativo para o usuário e também para o profissional que se ‘embrutece’ e ‘aborrece’.

“Neste sentido a gestão colegiada de serviços de saúde pode servir como um dispositivo desalienante. Um modo de comprometer trabalhadores com a missão e com projetos institucionais” (CARVALHO et al, sd, p. 13).

“A participação democrática na Gestão e o trabalho clínico assentado no vínculo seriam portanto, modos de ao mesmo tempo organizar serviços nos quais cada um soubesse com muita clareza de suas atribuições” (CARVALHO et al, sd, p. 14).

Finalizando este tópico, será exposta uma citação de SCHARAIBER (sd) que muito corresponde à expectativa desta pesquisa e no tópico seguinte será apresentado os programas de governo implementados e direcionados à atenção primária à saúde, o Programa de Saúde da Família (PSF) e Programa de Agentes Comunitários (PACS).

“Nosso princípio é o de que a atenção primária e a unidade básica de saúde são, respectivamente, o modo de prática e o espaço institucional privilegiados para tentarmos desenvolver novas modalidades de relação que permitam humanizar a relação instituição-população usuária, por sua própria organização do serviço” (SCHRAIBER, sd, p. 38).

3.2.6. O PACS E O PSF

Em 1991, o Ministério da Saúde lançou o Programa de Agentes Comunitários da Saúde (PACS), com o objetivo de contribuir para o enfrentamento dos alarmantes indicadores de morbimortalidade infantil e materna na região Nordeste do Brasil (PSF, 2000).

“Este programa já estava pautado em princípios indutores da mudança de modelo, ou seja, provocava a vinculação dos indivíduos e famílias com as unidades básicas de saúde” (PSF, 2000, 07).

Entre 1991 a 1994, o PACS percorreu um caminho marginal no próprio espaço institucional, isso por que as UBS continuavam atuando no sistema tradicional (pouco vínculo, baixa resolutividade, enfoque curativo), ou seja na contramão do que preconizava o trabalho dos agentes.

O agente comunitário representa o elo entre a comunidade e o serviço de saúde. Este agente, sendo obrigatoriamente uma pessoa da própria comunidade e, portanto, identificado com seus valores e

costumes, passou a contribuir significativamente no resgate e na valorização do saber popular, bem como no estabelecimento de vínculos, laços de compromisso e co-responsabilidade entre os serviços, as equipes e a população.

“A grande especificidade do ACS (...) é que ele vive e intervém no processo saúde-doença da comunidade num nível de interação próprio de quem participa de um mesmo universo simbólico, de uma mesma cultura. Assim, embora todos estejam preocupados com as questões de promoção à saúde, o ACS é o elemento central para fomentar movimentos sociais por melhores condições de vida (moradia, transporte, educação, lazer, acesso a serviços de saúde), pelo sentimento único de pertencer àquela comunidade. Nesta perspectiva ele atende aos princípios da promoção à saúde definidos nas conferências internacionais (...)” (PSF, 2000,13).

Retomando o percurso histórico, neste período de 1991 a 1994, expandiu-se a idéia de que o Ministério da Saúde precisava ampliar os investimentos no sentido de oferecer retaguarda ao trabalho desenvolvido pelos ACS, uma vez que a idéia ‘elo de ligação’ não se mostrava tão verdadeira pelos fatores mencionados anteriormente.

É assim que em início 1994, o Ministério da Saúde lança o Programa de Saúde da Família (PSF), que valoriza, dentre outros:

- os princípios da territorialização;
- vinculação com a população;
- garantia de integralidade na atenção;
- trabalho em equipe com enfoque multidisciplinar;
- ênfase na promoção de saúde com o fortalecimento de ações intersetoriais;
- estímulo à participação da comunidade.

Helóiza M. Souza, então diretora do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde pondera que no momento de sua criação, não havia uma postura forte o suficiente para definir o PSF como estratégia de reordenamento do modelo assistencial. Ela afirma que o PSF nasce como algo marginal, tanto que se origina dentro de um Departamento de Operação da Fundação Nacional de Saúde, sem nenhuma articulação com outros setores do Ministério e com uma lógica de financiamento

que não garantia sua expansão e contrária aos seus princípios - remuneração por procedimentos executados (PSF, 2000).

A partir de 1995 o PSF passou a ser incorporado pela Secretaria de Assistência à Saúde, depois gerou a organização do Departamento de Atenção Básica, vinculado à Secretaria de Políticas de Saúde e hoje tem como missão o fortalecimento da atenção básica.

Em relação à lógica de seu financiamento esta foi alterada a partir da operacionalização da NOB-SUS/96 com a implantação do PAB (piso da atenção básica) que introduz a modalidade per capita. No final de 1999 ocorreu uma nova alteração nos valores e na forma de repasse dos incentivos para as equipes. *“Esta foi uma decisão para induzir o aumento da cobertura, de forma que o PSF se constitua de fato como substitutivo das práticas tradicionais, tornando-se a porta de entrada nos sistemas locais de saúde”* (PSF, 2000, p. 09).

MENDES (2002) afirma que a implantação do PSF significou uma expansão da atenção primária no país, que pela primeira vez, agregava à dimensão quantitativa da expansão uma dimensão qualitativa¹¹.

Heloíza, citada anteriormente, afirma que existe uma elevação nos níveis de satisfação das pessoas com o PSF (não só dos usuários, mas também dos profissionais em questão), que enfatizam o resgate da humanização da assistência e do reconhecimento profissional; apesar das condições rudimentares dos postos de saúde e da situação contratual dos profissionais (PSF, 2000).

Como exemplo das dificuldades encontradas na implantação do PSF, a unidade básica Nova Viçosa (Viçosa/MG) funciona em uma casa e o PSF na casa ao lado (ver foto abaixo). As duas casas são



alugadas e adaptadas ao fim a que se destinam, as ações são compartimentadas e acontecem sem ou com a mínima integração.

Foto 01_ Vista das casas onde funcionam a UBS e o PSF (CARDOSO, 2001, p. 54).

¹¹ *“Não se tratava, simplesmente de fazer mais do mesmo, mas de fazer mais com algo qualitativamente diferente do modelo tradicional até então vigente na atenção básica à saúde”* (MENDES, 2002, p. 28)

O Plano Nacional de Saúde 2004-2007 assegura que o fortalecimento da atenção básica vem ocorrendo por intermédio da expansão da estratégia do saúde da família.

MENDES (1996) afirma que o PSF, como estratégia de organização da atenção primária, deseja criar, no primeiro nível do sistema, verdadeiros centros da saúde, em que uma equipe de saúde da família, em território de abrangência definido, desenvolva ações focalizadas na saúde; dirigidas às famílias e a seu habitat.

Por fim, diante da limitação de recursos foi feita a opção por iniciar a implantação do programa nas áreas mais carentes, de grande exclusão social, enquanto um compromisso com a equidade¹² (MENDES, 1996 / PSF, 2000).

- **Vigilância da saúde**

Encerrando o capítulo que trata da Atenção Primária à Saúde, é colocado este último conceito que permeia todo contexto tratado e, de maneira especial, o PSF e o PACS.

A vigilância da saúde é definida como uma nova forma de resposta social organizada aos problemas de saúde, referenciada pelo conceito positivo de saúde e pelo paradigma da produção social em saúde (MENDES, 1996).

A vigilância da saúde constitui-se em um *'modo tecnológico em saúde'* que tende a incorporar modelos assistenciais vigentes a articular-se com as propostas atuais de promoção de saúde (PAIN. apud: CZERESNIA, 2003).

“Nessa perspectiva, a vigilância da saúde aponta na direção da superação da dicotomia entre as chamadas práticas coletivas, vigilância epidemiológica e sanitária; e as práticas individuais, assistência ambulatorial e hospitalar, por meio da incorporação das contribuições da geografia crítica, do planejamento urbano, da epidemiologia, da administração estratégica e das ciências sociais em saúde, tendo como suporte político-institucional o processo de descentralização e de reorganização dos serviços e das práticas de saúde em nível local” (PAIN. apud: CZERESNIA, 2003, p. 171).

Enfim, a prática da vigilância da saúde parte do reconhecimento de um território para, nele, identificar, descrever e explicar os problemas aí contidos, definindo seus nós críticos e atuando, sobre eles, mediante um conjunto articulado de operações, organizadas intersetorialmente (MENDES, 1996).

3.3. ARQUITETURA

3.3.1. O ambiente, simbolismo, sentimento de pertencimento e comunidade

O contexto ambiental é visto como um sistema de inter-relações ou interdependências entre vários componentes físicos e humanos, que participam deste contexto. Acredita-se que aspectos do ambiente influenciam o comportamento das pessoas e vice versa e também que as pessoas reagem ao meio através do que ele significa para elas (CARVALHO, 1993).

Em arquitetura, por sua vez, além dos aspectos construtivos, funcionais e estéticos, há a preocupação com a percepção e satisfação dos usuários, propiciando a elaboração de propostas mais centradas no indivíduo e ou no coletivo.



Esquema 08 – Aspectos considerados na arquitetura.

Neste sentido, é importante que se estabeleça uma apropriação por parte do coletivo (profissionais e usuários) ao espaço a ser construído.

¹² Esta medida foi adotada pela Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, conforme será apresentado posteriormente nos resultados.

POL (1996) coloca, em função do individualismo, próprio do modo de produção capitalista, cresce cada vez mais a noção de **desapropriação** – referente a processos ou meios através dos quais os sujeitos sentem que o espaço não lhe pertence, lhe é estranho.

“Las ciudades cada vez más impersonales con una excesiva cantidad de información que el ciudadano no puede dominar, la manipulación a través de los mass media y una organización del espacio construido sin ninguna relación con sus propias necesidades y aspiraciones; la rapidez con que se modifica el espacio urbano, obligando a las gente a reorientarse, se oponen a la apropiación de este entorno. Se pasa entonces de una dinámica sujeto-sociedad a una dialéctica sujeto-objeto (...). Podemos hablar entonces de un individualismo exacerbado que no duda en maltratar, agredir o bandalizar lo que escapa a la gestión directa del sujeto” (POL, 1996, p. 47).

Diante destas considerações, ganha importância a:

- criação do sentido social do lugar,
- a elaboração de um simbolismo compartilhado que aglutine a comunidade e possibilite a elaboração de uma identidade coletiva positiva e;
- a responsabilidade social daquele que se dispõe a trabalhar a relação pessoa-ambiente, que considere no processo de elaboração, ao lado das questões técnicas, a capacidade do uso social do edifício.

A comunidade é definida como um grupo de indivíduos associados, vinculados entre si com características próprias e diversas ao mesmo tempo, que coexistem em um espaço físico definido. MORENO (1999) afirma que a importância de componente afetivo está estritamente ligada ao componente da territorialidade, na formação do sentido de comunidade.

O conceito de simbolismo refere-se ao conjunto de significados sócio culturais associados a um espaço (MORENO, 1999).

*“A partir de haí, forjaran el concepto de **Social Imageability** entendido como la capacidad de los lugares para elicitar significados compartidos entre usuarios. Hablarán de **campo social percibido** como la totalidad de significados funcionales, motivacionales y evaluativos comunicados por el lugar a los ocupantes de un entorno físico, es decir, el conjunto de imágenes compartidas, resultado de la interacción directa o indirecta con el lugar. El espacio simbólico generará una **dependencia del lugar** entendida como la vinculación que se establece entre individuos y grupos y determinados lugares. Cuando este vínculo es comúnmente aceptado por el colectivo pasa a*

ser um componente más de sistema de soporte social de la comunidad” (MORENO, 1999, p. 49).

Desta maneira, simbolismo do espaço relaciona-se ao sentimento de pertencimento, a apropriação do espaço e a construção da identidade social.

O sentimento de pertencimento refere-se ao sentido de tomar consciência de ser parte, ter parte e tomar parte da intervenção proposta (objeto construído) (MORENO, 1999)

Neste sentido, a intervenção pretende romper com a visão determinista, que entende o destino como algo pré determinado, o qual contribui para manter o povo a margem de sua própria história e os leva a aceitar que são os outros (com maiores poderes políticos, econômicos ou de conhecimento) que determinam os processos que os afetam e assim tornam-se vítimas de uma espécie de auto profecia do fracasso.

O objetivo é oferecer instrumentos – desde a elaboração da proposta de intervenção – de modo a gerar uma maior implicação, participação e responsabilização da comunidade; fazendo com que a edificação favoreça a consolidação de uma identidade coletiva – congruente com os objetivos de uma gestão participativa orientada rumo a sustentabilidade.

Neste sentido, DIMENSTEIN (1998) apresenta dois processos envolvidos na formulação da proposta de intervenção que são: a objetivação e a ancoragem.

A objetivação é *“operação formadora de imagens, o processo através do qual noções abstratas são transformadas em algo concreto, quase tangível”* (SPINK, 1993. apud: DIMENSTEIN, 1998, 08).

Esse processo é composto por três fases (DIMENSTEIN, 1998). Será efetuado um paralelo entre as fases propostas pelo autor citado e pela presente pesquisa. Primeiramente há uma seleção e hierarquização dos elementos retidos na realidade, os quais são escolhidos a partir de critérios normativos e sócio culturais; esta fase engloba esta revisão de literatura, bem como a primeira parte dos resultados.

Em segundo lugar ocorre a formação do núcleo figurativo, a partir dos elementos selecionados, fase representada pela definição de diretrizes físico espaciais para unidades básicas de saúde integradas a centros comunitários (resultados)¹³.

Por fim, há uma naturalização do objeto, a UBS integrada ao Centro Comunitário, à medida que deixam de serem abstratos e se tornam elementos da realidade, expressão imediata dos fenômenos.

O processo de ancoragem se caracteriza por um processo de domesticação da novidade sob a pressão dos valores do grupo, um processo de familiarização do estranho, de forma a integrá-lo nas representações já existentes (DIMENSTEIN, 1998).

- A apropriação do espaço

O conceito de apropriação surge no princípio de Marx, relacionado com o conceito de alienação. A apropriação é um processo contra a alienação que acontece na vida cotidiana. A apropriação é um processo dinâmico de interação do indivíduo com seu meio externo. Assim, apropriar-se de um lugar não é só reconhecer sua utilização, mas sim estabelecer uma relação, integrá-lo nas próprias vivências (POL, 1996).

KOROSSEC (apud: MORENO, 1999) aponta que a apropriação do espaço é o sentimento de possuir ou gerenciar um espaço – independente da propriedade legal – por uso habitual ou por identificação, esta definição utilizada neste trabalho

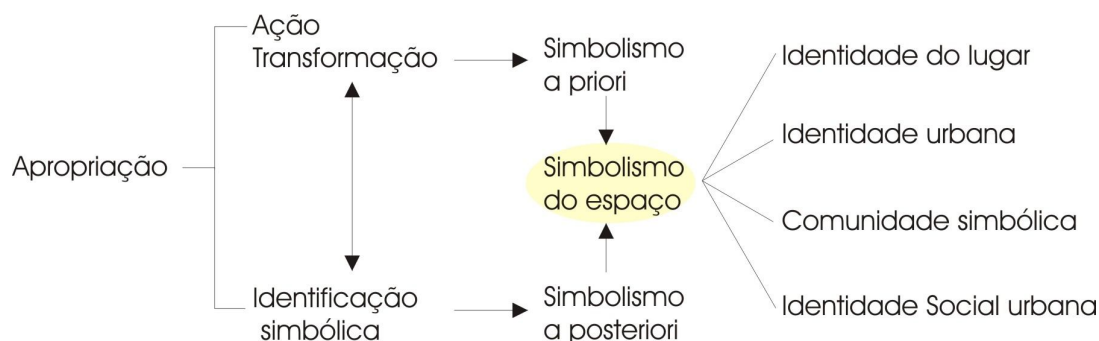
MORENO (1998) afirma que o conceito de apropriação tem mostrado sua utilidade para explicar e compreender diversos fenômenos sociais e psicossociais; e tem sido aplicado em diferentes contextos (escolas, asilos...), em todos os contextos em que a identificação adota um papel importante.

Existe uma sub área de conhecimento, denominada de psicologia ambiental, que abarca este conceito e; propõe-se ao estudo das relações entre ambiente e comportamento humano, dando prioridade aos aspectos de ambiente físico (CARVALHO, 1993). POL (1996) coloca que esta linha de estudos surgiu de uma percepção de que o espaço podia influir negativamente ao nível individual (hospitais,

¹³ Dentre as diretrizes a ser estabelecidas, o estudo e levantamento das representações sociais é relevante e contribui para a formação do núcleo figurativo de acordo com a comunidade a qual se destina a intervenção.

instituições psiquiátricas, organizações de trabalho...) e ao nível social (descontentamentos com o desenvolvimento do habitat, tanto do lugar específico, como do, urbano).

"...a psicologia ambiental habilita-se a ser este espaço, constituindo-se lócus onde a soma entre o conhecimento psicológico e o arquitetônico podem alimentar a produção de um ambiente mais humanizado e ecologicamente coerente" (ELIALI, 1997, p. 352).

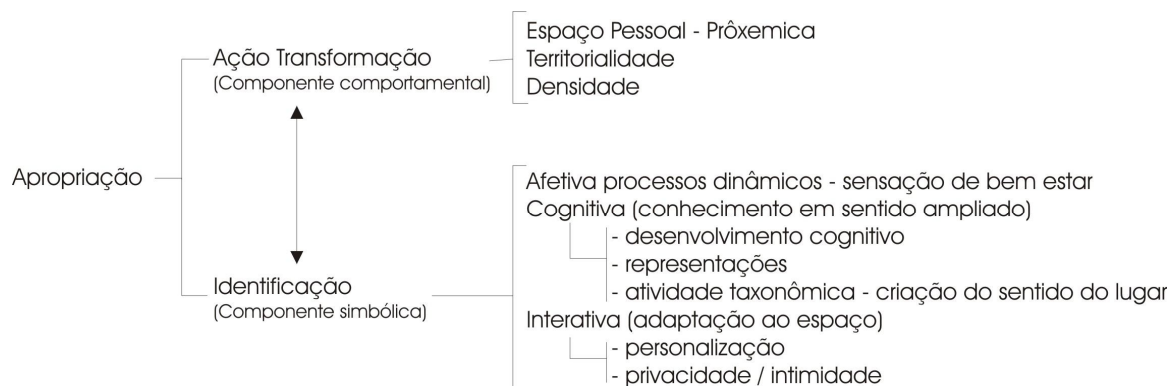


Esquema 09 – Esquema conceitual (MORENO, 1999)

Neste esquema, a apropriação aparece fruto de dois componentes dinâmicos e interativos que são a ação transformação e a identificação simbólica. A partir destas teorias é que se explica a construção do simbolismo do espaço.

A primeira está relacionada ao simbolismo a priori, que é o que se pretende explorar, já que é utilizado quando se propõe criar um espaço com uma significação pré estabelecida (MORENO, 1999). Já a segunda componente parte de um espaço já existente (simbolismo a posteriori).

O próximo esquema, apresenta de maneira mais específica as características de cada um destes dois componentes. Para a finalidade proposta, será descrito detalhadamente apenas as características do componente ação transformação.



Esquema 10 – Componentes e interações conceituais (POL, 1996)

A ação transformação, componente comportamental, envolve três aspectos:

a) Proxêmicas (espaço pessoal) _ são as diferentes distancias entre as pessoas que são consideradas confortáveis para a integração social.

“Foi definido por Robert Sommer como uma esfera ou bolha protetora, pequena e invisível que o nosso organismo carrega consigo (...) é uma zona protetora pessoal, não compartilhada com os outros. O espaço pessoal de cada um é dinâmico e se houver intrusões isso poderá provocar ansiedade e esgotamento” (MOORE, 1984, p. 74).

Como exemplo prático, tem-se a distância entre as cadeiras da espera de atendimento.

b) Territorialidade (território) _ refere-se a um grupo de ambientes de comportamento que as pessoas personalizam, marcam, possuem e defendem. Ao contrário do espaço pessoal, os territórios estão ancorados, não se movem.

Segundo SCHARAIBER (sd) os territórios “estão delimitados pelos modos cotidianos de viver a vida social nesta população, estratificando-a em várias “populações” – grupos homogêneos do ponto de vista societário e que conformam nossa espacialização apenas em parte com base nos padrões epidemiológicos detectados” (SCHARAIBER, sd, p. 45).

Segundo MOORE (1984) os territórios têm cinco características que os definem:

1. Eles têm uma área espacial definida (o território vai corresponder a uma micro região homogênea – além de um território solo, é território político, econômico, cultural e sanitário (MENDES, 1996);
2. Eles são possuídos ou controlados por uma pessoa ou um grupo (no caso proposto, espera-se que seja por um grupo representativo da comunidade e dos profissionais);
3. Satisfazem alguns motivos ou necessidades (no caso, contribui para elevar de uma maneira ampla, a qualidade de vida das pessoas deste território);
4. Eles são marcados de maneira simbólica e concretamente (no caso proposto, concretamente através da instalação da UBS e do Centro Comunitário e de outros equipamentos urbanos necessários – por exemplo: ponto de ônibus coberto, instalação de lixeiras, implantação de arborização urbana);

5. As pessoas o defenderão ou pelo menos sentirão desconfortáveis se eles forem violados por estranhos (por isso, a importância do envolvimento da comunidade desde a fase de elaboração da intervenção).

“Define la territorialidad humana como la relación entre el individuo o grupo y un entorno físico particular, caracterizada por un sentimiento de posesión y por intentos de controlar la apariencia y uso del espacio” (BROWER, 1980. apud: POL, 1996, 49).

c) Densidade _ a primeira é a medida matemática do número de pessoas por unidade de espaço. Neste sentido, a preocupação em projetar espaços que atendam ao número de pessoas e definir capacidades, por exemplo: o auditório com capacidade para ‘n’ pessoas.

MOORE (1984) afirma que a finalidade real do projeto é criar formas que satisfaçam o comportamento; segue considerando que se os componentes do ambiente estão em harmonia com o comportamento e suas regras ou propósitos, haverá um ajuste entre o ambiente e o comportamento, entre forma e propósito, o ambiente do comportamento é sinomórfico.

Heloíza Souza, então diretora do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde, em entrevista realizada em dezembro de 2000, afirmou que:

“Precisamos pensar em unidades básicas com a incorporação adequada de tecnologia que permita elevar o grau de resolatividade na assistência e nos níveis de satisfação e segurança dos profissionais. No entanto, esta ainda não é realidade. As equipes de saúde da família, em sua maioria, estão desenvolvendo suas atividades em unidades precárias – as mesmas utilizadas pela rede tradicional. Nas pesquisas recentes, constatamos a insatisfação dos profissionais quanto as condições de espaço físico (.....). Isso, na minha avaliação, é positivo enquanto movimento reivindicatório dos profissionais. Demonstra que as equipes não estão acomodadas com a precariedade das instalações que herdamos nas unidades básicas de saúde” (PSF, 2000, p. 9-10).

3.3.2. Legislação referente à infra-estrutura das UBS

Em relação à legislação referente à infra-estrutura das Unidades Básica de Saúde, tem-se, em nível federal a resolução RDC n’ 50, de 21 de fevereiro de 2002 - que dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos dos

estabelecimentos assistenciais de saúde; no nível estadual, a ‘cartilha’ *Construindo ou reformando Unidades Básicas de Saúde*¹⁴ e por fim, na alçada municipal tem-se apenas a emissão de programas (listados os ambientes necessários e suas respectivas áreas mínimas) para as unidades a ser construídas e/ou reformadas emitidos pela Assessoria de Arquitetura da Secretaria Municipal de Saúde.

A RDC n° 50, de 21 de fevereiro de 2002, inicia ponderando que este regulamento técnico aprovado é fruto, dentre outros, da necessidade de atualizar as normas existentes na área de infraestrutura física em saúde, bem como, de dotar o país de instrumento norteador das novas construções, reformas e ampliações, instalações e funcionamento de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde que atenda aos princípios de regionalização, hierarquização, acessibilidade e qualidade da assistência prestada à população (BRASIL. Resolução RDC n° 50, de 21 de fevereiro de 2002).

É interessante notar que a RDC é abrangente e por tanto se refere a todos os níveis de atenção (não é específica ou direcionada à atenção primária).

“A presente norma não estabelece uma tipologia de edifícios de saúde, como por exemplo, posto de saúde, centro de saúde, hospital; aqui se procurou tratar genericamente todos esses edifícios como sendo estabelecimentos assistenciais de saúde – EAS, que devem se adequar às peculiaridades epidemiológicas, populacionais e geográficas da região onde estão inseridos. Portanto, são EASs diferentes, mesmo quando se trata de edifícios do tipo centro de saúde, por exemplo. O programa arquitetônico de um centro de saúde irá variar caso a caso na medida em que atividades distintas ocorram em cada um deles” (BRASIL. Resolução RDC n° 50, de 21 de fevereiro de 2002, p. 36).

A parte I desta resolução - Projetos de estabelecimentos assistenciais de saúde - é uma parte mais técnica que trata das terminologias envolvidas, das etapas de projeto, das responsabilidades, da apresentação de desenhos e documentos, dos tipos de siglas adotados e da avaliação de projetos.

Em relação às terminologias envolvidas, vale destacar a primeira colocada que é o Programa de Necessidades, isso por que é justamente estabelecer um programa de necessidades para determinada UBS a ser construída ou reformada do município de Belo Horizonte, um dos resultados esperados para esta pesquisa, sendo assim, sua definição é:

“Conjunto de características e condições necessárias ao desenvolvimento das atividades dos usuários da edificação que, adequadamente consideradas, definem e originam a proposição para o

¹⁴ Esta cartilha é respaldada pela Resolução da Secretaria Estadual da Saúde n° 604 de 19 de novembro de 2004, que dispõe sobre o Projeto Físico das Unidades Básicas de Saúde e estabelece outras providências.

empreendimento a ser realizado. Deve conter a listagem de todos os ambientes necessários ao desenvolvimento dessas atividades” (BRASIL. Resolução RDC n° 50, de 21 de fevereiro de 2002, p. 04)

Na parte II – Programação físico-funcional dos estabelecimentos assistenciais de saúde – é colocado, conforme dito anteriormente, que a abordagem deste regulamento não utiliza programas e projetos pré-estabelecidos, “*que frequentemente são desvinculados das realidades loco-regionais, mas apresentam-se diversas atribuições de um estabelecimento assistencial de saúde que acrescidas das características e especificidades locais, definirão o programa físico-funcional do estabelecimento*” (BRASIL. Resolução RDC n° 50, de 21 de fevereiro de 2002, p.22).

Esta colocação representa um avanço no sentido que o projeto arquitetônico para determinada unidade deve ser dirigido e não, um projeto padrão e multiplicável, como antigamente (ver quadro na seqüência).

“Cada programa é específico e deve ser elaborado pela equipe que está planejando o EAS, incorporando as necessidades e as especificidades do empreendimento, propiciando desta forma uma descentralização de decisões, não mais tomadas sob uma base pré-definida de programas ou formas” (BRASIL. Resolução RDC n° 50, de 21 de fevereiro de 2002, p. 36).

Breve Histórico das Unidades Básicas de Saúde de acordo com sua infra-estrutura física.

Inicialmente os Desinfectórios eram as unidades responsáveis pela saúde pública (no plano de Oswaldo Cruz) com a atribuição de isolamento das pessoas com doenças infecciosas.

Depois vieram os Dispensatórios Clínicos com a finalidade de realizar o tratamento das pessoas sem recursos em clínica gerais e especializadas e com o fornecimento de medicamentos.

Até este ponto estas unidades funcionavam, na maioria dos casos em prédios inadequados e adaptados.

Por fim, de acordo com um decreto de 1984, os Postos de Saúde (Centros Médicos Sanitários) continuavam funcionando da maneira descrita acima, e também, com três projetos padrão para construção. Estes três tipos de projetos variavam na sua dimensão e eram indicados para cada faixa de população atendida (MIGUEZ, 2002).

Em relação às atribuições de estabelecimentos assistenciais a RDC n° 50 apresenta o seguinte esquema (ver próxima página):



Esquema 11 – Atribuições de estabelecimentos assistenciais (BRASIL. Resolução RDC n° 50, de 21 de fevereiro de 2002, p. 24).

A partir deste esquema apresentado, são colocadas as listagens de atividades envolvidas em cada atribuição, tendo em vista o enfoque desta pesquisa (a unidade básica de saúde), serão apresentadas apenas as atividades relativas a este enfoque.

Atribuição 1. Prestação de atendimento eletivo de promoção e assistência à saúde em regime ambulatorial e de hospital-dia

- Atividades:
- 1.1. Realizar ações individuais ou coletivas de prevenção à saúde tais como: imunizações, primeiro atendimento, controle de doenças, visita domiciliar, coleta de material para exame...
 - 1.2. Realizar vigilância epidemiologia, informação sob doenças, etc
 - 1.3. Promover ações de educação para a saúde, através de palestras, demonstrações e treinamento “in loco”, campanha, etc
 - 1.4. Orientar as ações em saneamento básico através da instalação e manutenção de melhorias sanitárias domiciliares relacionadas com água, esgoto e resíduos sólidos;
 - 1.5. Realizar vigilância nutricional através das atividades continuadas e rotineiras de observação coleta e análise de dados e disseminação da informação referente ao estado nutricional, desde a ingestão de alimentos à sua utilização biológica;

1.6. Recepcionar, registrar e fazer marcação de consultas;

1.7. Proceder a consulta médica, odontológica, psicológica, de assistência social, de nutrição, de farmácia, de fisioterapia, de terapia ocupacional, de fonoaudiologia e de enfermagem.

Atribuição 4. Prestação de atendimento de apoio diagnóstico e terapia

Atividades: 4.1. Patologia Clínica: receber ou proceder a coleta de material (no próprio laboratório ou descentralizada).

Atribuição 5. Prestação de serviços de apoio técnico

Atividades: 5.2. Proporcionar assistência farmacêutica: receber e inspecionar os produtos farmacêuticos, armazenar e controlar, distribuir e dispensar medicamentos.

Atribuição 6. Formação e desenvolvimento de recursos humanos e de pesquisa

Atividades: 6.1. Promover o treinamento em serviço dos funcionários.

Atribuição 7. Prestação de serviços de apoio de gestão e execução administrativa

Atividades: 7.1. Realizar os serviços administrativos do estabelecimento (dirigir os serviços administrativos; assessorar a direção do EAS no planejamento das atividades e da política de investimentos em recursos humanos, físicos, técnicos e tecnológicos; executar administração de pessoal; fazer compra de material e equipamentos; executar administração financeira, contábil e faturamento; organizar, processar e arquivar os dados do expediente, prestar informações administrativas aos usuários e funcionários; e apurar custos da prestação de assistência e outros).

Atribuição 8. Prestação de serviços apoio logístico.

Atividades: 8.2. Executar serviços de armazenagem de materiais e equipamentos.

8.4. Executar a manutenção do estabelecimento

8.9. Proporcionar as condições de infra-estrutura predial (abastecimento de água, coleta de resíduos sólidos, guarda de veículos...)

A RDC n º50 segue apresentando o dimensionamento, quantificação e instalações prediais dos ambientes que serão colocadas de acordo com a listagem apresentada acima.

Unidade Funcional 1. Atendimento Ambulatorial				
Número Atividade	Unidade/Ambiente	Dimensionamento		
		Quantificação mínima	Dimensão (mínima)	Instalações
1.1. ao 1.5.	Ações Básicas de Saúde			
1.1.	Sala de atendimento individualizado	01	9m ²	Água fria
1.1, 1.3, 1.4 e 1.5	Sala de demonstração e educação em saúde	01	1m ² / ouvinte	Água fria
1.1.	Sala de imunização	01	6m ²	Água fria
1.5.	Sala de distribuição de alimentos de programas especiais		1m ² /ton para empilhamento com h=2m e com aproveitamento de 70% da m ³ do ambiente	
1.2, 1.4 e 1.5.	Sala de relatório		1m ² /func.	
1.7.	Consultórios			
1.7 e 1.8	Consultório Indiferenciado	NC = (A.B): (C.D.E.F.)*	7,5m ² com dimensão mínima de 2,20m	Água fria
1.7	Serviço social – consulta de grupo		6,0m ² + 0,80m ² por paciente	
1.7 e 1.8	Consultório odontológico		9,0m ²	

*NC = número de consultório/ cadeira odontológicas

A = população da área

C = número de meses do ano

E = número de consultas por turno de atendimento

B = número de consultas/habitantes/ano

D = número de dias úteis do mês

F = número de turnos de atendimento

Ambientes de apoio:

- sala de espera para pacientes e acompanhantes
- área para registro de pacientes/ marcação
- sala de utilidades
- depósito de material de limpeza
- sanitário para pacientes e públicos (masc e fem)
- sanitário para pacientes (anexo ao consultório de gineco-obstetrícia)
- sanitário para funcionários
- depósito de equipamentos
- sala administrativa
- copa

Unidade Funcional 4. Apoio, diagnóstico e terapia				
Número Atividade	Unidade/Ambiente	Dimensionamento		
		Quantificação mínima	Dimensão (mínima)	Instalações
4.1	Sala para coleta de material		3,6 m ²	Água fria

Ambientes de apoio:

- área para registro de pacientes
- sala de espera para pacientes e acompanhantes

Unidade Funcional 5. Apoio Técnico				
Número Atividade	Unidade/Ambiente	Dimensionamento		
		Quantificação mínima	Dimensão (mínima)	Instalações
5.2	Farmácia			
5.2.1	Área para recepção e inspeção	01	10% da área para armazenagem	Água fria
5.2.3	Área de distribuição	01	10% da área para armazenagem	

Unidade Funcional 6. Ensino e pesquisa				
Número Atividade	Unidade/Ambiente	Dimensionamento		
		Quantificação mínima	Dimensão (mínima)	Instalações
6.1 e 6.2	Sala de ensino (sala de aula, anfiteatro/auditório)	A depender das atividades do estabelecimento	Sala de aula = 1,3m ² /aluno* Auditório= 1,2m ² /pessoa *	

* para a colocação de cadeiras tipo universitária

Unidade Funcional 7. Apoio administrativo				
Número Atividade	Unidade/Ambiente	Dimensionamento		
		Quantificação mínima	Dimensão (mínima)	Instalações
7.1.1 e 7.2.1	Sala de direção	Depende da EAS		
	Sala de reuniões			
	Sala administrativa			
	Área para controle de funcionário (ponto)		4m ²	
7.3	Área para registro do paciente marcação	01	5m ²	
	Arquivo médico	Depende da tecnologia		

Ambientes de apoio:

- depósito de material de limpeza
- sanitário para funcionários (masc e fem)
- copa

Unidade Funcional 8. Apoio logístico				
Número Atividade	Unidade/Ambiente	Dimensionamento		
		Quantificação mínima	Dimensão (mínima)	Instalações
	Central de administração de materiais e equipamentos			
8.2	Área para armazenagem (equipamentos, mobiliário, peças de reposição, utensílios, material de expediente...)	Depende da quantidade de materiais a serem armazenados		
8.6	Área de recepção e espera do paciente		1,2m ² /pessoa	
8.7	Depósito de material de limpeza com tanque	01	2m ²	
8.9	Garagem e estacionamento	No mínimo 02 vagas para ambulâncias		

A RDC n' 50 segue colocando várias diretrizes relacionadas às circulações externas e internas, questões ambientais de conforto e outros. Entretanto como a normatização é referente a todos os níveis de atenção, ela acaba por dar maior ênfase nestes aspectos que tangem a atenção hospitalar e ambulatorial (como por exemplo trata fluxos mais complexos, sistemas ar condicionado etc) questões que fogem do campo da atenção primária.

O documento no nível estadual de Minas Gerais, *Construindo ou reformando Unidades Básicas de Saúde* foi criado no intuito de contribuir e orientar os municípios na reforma, ampliação e construção de UBS, sendo elaborado pela Diretoria de Atenção Básica/PSF da Superintendência de Atenção à Saúde, juntamente com a Diretoria de Infra-estrutura física da Superintendência da Vigilância Sanitária (ARAÚJO et al, 2004). E inicia a apresentação com algumas colocações, dentre as quais merece destaque:

1. As contribuições oferecidas pelo nível federal foram pouco absorvidas e mesmo implementadas nas edificações das UBS, na esfera municipal. Talvez pela abrangência relatada acima.
2. A implantação do PSF, trouxe um expressivo aumento das UBS, repensados para abrigar a equipe do referido programa, sem contudo permitir que este aumento repercutisse em uma preocupação estruturante do espaço físico.

O documento segue afirmando que se por um lado, não resta dúvida de que, as questões relacionadas à área física contribuem para a melhoria da qualidade da atenção prestada, por outro, a precariedade dos espaços físicos destinados à realização destas atividades é histórica (partia-se do pressuposto que qualquer espaço é adequado, bastando apenas contratar os profissionais e colocá-los a disposição da população).

“A conversão do modelo da doença para o da produção social da saúde exige uma nova concepção do fazer saúde, em que a infra-estrutura física adequada é fundamental para acolher o cidadão com dignidade e respeito e com condições de salubridade e de biossegurança para os trabalhadores da saúde.

Não resta dúvida de que teremos um campo muito amplo para transformar as estruturas destinadas à doença e avançar para aquelas que irão receber o cidadão que almeja preservar ou melhorar a sua qualidade de vida” (ARAÚJO et al, 2004, p. 11).

É interessante notar que novamente ao nível estadual, não é oferecido um projeto padrão¹⁵.

“O produto deste trabalho não é uma planta física, mas apenas espaços geográficos que se articulam e se interagem para a efetivação das ações a serem ofertadas aos usuários do SUS e que também propiciem condições de salubridade para os trabalhadores da saúde” (ARAÚJO et al, 2004, p. 19).

A consideração final reforça que *“a construção de infra-estrutura física para o desenvolvimento de ações de saúde para os cidadãos mineiros representa o resgate de um direito de cidadania do ponto de vista de uma conquista política. Partindo desta premissa, é possível vislumbrar a possibilidade de reconstrução de um novo conceito de espaço físico para a realização de ações de saúde, que busque a qualidade na oferta dos serviços e, ao mesmo tempo, a equidade do acesso” (ARAÚJO et al, 2004, p. 21).*

Esta cartilha elaborada pela Secretaria do estado de Minas Gerais sintetiza a publicação da Resolução n. 604 de 19 de novembro de 2004. Esta resolução além das colocações anteriormente descritas apresenta também uma tabela com a designação dos cômodos mínimos necessários, sua destinação, equipamentos e instrumentais necessários e área mínima (apresentada abaixo). Os equipamentos e instrumentais necessários não serão descritos na tabela abaixo visando não estender o texto e poderão ser consultados diretamente na resolução citada. Um outro ponto a ser acrescentado é que foi acrescentado a tabela apresentada a seguir uma nova coluna (RDC nº 50 21/02/2002) buscando fazer uma correlação entre os espaços previstos em cada resolução.

ELEMENTO	DESTINAÇÕES	ÁREA MÍNIMA	RDC nº 50 21/02/2002
Sala de espera para pacientes e acompanhantes	Ambiente destinado à espera de usuário para as diferentes atividades da unidade. Pode ser utilizada também para pequenas reuniões educativas. A varanda, quando prevista pode ser utilizada como sala de espera.	20m ²	Previsto como “ambiente de apoio”
Recepção/ registro de pacientes/ administração (anexa à sala de espera)	Ambiente destinado à recepção, registro de pacientes, preenchimento de prontuários e aferição de dados vitais e antropométricos	9m ²	Previsto como “ambiente de apoio”
Sala de cuidados básicos e observação	Ambiente destinado a procedimentos de enfermagem, tais como: micro nebulizações, injeções, testes capilares, etc. Destinada também à manutenção de usuários em observação, infusões venosas e outras.	16m ²	Não consta
Sala de reuniões	Ambiente utilizado para reuniões de grupos operativos de acordo com a agenda da unidade.	20m ²	Previsto

¹⁵ Uma vez que estas diretrizes, conforme mencionadas no próprio documento, estão em acordo com as proposições da RDC n 50.

ELEMENTO	DESTINAÇÕES	ÁREA MÍNIMA	RDC nº 50 21/02/2002
Consultório Ginecológico	Ambiente destinado à consultas na área de atenção à mulher, realizadas por médicos e enfermeiros, provido de sanitário anexo com área e dimensões mínimas de 1,6m ² e 1,2m, dispendo de lavatório de bacia sanitária.	9m ²	???
Consultório Clínico	Ambiente destinado a consultas médicas e de enfermagem nas diferentes áreas de atenção à saúde	9m ²	Previsto
Banheiro para funcionários	Ambiente destinado à troca de roupas, guarda de pertences e realização das necessidades fisiológicas. Em UBS até dois consultórios, o sanitário poderá ser único para ambos os sexos	4m ²	Previsto como “ambiente de apoio”
Sanitário para usuários	Ambiente destinado aos usuários, inclusive deficientes físicos. Em UBS até dois consultórios, o sanitário poderá ser único para ambos os sexos	1,6m ² e dimensão mínima de 1,2m	Previsto como “ambiente de apoio”
Sala de utilidades/ expurgo	Ambiente destinado à lavagem e desinfecção de material usado na unidade	4,8m ² e dimensão mínima de 1,5m	Previsto como “ambiente de apoio”
Sala de esterilização (interligada por guichê à sala de utilidades)	Ambiente destinado ao empacotamento, esterilização, armazenamento e dispensação de material. Esta sala é dispensável quando a esterilização de material for realizada fora da Unidade.	4,8m ² e dimensão mínima de 1,5m	----
DML – depósito de material de limpeza	Destinado à guarda de materiais e produtos de limpeza. Quando a UBS for instalada em casa adaptada, o DML poderá ser localizado na área de serviço.	2m ² e dimensão mínima de 1,0m	Previsto
Rouparia ou armário	Destinado à guarda de roupas limpas utilizadas na unidade	2m ²	???
Local para guarda de medicamentos	Destinado à guarda de medicamentos	Entre 4 e 6m ²	Previsto
Sala de curativos	Ambiente destinado à realização de curativos, retirada de pontos e a orientações concernentes a estes procedimentos, de preferência, com acesso externo alternativo.	9m ²	???
Sala de vacinação	Ambiente destinado ao serviço de imunizações (esquema básico e vacinas especiais como anti rábica e outras) localizado próxima à sala de espera e , preferencialmente, com acesso externo alternativo.	9m ²	???
Sala de resíduos (lixo)	Ambiente reservado para o armazenamento de lixo, provido de ponto de água, ralo sifonado, com vão de ventilação telado	2m ²	???
Lavanderia	Destinada à lavagem, desinfecção e preparo de roupas usadas na Unidade. Dispensada quando a lavagem de roupa for realizada fora da unidade	26m ²	----
Copa	Destinada ao uso dos funcionários da unidade	4m ²	Previsto como “ambiente de apoio”
Consultório Odontológico	Destinado à consulta e procedimentos odontológicos	9m ²	Previsto
Posto de coleta	Destinado à realização de procedimentos de auxílio diagnóstico	9m ²	Previsto

(Fonte: Resolução SES n. 604, de 19 de novembro de 2004)

A princípio, é possível evidenciar a questão já relatada da amplitude da RDC 50, conforme observado na tabela, poucos são os espaços especificamente previstos, outros são previstos como ambiente de apoio à outros espaços e alguns apenas não contam na resolução federal. Assim, conforme citado anteriormente e evidenciado aqui, ao tratar de 'todos' os espaços relativos aos EAS, a RDC 50 se torna pouco aplicável no que tange a atenção primária.

Neste sentido a Resolução n. 604 da Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais avança por ser específica para determinado nível de atenção - direcionada à UBS - e portanto ser um instrumento normatização mais acessível apresentando uma maior facilidade de aplicabilidade prática.

Por fim, a Resolução n. 604 da SES/MG 19 de novembro de 2004 coloca que a área estimada da UBS é de 176,2m² , não incluindo paredes e áreas de circulação.

No nível municipal, não existem resoluções que regulamentam a questão. O funcionamento do mecanismo municipal deverá ser apresentado juntamente com a primeira parte dos resultados.

4 - METODOLOGIA

Este trabalho parte do referencial teórico dialético marxista considerando a relevância da construção histórica, da relatividade e totalidade dos fatos apreendidos. Nessa abordagem, a base material é sublinhada como determinante da produção da consciência, mas assume-se a importância das representações sociais como condicionantes tanto na reprodução da consciência como na construção da realidade mais ampla (MINAYO, 1998).

“A hipótese fundamental desse conjunto de autores marxistas é de que nada existe eterno, fixo e absoluto. Portanto não há nem idéias, nem instituições e nem categorias estáticas. Toda vida humana é social e está sujeita a mudança, a transformação, é perecível e por isso toda construção social é histórica” (MINAYO, 1998, p. 67-8)

MINAYO (1998) argumenta que a saúde não institui nem uma disciplina nem um campo separado das outras instâncias da realidade social, daí o caráter peculiar de sua abrangência multidisciplinar e estratégica. Reconhece que o campo da saúde se refere a uma realidade complexa que demanda conhecimentos distintos integrados e que coloca, de forma imediata, o problema da intervenção. Neste sentido, requer como essencial uma abordagem dialética que compreende para transformar e cuja a teoria, desafiada pela prática, a repense permanentemente.

O desenho que se mostra mais adequado ao tipo de pesquisa social a que se propõe este trabalho, é a pesquisa de intervenção, cujo principal objetivo é interferir na realidade estudada, para modificá-la de forma efetiva e participativamente (TOBAR,2001). De acordo com os meios empregados, esta pesquisa de intervenção pretende ser do tipo pesquisa-ação.

“É um tipo particular de pesquisa que pressupõe a intervenção participativa na realidade social. Michel Thiollent (1986) a define a pesquisa em que há uma situação problemática a ser estudada e em que as pessoas implicadas (pesquisadores) reconhecem que tem um papel ativo na realidade observada (atores), o que não é comum na pesquisa tradicional. No que se refere aos fins, é intervencionista.” (TOBAR, 2001, p. 74).

Com relação aos aspectos éticos, o projeto foi enviado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (CEP SMSA-BH) em 28 de fevereiro de 2005, de acordo com o Protocolo nº 0132004.

Partindo da abordagem qualitativa, foram utilizados os seguintes procedimentos:

a) Realização de pesquisa bibliográfica e documental visando o estabelecimento de um histórico conceitual e normativo a cerca do sistema de saúde pública e direcionada ao atendimento primário à saúde, nas três esferas de governo. Ênfase ao município de Belo Horizonte, através da pesquisa documental de leis, portarias e decretos municipais, resoluções do Conselho Municipal de Saúde e da última Conferência Municipal, com a finalidade de levantar informações a respeito da estruturação e de diretrizes para atenção primária à saúde no município.

b) Realização de um estudo de caso no município em questão com vistas à estruturação de uma UBS acrescido de sugestões de intervenções para o entorno urbano próximo, e a possível integração ao Centro Comunitário através da elaboração de um programa de necessidades para a unidade a ser definida. Para realização deste estudo de caso, foram utilizadas as seguintes técnicas:

2.1. Levantamento e/ou a elaboração dos seguintes mapas no município de Belo Horizonte:

2.1.1. Mapa com a identificação e localização das UBS e delimitação da área de abrangência, de acordo com a Secretaria Municipal de Saúde.

2.1.2. Mapa com a localização de todas as associações de moradores da área de intervenção do município de Belo Horizonte, de acordo com a Secretaria Municipal de Assistência Social. Esta foi a idéia inicial, entretanto quando se chegou ao campo, este mapa foi substituído pelo mapa do Índice de Qualidade de Vida Urbana (IQVU) utilizado pela Secretaria Municipal de Planejamento (SMPL – BH), que além da variável mencionada acima engloba outras variáveis e já é um instrumento utilizado pelo Orçamento Participativo de Belo Horizonte conforme deverá ser apresentado nos resultados.

2.1.3. Mapa de distribuição de renda, de acordo com dados censitários. Assim como mencionado acima, quando se chegou a pesquisa de campo foi feita a opção pela substituição pelo Mapa da Exclusão Social, a partir do Índice de Vulnerabilidade Social (IVS), de acordo com a Secretaria Municipal de Planejamento (SMPL) e a Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social (SMDS).

2.1.4. Mapa com a localização os lotes públicos municipais não edificados, de acordo com o cadastro de pagamento de IPTU da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. Novamente, na fase da pesquisa de campo, este mapa foi substituído pelo mapa elaborado pela autora com a localização de

todos os empreendimentos direcionados a atenção primária à saúde aprovados pelo Orçamento Participativo 2005/2006, tendo em vista que todo empreendimento aprovado já conta com um terreno ou então já prevê a desapropriação do mesmo.

Diante do exposto, é interessante abrir um parêntese com o intuito de evidenciar a divergência entre alguns mapas propostos inicialmente e os mapas apresentados. Esta alteração foi em virtude de um trabalho anterior desenvolvido pela autora no município de Viçosa-MG em 2001 (CARDOSO, 2001) no qual, os mapas propostos inicialmente foram produzidos e/ou levantados com sucesso. Entretanto ao avançar com pesquisa de campo em Belo Horizonte foram encontrados mapas que envolvem inúmeras variáveis, além das pensadas inicialmente, o que enriquece o estudo, uma vez que já são utilizados como instrumento de planejamento por parte da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. Desta maneira, mesmo não se tratando de um estudo comparativo, é entendido como relevante evidenciar esta distinção encontrada entre o estudo pregresso realizado em Viçosa em 2001 e atual estudo realizado em Belo Horizonte, distinção esta que possa talvez ser extrapolada para os municípios de médio pequeno porte e grande porte respectivamente. Os primeiros, com menores recursos financeiros e humanos dispõem de poucos mapas/ informações assim o caminho percorrido para a identificação de locais em potencial para a implantação de UBS integradas a Centros Comunitários é um (pensado primeiramente para o desenvolvimento deste trabalho). Já os municípios de grande porte com maiores recursos, instrumentos de planejamento apurados e programas intersetoriais implementados, o caminho percorrido para a identificação de locais em potencial para a implantação de UBS diverge do anterior. Evidenciando a situação singular de cada município.

Retomando os procedimentos metodológicos utilizados, a seqüência é:

2.2. Realização de entrevistas abertas com informantes chave de diversos setores relevantes ao enriquecimento dos dados levantados. As entrevistas foram áudio gravadas e transcritas integralmente. Ao todo foram realizadas doze entrevistas.

Neste item é necessário evidenciar que seria enriquecedor para a pesquisa a possibilidade de citar os nomes dos entrevistados, bem como o cargo que ocupam, tendo em vista que todos são informantes chaves representativos de seu segmento. Entretanto este trabalho, na área da saúde,

segue as normas éticas não revelando o nome dos entrevistados nem o cargo que ocupam. Apesar de todos os entrevistados terem aceito revelar sua identidade, será apresentado apenas o setor no qual desempenham suas funções visando por um lado respeitar o sigilo e por outro enriquecer a própria fala.

“O que torna a entrevista instrumento privilegiado de coleta de informações é a possibilidade de a fala ser reveladora de condições estruturais, de sistemas de valores, normas e símbolos (sendo ela mesma um deles) e ao mesmo tempo ter a magia de transmitir, através de um porta voz, as representações de grupos determinados, em condições históricas, sócio-econômicas e culturais específicas” (MINAYO,1998, p. 109-10).

Foram entrevistados então:

Informante chave n°	Entrevista realizada em	Setor
Informante 01	23/06/2005	Epidemiologia e Geo referenciamento da SMSA-BH
Informante 02	07/07/2005	Gabinete da SMSA-BH
Informante 03	11/08/2005	Infra-estrutura física da SES-MG
Informante 04	24/06/2005	Arquitetura da SMSA-BH
Informante 05	17/08/2005	Controle Social da SMSA-BH
Informante 06	18/08/2005	Programa BH Cidadania SCOMPS-BH
Informante 07	07/11/2005	Políticas Sociais da SCOMPS-BH
Informante 08	18/08/2005	Programa BH Cidadania (apropriação) da SCOMPS-BH
Informante 09	19/08/2005	Arquitetura e licitações da SUDECAP
Informante 10	09/01/2006	UBS Santa Rita de Cássia
Informante 11	10/01/2006	Núcleo de Apoio à Família (NAF) Santa Rita de Cássia
Informante 12	10/01/2006	Repres. Comunitário do Aglomerado Santa Rita de Cássia

OBS: A intenção era entrevistar mais um informante representativo do setor do Orçamento Participativo de Belo Horizonte, a entrevista não foi realizada por falta de horário na agenda do informante.

2.3. Definição do local (UBS) para a elaboração do programa de necessidades, de acordo com as variáveis apresentadas anteriormente. Procedeu-se a visita ao local escolhido, observação da região próxima, por meio de seus estruturantes (presença de instituições – igrejas, escolas - praças, saneamento, transporte coletivo), enfim, elementos que possam potencializar ou dificultar a objetivação da proposta de intervenção junto à comunidade.

2.4. Elaboração do programa de necessidades para a UBS definida.

Neste sentido mostra-se interessante abrir um parêntese para informar que, inicialmente pensou-se na possibilidade de uma proposta que conduzisse a um projeto padrão e multiplicável. Entretanto as

próprias diretrizes do SUS e a legislação em vigor mostram o contrário. Visto que, a proposta deve ser dirigida, de forma a atender as carências e necessidade da comunidade a que se destina.

“Não existe método único para se fazer alguma coisa, nem uma forma só de se aplicar o mesmo método. Não existe um método prototípico que se possa ser utilizado em todo tempo e lugar: depende dos objetivos propostos e da realidade em que é aplicado” (ANDEREGG. apud: DIMENSTEIN, 1998, p.08).

Encerrando a metodologia será colocada uma citação de Minayo (1998) que muito corresponde aos anseios deste trabalho, bem como evidencia a sua relevância.

“...a pesquisa qualitativa torna-se importante para: a) compreender os valores culturais e as representações de determinado grupo sobre temas específicos; b) para compreender as relações que se dão entre atores sociais tanto no âmbito das instituições como dos movimentos sociais; c) para avaliação das políticas públicas e sociais tanto do ponto de vista de sua formulação, aplicação técnica, como dos usuários a quem se destina.” (MINAYO, 1998, p. 134).

5 – ANÁLISE DOS DADOS, RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1. O MUNICÍPIO DE BELO HORIZONTE/MG



As nove regionais do Município de Belo Horizonte/MG

O município de Belo Horizonte, capital do estado de Minas Gerais, possui uma população de 2.238.526 habitantes em uma extensão territorial de 330,90km² (IBGE, Censo Demográfico, 2000).

A cidade conta com uma administração central e está subdividida em nove administrações regionais, cada qual com espaço geográfico, populacional e administrativo definido em sua área de abrangência.

O Plano Diretor do município de Belo Horizonte, foi sancionado através da Lei Municipal n.7165 de 27 de agosto de 1996 e dispõe no Título II – Do desenvolvimento urbano, Capítulo III - Das diretrizes, Seção III – Das diretrizes sociais, Subseção I - Da política de saúde; os seguintes termos:

Art. 35 – São diretrizes da política de saúde:

I – assegurar a implantação dos pressupostos do SUS, mediante o estabelecimento de condições urbanísticas que propiciem a descentralização, a hierarquização e a regionalização dos serviços que o compõe;

II – organizar a oferta pública de serviços de saúde e estendê-la a todo município;

III – garantir a melhoria dos serviços prestados e o acesso da população a eles;

IV – promover a distribuição espacial de recursos, serviços e ações, conforme critérios de contingente populacional, demanda, acessibilidade física e hierarquização dos equipamentos de saúde em centros de saúde, policlínicas, hospitais gerais, pronto-socorros e hospitais especializados;

V – garantir, por meio do sistema de transporte urbano, condições de acessibilidade às áreas onde estejam localizados os equipamentos de saúde;

VI – promover o desenvolvimento de centros detentores de tecnologia de ponta, de forma a atender a demanda de serviços especializados;

VII – garantir boas condições de saúde para população, por meio de a das condições ambientais, como o controle dos recursos hídricos, da qualidade da água consumida, da poluição atmosférica e da sonora;
VIII – promover política de educação sanitária, conscientizando e estimulando a participação nas ações de saúde. (PLANO DIRETOR DE BELO HORIZONTE, 1996)

5.1.1. Caracterização da rede de atenção primária á saúde

A Secretaria Municipal de Saúde (SMSA-BH), órgão da administração direta da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte, tem por missão estruturar a atenção à saúde no município, buscando cumprir os princípios do SUS. Neste sentido optou pela reorganização dos serviços de saúde em base territorial através da definição de nove distritos sanitários, os quais correspondem às administrações regionais apresentadas anteriormente.

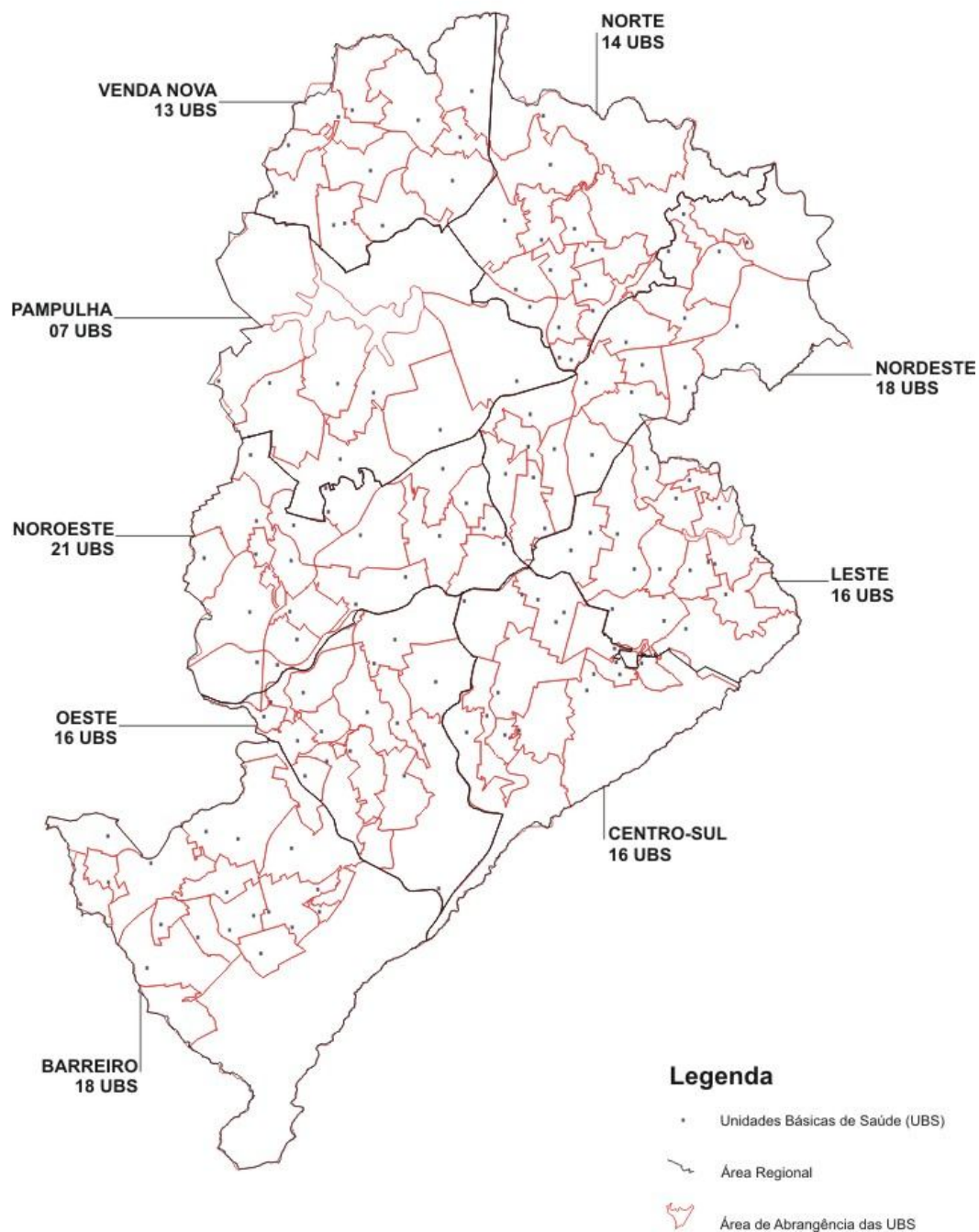
Em média, cada regional conta com 15 a 20 unidades ambulatoriais (unidades básicas - UBS, PAM's – posto de assistência médica, CERSAM's – centro de referência em saúde mental, UPA's – unidade de pronto atendimento) além da rede hospitalar pública e contratada. (http://portal1.pbh.gov.br/pbh/index.html?id_conteudo=3165&id_nivel1=-1. Acessado em 21/06/05).

MENDES (1996) afirma que, se por um lado, a preocupação básica da proposta de distritalização da saúde é fugir da tendência natural em reduzir um processo social à instituição de uma instância meramente topográfico-burocrática; por outro a atuação por problemas, possível através da distritalização, facilita o desenvolvimento da consciência sanitária da população deste território que passa a compreender, além do campo meramente fenomênico, os problemas que a atingem.

A rede de atenção básica em Belo Horizonte conta com 139 UBS. Cada unidade corresponde a uma área de abrangência e as áreas de abrangência são constituídas por setores censitários de acordo com a classificação do IBGE.

Isso porque, segundo entrevista realizada com funcionária do setor de epidemiologia e georeferenciamento da SMSA- BH, a utilização dos setores censitários do IBGE como unidade de planejamento facilita a apreensão de informações referente à área (setor censitário), como por exemplo, informações básicas da população, dados sócio-econômicos, etc. E facilita também a correspondente ação do agente comunitário no local (setor censitário de sua responsabilidade).

Localização das UBS e suas respectivas áreas de abrangência



MAPA 01: UBS e sua respectiva área de abrangência.

Além da definição das áreas de abrangência e respectivas UBS, a SMSA-BH desenvolveu um importante instrumento no auxílio ao planejamento e à tomada de decisões em saúde, que é o Mapa da Vulnerabilidade da Saúde (MVSaúde).

O MVSAúde apresenta medida que associa diferentes variáveis socioeconômicas e de ambiente num indicador sintético para analisar as características de grupos populacionais vivendo em determinadas áreas geográficas. Ou seja, o MVSAúde tem a ver com o processo de territorialização, processo este que, segundo a funcionária do setor de epidemiologia e georeferenciamento da SMSA-BH, já vinha ocorrendo, só que com critérios subjetivos.

“Então uma unidade achava que para ela esta área é pior, mas isso não tinha uma comparabilidade com o resto da cidade, então a gente pensou em estar usando uma coisa mais padronizada, que falasse a mesma coisa, que pudesse comparar.... Como é que a gente trabalha estas informações integradas com o resto da informação do município... não é uma questão só da saúde pública, na hora que você pensa esta coisa intersetorial tem que se ter um nível de conversa com as outras áreas” (Entrevista realizada em 23/06/2005. Informante 01)

Desta maneira, o MVSAúde combina vários indicadores sociais mais ou menos complexos (saneamento, habitação, renda, social, saúde) em um indicador sintético como medida para resumir a informação relevante de um amplo campo da preocupação social.

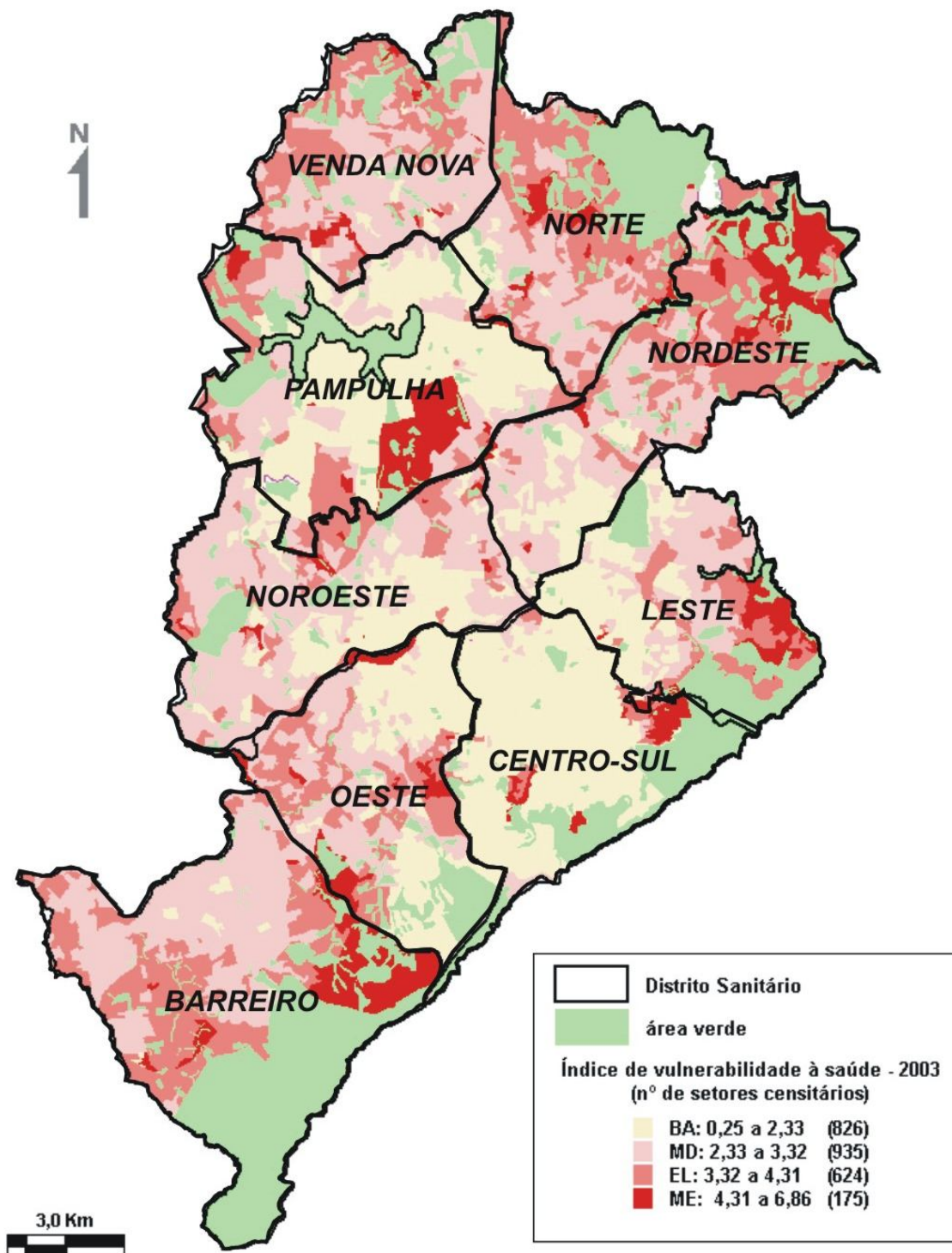
Tem como propósito, evidenciar as desigualdades no perfil epidemiológico de grupos sociais distintos. Apontar diferenciais intra-urbanos com os dados existentes. Identificar áreas com condições socioeconômicas desfavoráveis dentro do espaço urbano delimitado, apontando áreas prioritárias para intervenção e alocação de recursos, favorecendo a proposição de ações intersetoriais. E por fim, servir como instrumento para a avaliação de intervenções através de medidas ao longo do tempo.

O primeiro MVSAúde foi elaborado em 1998 com dados do censo de 1991. Já o que é utilizado atualmente, e será apresentado a seguir, é o MVSAúde de 2003 no qual foi utilizado dados recentes do censo de 2000.

É importante salientar que esta pesquisa não pretende desenvolver um estudo a respeito do processo de elaboração das variáveis que compõe o MVSAúde e todos os outros mapas que serão apresentados no decorrer deste trabalho, e sim utilizá-lo como um instrumento de planejamento, um ponto de partida. Partindo da premissa que estes mapas já foram avaliados e validados pelos órgãos competentes.

O MVSAúde apresenta as seguintes categorizações de risco: muito elevado (ME), elevado (EL), médio (MD) e baixo (BA).

Índice de Vulnerabilidade à Saúde 2003



MAPA 02: Índice de Vulnerabilidade da Saúde 2003. (FONTE: SMSA-BH, Gerência de Epidemiologia e Informação –GEEPI. Índice de Vulnerabilidade da Saúde 2003).

Em relação ao Programa de Saúde da Família (PSF) a cidade é coberta em cem por cento nos três ‘piores’ índices - médio, elevado e muito elevado risco - apresentados no MVSaúde. Apenas as regiões de baixo risco ainda não são cobertas pelo PSF.

Em entrevista realizada com profissional do gabinete da SMSA-BH, é colocado sobre este assunto:

“As Equipes do Saúde da Família (ESF) foram alocadas respeitando o princípio da equidade em área de risco muito elevado e elevado e nas unidades de médio risco elas cobrem 100% da população... nas áreas de muito elevado e elevado cada ESF cobre um número de famílias menor do que nas áreas de médio risco, então quer dizer tem esta coisa mesmo do princípio da equidade” (Entrevista realizada em 07/07/2005. Informante 02).

Com relação a esta questão, LIMA (2002) afirma que o reconhecimento de que a saúde apresenta um forte gradiente social, ou seja, de que a saúde de um indivíduo ou de uma coletividade, além dos determinantes biológicos ou individuais, sofre o condicionamento de fatores econômicos, políticos e sociais, e de que as desigualdades nas condições de saúde refletem predominantemente as desigualdades entre os grupos da sociedade contribuiu para uma maior preocupação das autoridades e administradores políticos, de incorporar a equidade como uma diretriz política para o setor.

Conforme apresentado no mapa 01, cada UBS é responsável pelo seu respectivo território (área de abrangência), em geral estas áreas contam com uma população entre 7000 e 45000 habitantes.

Atualmente nas 139 UBS estão alocadas 506 ESF, sendo que, além destas, as unidades contam com profissionais – pediatras, ginecologistas e alguns clínicos que “*apoiam o generalista*”. As equipes de saúde bucal e saúde mental funcionam apoiando as ESF.

“As ESF cobrem na cidade 70% da população, quer dizer toda população SUS dependente, que está em torno de mais ou menos 414 mil famílias, mais ou menos 1 milhão e 600mil pessoas são cobertas por estas ESF” (Entrevista realizada em 07/07/2005. Informante 02).

As ESF são responsáveis pelo acolhimento, atendem demanda programada e fazem algumas ações de promoção de saúde.

A funcionária do gabinete da SMSA-BH coloca que a idéia do acolhimento já é antiga, só que antes não havia referência “*hoje a famílias tem donos sabem quem é o médico, a enfermeira*” (Entrevista realizada em 07/07/2005. Informante 02).

Os Agentes comunitários de Saúde (ACS) fazem as visitas, preenchem um formulário, foram treinados dentro de um roteiro. “*São pessoas da comunidade.. identificam situações de risco... não assumem condutas tudo é discutido com a ESF*” (Entrevista realizada em 07/07/2005. Informante 02).

“O modelo de atenção básica em BH (PSF) é um modelo bacana, atende a população, a população reconhece gosta e ele está em fase de qualificação, de ampliação por que assim, aumentou-se o acesso... agora a gente precisa qualificar a atenção e também se dedicar um pouco mais às ações de promoção de saúde” (Entrevista realizada em 07/07/2005. Informante 02).

- **Programas da atenção primária – BH Vida: Saúde Integral**

O BH Vida: Saúde Integral é uma proposta do Sistema Único de Saúde que foi implantado em Belo Horizonte no início de 2002. O eixo principal do BH Vida é a organização da atenção básica através da estratégia do Programa de Saúde da Família e a organização das linhas de cuidado com o usuário em todos os níveis da assistência prestada à saúde pública (www.pbh.gov.br/saudeintegral. Acessado em 05/01/2006).

Com o desafio de consolidar um sistema de saúde de qualidade e integral, o BH Vida: Saúde Integral dispõe de diretrizes fundamentais para a condução dos trabalhos junto à população:

1. Garantia de acesso: garantir a todos aqueles que recorrerem à unidade de saúde um atendimento adequado e o melhor encaminhamento a seu caso;
2. Vínculo e responsabilização: construção de um vínculo entre as equipes de saúde e as famílias atendidas através de relações de confiança e de responsabilização entre eles;
3. Integralidade e resolutividade da assistência: as equipes de saúde da família devem procurar sempre resolver os problemas de saúde de seus usuários, dando a eles o encaminhamento correto e mais adequado para cada caso;
4. Trabalho em equipe e intersetorialidade: o alcance das metas do BH VIDA: Saúde Integral nas ações em defesa da vida depende da ação conjunta e articulada de todos os membros da equipe

5. Autonomização do usuário: fazer com que ele ganhe autonomia e também se co-responsabilize pelo o seu cuidado;
6. Participação no planejamento e desenvolvimento de ações intersetoriais, integrando governo e sociedade civil com o trabalho da saúde ;

Inicialmente, foram credenciadas 169 Equipes de Saúde da Família (ESF), baseadas nos centros de saúde dos nove distritos sanitários da cidade. Atualmente 506 equipes estão em atividade, atendendo a quase 1,5 milhão de pessoas. A composição básica da ESF é de um médico, um enfermeiro, 02 auxiliares de enfermagem e de 04 a 06 agentes comunitários de saúde, além do apoio de equipes de saúde bucal e mental.

- **As UBS – histórico e legislação**

Em entrevista realizada com informante do setor de infra-estrutura física da Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais (SES-MG) em 11 de agosto de 2005, este foi questionado a respeito do histórico relativo à legislação para implantação de unidades básica de saúde no estado de Minas Gerais, fazendo as seguinte colocações:

“Quando saiu a Portaria n. 400 do Ministério da Saúde de dezembro de 1977, dentro do texto desta portaria tinha o Centro de Saúde tipo 1, tipo 2, tipo 3 e ambulatórios A e B. E isso aí era padronizado havia uma planta tipo para cada uma destas unidades.

Posteriormente (...) vieram outras Portarias, veio a Portaria 1884/94 depois veio a RDC 50/02, a qual já foi alterada três vezes, mas manteve ao mesmo número e as alterações foram incorporadas, mas ela continuou com a mesma data embora as alterações fossem posterior a esta data” (Entrevista realizada em 11/08/2005. Informante 03).

O entrevistado do setor de infra-estrutura física da SES-MG seguiu afirmando que o próprio Ministério e a própria ANVISA concluíram que o projeto não deveria ser padrão, *“porque cada unidade tem a sua especificidade, a sua necessidade”* (Entrevista realizada em 11/08/2005. Informante 03).

O tipo de unidade 1, 2 ou 3 era definido de acordo com o número de população atendida.

Acrescenta a experiência do estado de Minas Gerais na década de 80:

“O Estado conseguiu um recurso para construir mais de 110 unidades, mais ou menos, de postos e centros de saúde. A diferença que havia naquela época entre centro e posto de saúde: é que o

Centro tinha médico e o Posto era só pessoal auxiliar, o médico ia eventualmente, em geral uma vez por semana, era o pessoal auxiliar de saúde que prestava o atendimento. Aí começaram a construir principalmente na região do norte de Minas, mas acabou ficando desacreditado porque a população não tinha confiança em procurar uma unidade que não tivesse médico, então aí acabou que eles foram abandonando esta idéia em construir postos de saúde, isso aí já foi ficando de lado, com o tempo ninguém falava mais em construir posto de saúde” (Entrevista realizada em 11/08/2005. Informante 03).

Por fim, contou que a SES-MG, antes da descentralização, chegou a ter mais de 2000 unidades e que agora foi tudo municipalizado.

Com relação à legislação federal em vigor, já apresentada na revisão de literatura, o mesmo entrevistado afirma que:

“A RDC 50/02 já não define o que tem que ter uma unidade, a comunidade que vai definir o que ela precisa. Por exemplo: se já existe no município um lugar com um consultório odontológico, já não justifica construir na unidade um consultório odontológico para evitar a duplicidade de equipamentos, área, recursos humanos, gastos. O município vai dizer o que ele quer. É como se estivesse no supermercado escolhendo aquilo que interessa ao município, então muitas vezes o prefeito vem aqui dizendo que ele quer um projeto tipo de uma unidade. Isso acabou. Cada caso vai ser um caso” (Entrevista realizada em 11/08/2005. Informante 03).

Em entrevista realizada com informante do Setor de Arquitetura da SMSA-BH em 24 de junho de 2005, a mesma afirma sobre a RDC 50/02: “Diria que ela é o papa”- a partir dela estado e município tecem a sua norma.

Com relação à legislação estadual, o diretor de infra-estrutura física da SES-MG afirma:

“Saiu esta Resolução 604/04, em que nós definimos o programa mínimo que deve ter as UBS, acontece que a maioria das unidades está sendo instalada em prédios alugados. Então o município não pode investir, fazer ampliações numa casa que é alugada, aí o município não pode investir e pegar o dinheiro dele e ampliar uma propriedade que não é o do município. Isso aí gerou uma série de problemas, a Dra Rizioneide (coordenadora da atenção básica da SES-MG) achou melhor definir o mínimo do mínimo para estes casos. Esta norma é para projetos novos, que estão sendo construídos, agora quando é adequado a casas alugadas foram feitas algumas concessões e redução do programa” (Entrevista realizada em 11/08/2005. Informante 03).

A informante do Setor de Arquitetura da SMSA-BH afirma que no nível municipal não existe uma legislação específica para a instalação de UBS, o setor de arquitetura disponibiliza apenas um

“escopo” (programa de necessidades) específico para cada unidade a ser construída ou reformada. Segue afirmando que a elaboração deste escopo está intimamente relacionada ao número de equipes de saúde da família que atuaram na unidade.

“O escopo já é feito em cima do PSF nosso, quantas equipes por área de abrangência. Então você tem como pegar o nosso escopo e redesenhar, não em termos do desenho técnico, mas redesenhar a elaboração de um programa para unidade tal em tal lugar assim, assim...esse subsídio, a gente aqui passa este subsídio para a SUDECAP.

Vou de dar um exemplo: passando no OP (orçamento participativo), a construção de uma unidade na favela X, a gente tem aqui a área de abrangência daquela região e conseqüentemente quantas equipes de saúde de família que nós precisaríamos para atender aquela comunidade e tudo roda em volta disso. Quantas equipes de saúde bucal, quantas equipes de saúde da família, qual seria através disso o que se precisa para atender aquela comunidade

Desta maneira, quanto maior o número de equipe, maior o número de funcionários, maior o número de demanda, e assim maior a espera, maior o número de sanitários, maior o número de consultórios, maior provavelmente os box de inalação e aí vai....” (Entrevista realizada em 24/06/2005. Informante 04).

Secretaria Municipal de Saúde / Assessoria de Arquitetura

Programa do C.S. Boa Vista OP 2005 / 2006

Regional Leste – Gerente: Olga Vânia Matoso de Oliveira

Descrições	Área / m ²	Quant.
Sala de espera p/ 50 pessoas (com quadro de aviso e local p/ TV)	60,00	
Recepção / Registro / Arquivo (com escaninhos p/ prontuários)	15,00	
Sanitário masculino (adaptado p/ portador de deficiência física)	3,50	
Sanitário feminino (adaptado p/ portador de deficiência física)	3,50	
Fraldário (com bancada e pia inox)	2,00	
Farmácia (com prateleiras, armário trancado e bancada de atendimento)	12,00	
Vacina (2 ambientes) (com armário sob bancada)	12,00	
Coleta (com armário sob bancada)	9,00	
Curativos (2 ambientes) (com armário sob bancada)	12,00	
Higienização (box contíguo à sala de curativos)	3,00	
Utilidades/expurgo (com armário sob bancada)	5,00	
Arsenal / esterilização (com armários – portas com vidro)	5,00	
Sala de observação com banho (com armários sob bancada) – 2 leitos	18,00	
Consultório	9,00	5
Consultório com I.S.	14,00	3
Consultório de Odontologia p/ 3 cadeiras (com armário sob bancada)	31,00	
Sala de procedimentos de enfermagem (com armário sob bancada)	12,00	
Escovário	6,00	
Central de máquinas (áreas distintas p/compressor e bomba à vácuo)	2,00	
Sala de reuniões	50,00	
Sala multiuso (sala de discussão de grupos / A.C.S.)	15,00	
Administração	12,00	
Gerência com I.S. se possível	9,00	
Refeitório / Copa (com armário sob bancada)	15,00	
D.M.L. bem localizado com carrinho (com armário ou prateleiras)	3,00	
Almoxarifado (alimentos, mat. limpeza, mat. adm.) (com prateleiras)	18,00	
Vestiários de funcionários	9,00	2
Ponto de Apoio de Zoonoses - Área de tanque (c/ arm.p/veneno e roupa)	9,00	
- Sala de técnicos	8,00	
- Vestiários com chuveiro	4,00	2
Depósito de lixo (áreas distintas p/ lixo comum e lixo infectante)	5,00	
Circulações / Paredes (acrescentar 35 % ao total)	468,00 x 1,35 =	
Total	631,80 m²	

Observações:

- O C.S. terá 3 equipes do PSF = 6 consultórios
- Apoio = 1 ginecologia + 1 pediatria = 2 consultórios
- No total são 8 consultórios sendo que 3 possuem instalação sanitária.
- Odontologia = 3 cadeiras
- Para cada equipe estão previstos 2 consultórios
- Um terço do total de consultórios deve ter I.S.;
- O almoxarifado deve possuir separação interna entre alimentos, material de limpeza e material administrativo.
- Prever área de ampliação futura com I.S. em todos os consultórios, se possível.
- Estacionamento.
- As definições foram feitas em conjunto com a gerente do Distrito Sanitário Leste (representada pela Sra. Pena)

Figura 01 – Exemplo do escopo produzido pela SMSA-BH para uma UBS com 03 ESF

Secretaria Municipal de Saúde / Assessoria de Arquitetura

Programa do C.S. Paraíso **OP 2005 / 2006**

Regional Leste – Gerente: Maria Izabel Luis

Descrições	Área / m ²	Quant.
Sala de espera p/ 50 pessoas(com quadro de aviso e local p/ TV)	60,00	
Recepção / Registro / Arquivo(com escaninhos p/ prontuários)	15,00	
Sanitário masculino (adaptado p/ portador de deficiência física)	3,50	
Sanitário feminino (adaptado p/ portador de deficiência física)	3,50	
Fraldário(com bancada e pia inox)	2,00	
Farmácia(com prateleiras, armário trancado e bancada de atendimento)	12,00	
Vacina (2 ambientes)(com armário sob bancada)	12,00	
Coleta(com armário sob bancada)	9,00	
Curativos (2 ambientes)(com armário sob bancada)	12,00	
Higienização(box contíguo à sala de curativos)	3,00	
Utilidades/expurgo(com armário sob bancada)	5,00	
Arsenal / esterilização(com armários – portas com vidro)	5,00	
Sala de observação com banho(com armários sob bancada) – 2 leitos	18,00	
Consultório	9,00	9
Consultório com I.S.	14,00	5
Consultório de Odontologia p/ 5 cadeiras(com armário sob bancada)	50,00	
Sala de procedimentos de enfermagem(com armário sob bancada)	12,00	
Escovário	6,00	
Central de máquinas (áreas distintas p/compressor e bomba à vácuo)	2,00	
Sala de reuniões	50,00	
Sala multiuso (sala de discussão de grupos / A.C.S.)	15,00	
Administração	12,00	
Gerência com I.S. se possível	9,00	
Refeitório / Copa(com armário sob bancada)	15,00	
D.M.L. bem localizado com carrinho(com armário ou prateleiras)	3,00	
Almoxarifado (alimentos, mat. limpeza, mat. adm.)(com prateleiras)	18,00	
Vestitários de funcionários	9,00	2
Ponto de Apoio de Zoonoses - Área de tanque (c/ arm.p/veneno e roupa)	9,00	
- Sala de técnicos	8,00	
- Vestitários com chuveiro	4,00	2
Depósito de lixo (áreas distintas p/ lixo comum e lixo infectante))	5,00	
Circulações / Paredes (acrescentar 35 % ao total)	551,00 x 1,35 =	
Total	743,85 m²	

Observações:

- O C.S. terá 5 equipes do PSF = 10 consultórios
- Apoio = 2 ginecologia = 1 consultório
- 2 pediatrias + 1 clínico = 2 consultórios
- Terapia Ocupacional + Fisioterapia + Estagiário Médico = 1 consultório (maior para atividade em grupo).
- No total são 14 consultórios sendo que 5 possuem instalação sanitária.
- Odontologia = 1 cadeira / equipe = 5 cadeiras
- Para cada equipe estão previstos 2 consultórios
- Um terço do total de consultórios deve ter I.S.;
- O almoxarifado deve possuir separação interna entre alimentos, material de limpeza e material administrativo.
- Prever área de ampliação futura com I.S. em todos os consultórios, se possível.
- Estacionamento.
- As definições foram feitas em conjunto com a gerente do Distrito Sanitário Leste (representada pela Sra. Pena)

Figura 02 – Exemplo do escopo produzido pela SMSA-BH para uma UBS com 05 ESF.

O controle social

Sobre este assunto foi realizada uma entrevista com funcionário da SMSA-BH que muito de perto acompanhou o processo de democratização da saúde em Belo Horizonte, marcado pelo controle social.

O mesmo afirma que a história do controle social na cidade serviu de exemplo para o Brasil, porque, a partir de 1994, Belo Horizonte assume a gestão plena do sistema e passa a ter um destaque nacional por ter sido a primeira capital e a maior cidade a assumir este tipo de gestão.

“Portanto existiu pela tradição muito da esquerda mesmo, do movimento sanitário aqui em BH, este apreço de que o controle social devesse também avançar no mesmo sentido que a gente vai obtendo essa gestão plena e efetivando, e não era para ser diferente porque isso era até obrigação. A lei (8080/90 e 8142/90) demandava para você receber os repasses da gestão, para aprovar uma série de projetos etc, etc... O controle social tinha que ser consultado, tinha que exercer seu papel deliberativo” (Entrevista realizada em 17/08/2005. Informante 05).

O mesmo entrevistado segue afirmando que:

“Antes de 1994, no governo do Eduardo Azeredo por um projeto de lei feito pelos vereadores Sérgio Miranda e Tomás da Mata Machado foi instituído em lei municipal a criação do Conselho Municipal de Saúde (CMS) e, ao mesmo tempo, os Conselhos Distritais de Saúde e Comissões Locais de Saúde. Isso reporta até um pouco antes a existência já no funcionamento do Conselho Distrital da regional Leste que foi o precursor deste processo.

Feito isso, a composição do Conselho foi efetivada e o Conselho funcionava aqui, eu avalio com o potencial relativo ou potencial que acompanhava paripassu o próprio desenvolvimento da saúde na época.

Depois de 94, na gestão democrática popular, no governo do Patrus em diante, o controle social passa a ter um papel mais decisivo, tanto por causa da lei que obrigava como pela motivação de quem estava conduzindo a Secretaria.

A partir disso a gente foi palmilhando passo a passo construção do CMS do ponto de vista político ideológico e do ponto de vista da sua estruturação concreta, seja aqui no nível do conselho em si, seja nos distritais, nas comissões locais de saúde.

Acho que existiu e existe ainda hoje alguns momentos de mais ascenso e mais descenso no nível do controle social, alguns momentos aonde a composição do conselho permitia maiores avanços e alguns momentos que ela enfraquecia de certa maneira.” (Entrevista realizada em 17/08/2005. Informante 05).

O CMS é composto ao todo por 36 membros efetivos e 36 suplentes com mesmo poder de participação (só não tem o poder do voto na condição de suplente), destes 25% são representantes de trabalhadores da área da saúde (09 membros), 25% representam o chamado segmento gestor e prestador de serviço (09 membros) e os outros 50% são usuários (18 membros). O último segmento, usuários, é composto por um conjunto de representações, desde a representação vinda um de cada distrito sanitário (09 membros), como representantes de sindicatos que não são da área da saúde, movimento de mulheres, e outros (09 membros restantes).

“Ele funciona com uma regularidade bastante efetiva, pelo menos uma reunião por mês do Conselho e na prática tem um conjunto de reuniões extraordinárias muito grande. Às vezes o conselho se reuniu quase quatro ou três vezes por mês. E todas as reuniões têm pauta de discussão.

O conselho tem uma estrutura bastante boa, do ponto de vista de estrutura material, tem uma participação grande nos eventos em geral, o Conselho consegue através da suas gestões, participar das atividades que existem na cidade, desenvolve as conferências, conduz as conferências de saúde, desde as conferências específicas à geral” (Entrevista realizada em 17/08/2005. Informante 05).

Quando questionado a respeito do tipo de participação que acontece no Conselho, se é uma participação real e profunda ou se é uma participação domesticada (POL, 1996)¹⁶, o entrevistado coloca que:

“Um pouco de ‘participação real e profunda’ acontece, eu acho que existe um conjunto de conselheiros que respondem por gravidade, não tem aí uma formação efetiva e portanto a composição fica um pouco enfraquecida. Isso que eu falei se abate mais aos conselhos distritais e comissões locais.

No geral do Conselho Municipal você tem hoje um conjunto de pessoas, que são pessoas que tem um nível de participação mais efetivo, tem formação mais consolidada, seja propiciada pelo próprio conselho, seja de outra natureza.

A participação domesticada acontece de maneira bem concreta em cidades do interior, pequenas, aonde o Conselho de Saúde é tutelado pela política local, pelo prefeito, pelo secretário municipal de saúde, e ele apenas existe de uma maneira cartorial, para responder as demandas que o Ministério Público coloca e de repasses que o município recebe e precisa ter o aval do conselho.

Não é o caso do Município de BH, muito pelo ao contrário.

Acho que a identidade dos conselhos municipais de saúde está, neste momento, precisando ser mais bem trabalhada, qual é o papel da gestão, qual é o papel do usuário, qual que é o papel do trabalhador na sua gestão dentro do conselho para não perder o foco e trazer para dentro do conselho demandas que não são próprias do conselho, por exemplo questões de sindicato – não trazer o sindicato para dentro do conselho” (Entrevista realizada em 17/08/2005. Informante 05).

Segundo o entrevistado, o controle social também é exercido através dos meios de rádiofusão, o qual na maioria das vezes dá ênfase a aspectos negativos (denúncias, negligência, maus tratos, insuficiência de infra-estrutura física...) e pelo Ministério Público.

Com relação às resoluções aprovadas pelo CMS, após pesquisa realizada ficou constatado que nenhuma resolução é dirigida ao foco desta pesquisa.

Por fim, o Plano Municipal de Saúde (PMS) não será apresentado pois esta pesquisa foi desenvolvida em um momento de ‘entre safra’ quando o PMS 2003/2004 já não correspondia ao momento atual e o PMS 2005/2006 ainda não havia sido concluído.

¹⁶ Conceito já apresentado na revisão de literatura.

5.1.2. Programas Intersetoriais – BH Cidadania

Iniciado em 2001, o BH Cidadania inaugurou em Belo Horizonte um novo modelo de gestão das Políticas Sociais, integrando as ações das secretarias de Assistência, Abastecimento, Cultura, Direitos de Cidadania, Educação, Esportes e Saúde, de acordo com os princípios da intersetorialidade, e atuando com foco na família e não no indivíduo, isoladamente (SCOMPS. BH Cidadania, 2004).

Estruturado a partir dos princípios da descentralização, intersetorialidade e territorialidade, o BH Cidadania foi implantado nas nove regionais da cidade, em áreas de grande vulnerabilidade social, identificadas por meio de diversos indicadores sociais, entre os quais o IQVU (Índice de Qualidade de Vida Urbana) e o IVS (Índice de Vulnerabilidade Social, que gerou o Mapa da Exclusão Social). Atualmente, o programa atinge 5.800 famílias, mas, com a implantação dos 14 novos núcleos, estima-se que 35 mil famílias serão beneficiadas, ou seja, cerca de 120 mil pessoas, em toda a cidade.

O objetivo geral do programa é promover a inclusão social das famílias residentes em áreas socialmente críticas, consolidando modelos integrados de atuação na área social.

Os objetivos específicos são:

- Garantir a acessibilidade aos bens e serviços de Saúde, Educação, Cultura, Esportes, Abastecimento, Assistência Social, Direitos da Cidadania e de Inclusão Produtiva;
- Reduzir fatores de risco e vulnerabilidade social das famílias;
- Promover relações de solidariedade entre os membros da comunidade;
- Disponibilizar um sistema único de informações cadastrais e de fluxo (entrada/ permanência/ saída) das famílias beneficiadas.

Os princípios norteadores são:

1. Descentralização: a dimensão executiva do processo de implementação das políticas públicas setoriais, de modo a garantir a equidade e a redistribuição de bens e dos serviços públicos de qualidade no espaço urbano.
2. Intersetorialidade: princípio que privilegia a integração matricial das políticas públicas urbanas e sociais, tanto na fase de sua formulação quanto na sua execução e monitoramento. Sua aplicação é condição necessária para superar a fragmentação existente no planejamento e na execução das

políticas setoriais e para garantir maior sinergia que supere as recorrentes superposições das diversas ações municipais.

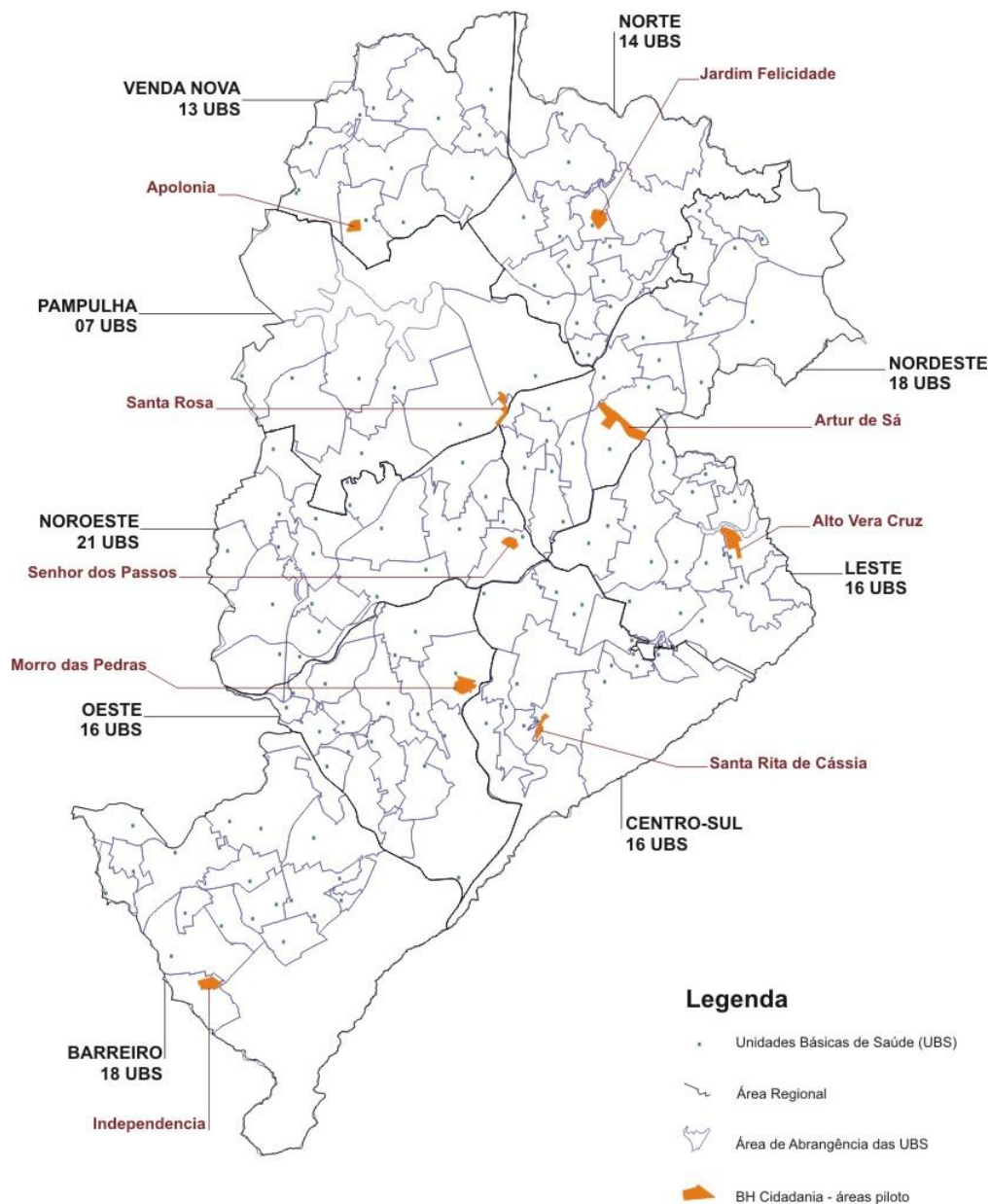
3. Territorialidade: O princípio de territorialidade está ligado diretamente à noção de diversidade. Consiste em elaborar o planejamento social após a definição de regiões ou áreas urbanas relevantes, que possuem características geográficas determinadas e certa oferta de bens e serviços. Assim, a forma de intervenção em uma região pode ser bastante diferente da intervenção em outra região, dependendo das necessidades de cada uma delas.
4. Participação Cidadã: O princípio de participação cidadã consiste em ampliar os mecanismos de inserção da sociedade na formulação, implementação e avaliação das políticas públicas. Busca-se, dessa forma, maior transparência dos processos de gestão pública e o estabelecimento de uma nova lógica na definição de prioridades de ação.

O BH Cidadania tem como foco famílias de território determinado pelo Mapa da Exclusão Social do município como áreas de elevado risco social e grupo de Pobreza I.

No entendimento deste trabalho um ponto que merece destaque é que o Programa BH Cidadania só é implantado em áreas com desenvolvimento em potencial. Ou seja, mesmo que se trate de uma área muito vulnerável, se ela estiver, por exemplo, em um fundo de vale, em uma área alagadiça, ou seja, sem a possibilidade de consolidação da comunidade neste ponto, o programa não é instalado nesta região. Mesmo que não seja necessária a remoção imediata, mas que já seja evidente a necessidade de remoção futura. Assim, em todas as áreas aonde são implantados o programa BH Cidadania, mesmo que o índice de vulnerabilidade social seja elevado, existe um potencial desenvolvimento latente nesta área.

Neste sentido, os critérios para seleção de áreas para expansão do BH cidadania devem atender a três critérios: expansão por mancha nível I de vulnerabilidade social do Mapa da Exclusão, áreas com características urbanas e planejamento definidos e áreas com espaço físico adequado às intervenções do programa.

BH CIDADANIA - áreas piloto



MAPA 03: Mapa com a indicação das nove áreas piloto do BH Cidadania já em funcionamento ou em fase de implantação. (Base SCOMPS)

A funcionária do gabinete da SMSA-BH, responsável pelos programas de atenção básica a saúde, afirma a respeito do BH Cidadania:

“BH cidadania é um projeto inovador porque hoje a gente sabe que ações e os agravos em saúde e as ações que se toma em relação a determinados agravos, por exemplo a violência doméstica, a drogadição, depressão em idosos... são questões, problemas da comunidade que exigem

ações da saúde mas exigem ações para muito além de saúde... Porque a gente acolhe um caso de violência à mulher, violência doméstica, você atende, você cura lesão, às vezes você até faz uma abordagem familiar, às vezes com a equipe de saúde mental... mas tira-lá daquela situação é muito maior do que a própria saúde, né.

E o BH CIDADANIA ele surge quando surgiu a reforma administrativa da Prefeitura no ano de 2000. Pensou-se numa secretaria de coordenação das políticas sociais (SCOMPS) onde saúde, educação, assistência social, cultura, esporte, direitos da cidadania e abastecimento se vinculavam a esta secretaria.

E ele veio mesmo no sentido de qualificar a vida das famílias mais vulneráveis da cidade, àquelas que tinham pouco acesso às ações de esporte, às ações de cultura, às ações de lazer, às ações da própria assistência social. Elas tinham o direito universal, em termos né, à saúde e a saúde já era mais universalizada, a educação era universalizada mais nem tanto, por exemplo, as escolas de educação infantil nem existiam. No sentido de garantir estes direitos à estas políticas. E além disso, você qualificar a vida deles tanto do ponto de vista da saúde, tanto do ponto de vista da educação, mas quanto do ponto de vista de proporcionar ações de socialidade, de possibilidade para eles na questão da cultura, na questão do esporte. Porque aí você intervindo na população mais precocemente, tornando um pouco diferente a vida delas, assim como nós, as pessoas que temos uma vida melhor, e gente pode ir a um espetáculo cultural, fazer aulas de ballet, de computação... Quer dizer estas comunidades elas... o projeto é todo idealizado neste sentido de qualificar a vida das pessoas, de dar oportunidades novas para elas” (Entrevista realizada em 07/07/2005. Informante 02).

O espaço físico do BH cidadania é composto por uma série de equipamentos que compõe a rede de serviços de atendimento local, estes equipamentos estão divididos em três eixos básicos:

1. Eixo Educação _ UMEI (unidade de educação infantil)
Escolas Municipais de Ensino Fundamental
2. Eixo Saúde _ Centros de Saúde (UBS) e ESF e ACS
Serviço de atenção à saúde bucal (que podem funcionar ou na UBS ou no Centro BH Cidadania)
3. Eixo Socialidade _ NAF (núcleo de apoio à família)
Campos de Futebol, Quadras e Praças
Centros Culturais
Centro BH-Cidadania Equipados
Quadras Poliesportivas Equipadas

O Centro BH Cidadania deverá contar com espaços adequados à realidade do local, entretanto, certos serviços/espacos é possível que sejam comuns a todos os centros, são eles:

Centro BH Cidadania -Espaço físico do eixo socialidade			
Serviços	Descrição	Utilização de espaços	Beneficiários diretos
<i>Assistência Social</i>	- Núcleo de Atenção à Família (NAF)	- 01 NAF Equipado c/3 salas de atendimento	Comunidade
<i>Inclusão Digital</i>	- Consulta à Internet	- Sala de Inclusão Digital	Comunidade
<i>Beagalê</i>	- Ponto de Leitura	- 1 Sala Equipada	Comunidade
<i>Direitos de Cidadania</i>	- Mediação de conflitos - Formação para cidadania	- Auditório Multiuso - Sala de Atendimento NAF	Comunidade
<i>Jornada Complementar à Escola</i>	Curriculum: -Reforço escolar -Arte e Cultura -Esportes -Fortalecimento de vínculos familiares e comunitários	- 01 Sala Reforço Escolar Equipada - 03 Salas Arte Equipadas - 01 Quadra poliesportiva	- 200 crianças de 6 a 10 anos - 200 adolescentes de 11 a 14/ anos
<i>Oficinas para Jovens</i>	- Arte e Cultura - Esporte Esperança - Inclusão Digital	- 02 Salas Equipadas - 01 Quadra Poliesportiva - 01 Sala Equipada com 10 computadores	- 400 jovens de 15 a 18 anos - 1000 jovens de 15 a 24 anos

O projeto de expansão do programa prevê para cada um dos núcleos a construção de um "Centro BH Cidadania", que irá abrigar os NAF (Núcleos de Atenção Familiar), salas para as oficinas de esporte e cultura, pontos de leitura, auditório multiuso, "Casa do Brincar", salas de atendimento e uma base de operação da Guarda Municipal. Além do Centro BH Cidadania, as áreas onde se localizam o Programa deverão contar com uma UMEI (Unidade Municipal de Educação Infantil, com funcionamento em período integral para crianças de 0 a 6 anos); e quadras poliesportivas. Os Centros de Saúde que atendem estas áreas terão investimento em saúde bucal (SCOMPS. BH Cidadania, 2004).

Enfim, é muito importante atentar para o contexto local, para que a intervenção (Centro BH Cidadania, UMEI, UBS...) vá se consolidando e sendo incorporada/apropriada pela comunidade. Que a comunidade reconheça o valor da intervenção e que esta não lhe seja hostil. Neste sentido, o funcionário da SCOMPS e da coordenação do BH Cidadania, em entrevista no dia 18 de agosto de 2005 faz a seguinte consideração:

“Mesmo quando a gente fala de participação, eu estou falando enquanto gestor da política pública. A participação é uma coisa que a gente ainda tá apropriando o que é participação popular. Por que a gente ainda vai com a coisa muito pronta, quando a gente faz projeto, a gente elabora o que a comunidade precisa, a gente ainda parte do pressuposto de que é a gente que sabe.

Então apesar da gente convidar, quando a gente fala participação popular, na maioria das vezes é só um informe do que a gente vai fazer.

Então a gente chega, é legal: Vai ter um posto de saúde aqui, vai ter uma escola, é legal a gente já chega apresentando a maravilha que vai ser.

E sendo que para incorporar aquele equipamento primeiro você tem que entender o contexto, você não pode por ali um posto de saúde isolado, você tem que entender quais são as demandas no todo dessa comunidade. Então você chega ali achando que só um posto resolve, você está ignorando que tem outras carências ou um sistema em rede que tem que funcionar, para este posto inclusive desempenhar o seu papel.

E é isso que a gente chama de política pública, de trazer as coisas um pouco que picadas.

Então a hora de chegada numa escola nova, esta escola sem o esgoto tratado, sem as ruas pavimentadas, sem o posto de saúde, o que é que você causa na comunidade?

Esta escola não serve!! Ela se torna até uma afronta diante da realidade que você vive quotidianamente, eu entro numa escola que está linda, que tem comida e tal e volto por um beco aonde o esgoto tá passando pelo meu quintal. Então você tem uma dificuldade de aceitação.

É diferente de quando você propõe construir junto, que vai desde assim: O que é que esta vila precisa; Quais são os projetos que nós pensamos; Qual são as demandas que vocês tem; E qual é a liberdade que a gente tem de montar; Como que isso vai chegar; Como que a gente vai utilizar?

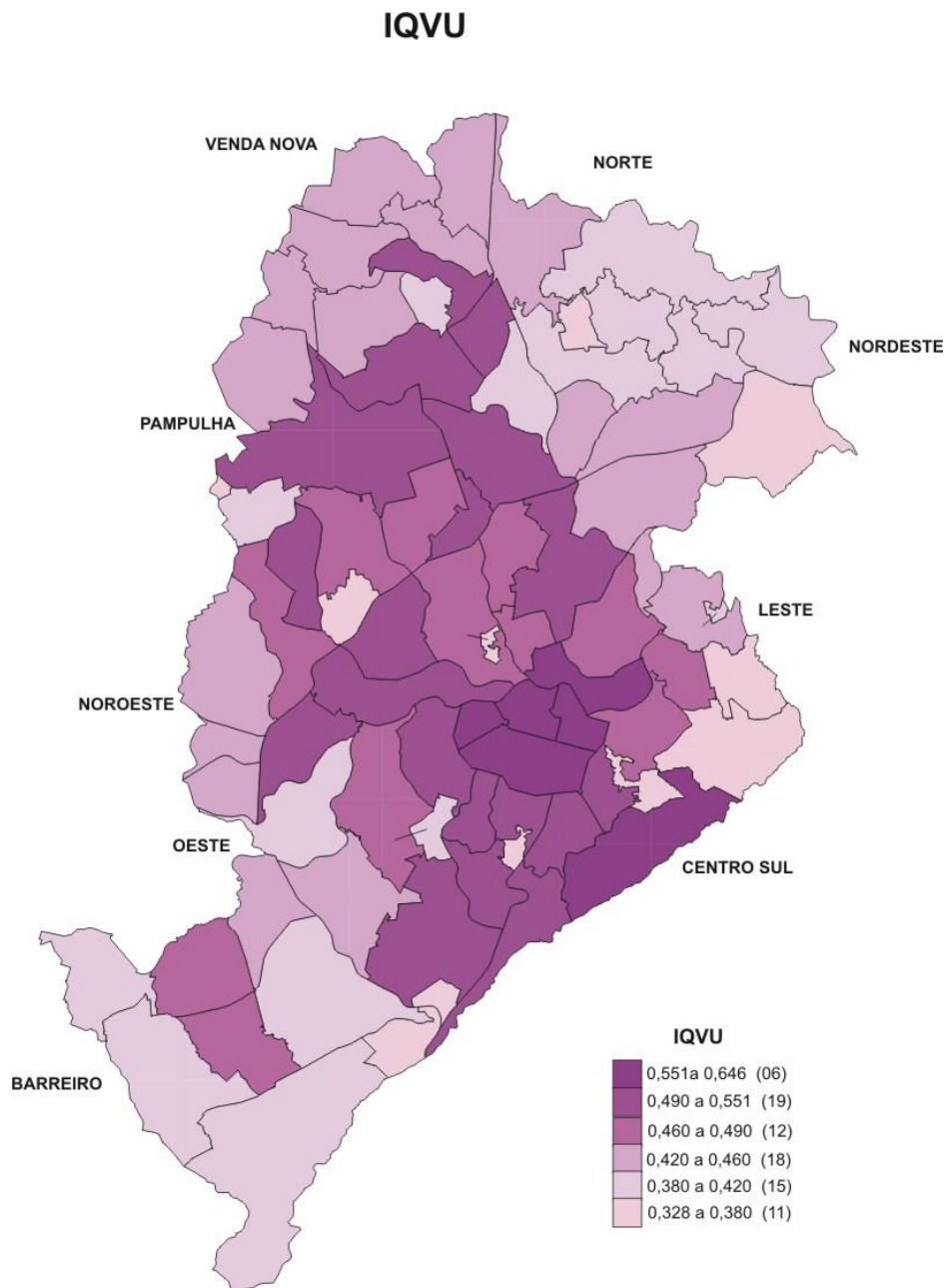
Por que aí você trabalha conceitos inúmeros, que é inclusive o que a gente fala de cidadania. Você entra com equipamento mas através dele você discute tudo. Como que esta comunidade reivindica, então tudo bem ainda precisa de uma rua, para este posto estar legal você precisa de uma rua. Quais são as fontes que vocês podem conseguir esta rua? É orçamento participativo? É vinculando a financiamento?" (Entrevista realizada em 18/08/2005. Informante 06).

O programa **BH Cidadania** procura alcançar maiores níveis de eficiência e eficácia, com menos burocracia e maior permeabilidade dos aparatos do Estado (Pensar, n.3, 2004).

- **Os Mapas – IQVU / IVS**

O Índice de Qualidade de Vida Urbana (IQVU) e o Índice de Vulnerabilidade Social (IVS) foram formulados de maneira a possibilitar uma comparação entre as diferentes condições de vida existentes em Belo Horizonte e assim, oferecer subsídio à tomada de decisões pelo Planejamento Municipal e o monitoramento da qualidade de vida na cidade. Ambos apresentam características processuais e estruturais comuns, apesar de expressarem conceitos diferentes (<http://portal4.pbh.gov.br/pbh/pgEDOCUMENT>. Acessado EM 10/05/04)

O IQVU buscou mensurar a oferta de serviços e recursos urbanos bem como o acesso da população aos mesmos, apresentando-se como um índice essencialmente urbanístico.



MAPA 04: Mapa com IQVU. Fonte: Prefeitura de Belo Horizonte (PBH) / Secretaria Municipal de Planejamento (SMPL)

Elaborado para instrumentalizar uma distribuição mais equânime dos recursos públicos municipais, o IQVU buscou expressar a oferta e o acesso da população a serviços e recursos urbanos

relacionados a onze variáveis temáticas: abastecimento, assistência social, cultura, educação, esportes, habitação, infra-estrutura urbana, meio ambiente, saúde, segurança urbana e serviços urbanos (como postos de gasolina, correios e outros)

VARIÁVEIS	COMPONENTES	INDICADORES
1-ABASTECIMENTO	Equipamentos de Abastecimento	- Área por habitante de hiper e supermercados, mercearias, restaurantes e similares.
	Cesta Básica	- Economia de compra possível.
2- ASSISTÊNCIA SOCIAL	Equipamentos	- Número de entidades de Assistência Social
3- CULTURA	Meios de Comunicação	- Tiragem por habitante de jornais locais
	Patrimônio Cultural	- Número de bens tombados, de grupos culturais.
	Equipamentos Culturais	- Número de equipamentos e frequência de público. - Área por habitante de livrarias e papelarias.
	Programações artístico-culturais	- Número e frequência às atividades culturais oferecidas.
4- EDUCAÇÃO	Pré-Escola	- Taxa de matrícula e número de alunos/turma.
	- Primeira a quarta série - Quinta a oitava série - Segundo grau	- Taxa de matrícula, n ^o . de alunos por turma e índice de aproveitamento (para os três componentes).
	Equipamentos Esportivos	- Área por habitante de: quadras, piscinas, campos, clubes e congêneres.
5- ESPORTES	Promoções Esportivas	- Número de eventos esportivos e frequência de público.
	Disponibilidade de habitação	- Área construída por habitante, sujeita a IPTU. - Padrão de acabamento das moradias.
6- HABITAÇÃO	Conforto habitacional	- Número de pessoas por dormitório.
	Limpeza Urbana	- "Nota" para coleta de lixo, varrição e capina.
7- INFRA-ESTRUTURA URBANA	Saneamento	- Taxa e frequência de fornecimento de água tratada. - Disponibilidade de rede de esgoto.
	Energia Elétrica	- Taxa de fornecimento domiciliar. - Iluminação pública.
	Telefonia	- Porcentagem de ruas com rede telefônica. - Qualidade das ligações (descongestionamento).
	Transporte coletivo	- Possibilidade de acesso de transporte (pavimentação de vias). - Número e conforto dos veículos (BHTRANS)
	Conforto Acústico	- Número de ocorrências de perturbações ruidosas
8- MEIO AMBIENTE	Qualidade do ar	- Autuações de veículos de transporte coletivo
	Área Verde	- Área com cobertura vegetal por habitante
	Atenção à Saúde	- Número por habitante de: leitos hospitalares, postos de saúde, outros equipamentos de Assistência Médica e equipamentos odontológicos.
9- SAÚDE	Vigilância à Saúde	- Taxa de sobrevivência até um ano - Taxa de nascidos com peso normal
	10- SERVIÇOS URBANOS	Serviços pessoais
Serviços de Comunicação		- Número de agência de correio, bancas de revistas e telefones públicos. - Funcionamento dos telefones públicos
11- SEGURANÇA URBANA	Atendimento Policial	- Número de equipamentos, efetivo policial e viaturas. - Tempo de espera para atendimento policial.
	Segurança Pessoal	- Ausência de: homicídios, tentativas de homicídios, violações de domicílio, estupro, roubos, porte ilegal de armas, atentados ao pudor e lesões corporais.
	Segurança Patrimonial	- Ausência de roubo e furto de veículos e a moradias e estabelecimentos.
	Segurança no Trânsito	- Ausência de acidentes com ou sem vítimas, ocasionados por direção perigosa de veículos, abalroamentos, colisões, choques, atropelamentos e capotamentos.
	Segurança Habitacional	- Grau de predisposição ao risco geológico

Variáveis utilizadas no IQVU. Fonte: Prefeitura de Belo Horizonte (PBH) / Secretaria Municipal de Planejamento (SMPL)

Sendo um índice essencialmente urbanístico, foram considerados indicadores que abrangessem a unidade espacial como um todo (e não apenas os domicílios), como os indicadores de infra-estrutura,

que dimensionam a extensão de vias com o serviço considerado. Outro aspecto essencial é que o cálculo do IQVU procura considerar o fato de que a população acessa serviços também fora do seu local de moradia; desta forma, o valor final é corrigido por uma "medida de acessibilidade", calculada a partir do tempo de deslocamento entre as unidades espaciais, utilizando-se o transporte coletivo. Da forma como está estruturado, o índice mostra-se útil à gestão urbana setorial e regional, permitindo identificar os lugares da cidade onde a oferta e o acesso aos serviços é menor e em que investir para elevar o IQVU destes lugares. Além disto, a construção do índice gerou um banco de dados inédito na história da cidade e de fácil acesso pelo público. Tendo sido divulgado pela primeira vez em 1996, foi utilizado como critério de distribuição de verbas na cidade, no Orçamento Participativo-Regional/2000 (Secretaria Municipal de Planejamento –PMPL/PBH).

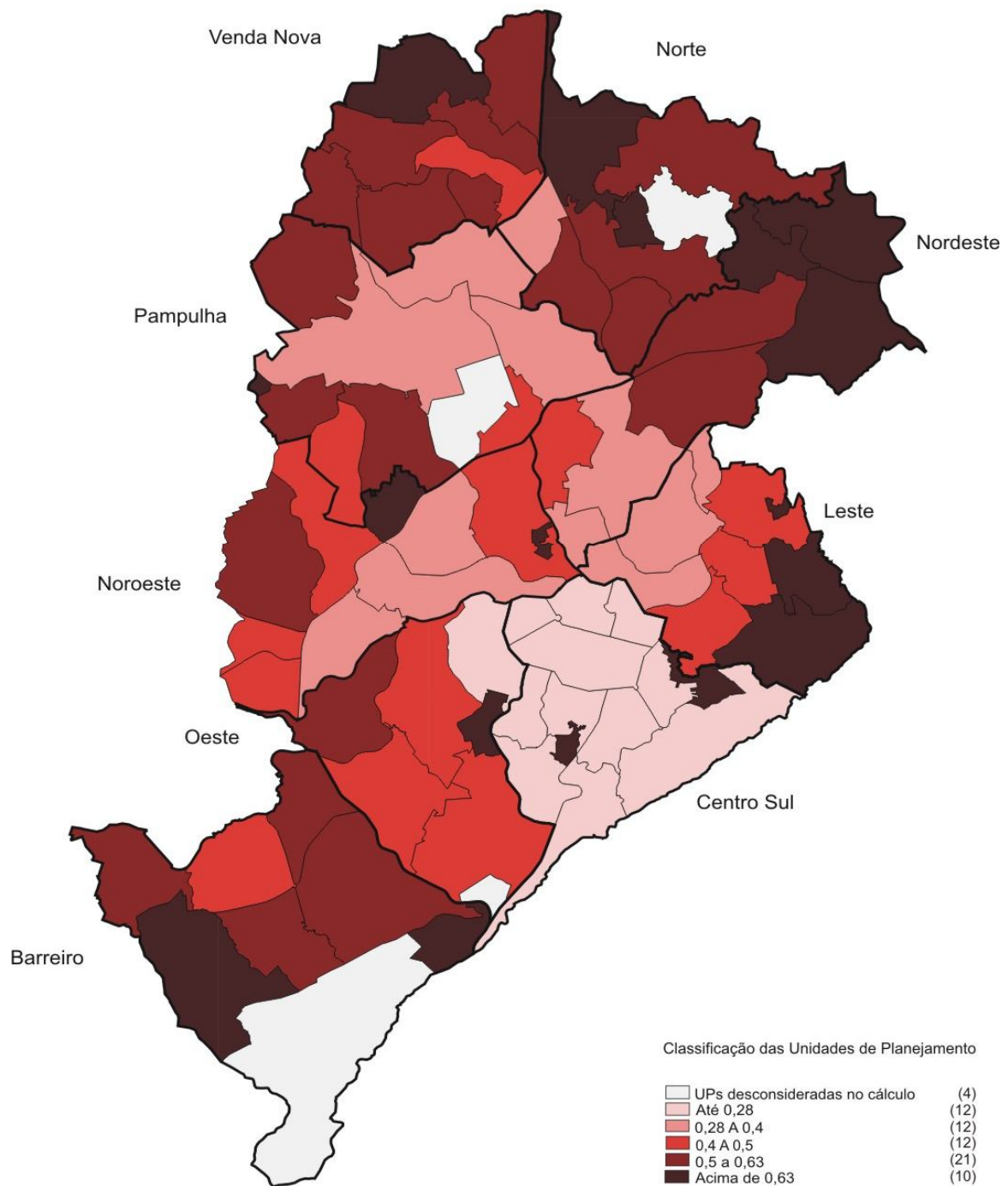
O orçamento participativo (OP) constitui o próximo tópico a ser abordado por esta pesquisa.

É interessante notar que tanto o IQVU, quanto o IVS apresentam um mapa por variável. Então por exemplo, o IQVU possui 11 variáveis, existem 11 mapas correspondentes a cada variável e um ‘mapa resumo’ (o IQVU propriamente dito) que aglutina todos de acordo com o peso atribuído a cada variável.

Um outro ponto comum aos dois índices, e que vale a pena ser considerado, é que a unidade de planejamento (UP) nos dois casos são as 81 unidades intra-municipais de planejamento (bairros) de acordo com a Secretaria Municipal de Planejamento, o que diverge da unidade de planejamento do MVSaúde, no qual as unidades de planejamento são os setores censitários de acordo com o IBGE.

O Índice Vulnerabilidade Social (IVS) é um índice que procura caracterizar sob vários aspectos, a população do lugar, apresentando-se como um índice essencialmente populacional. Tendo sido calculado a partir de indicadores que visam determinar o acesso da população a determinadas ‘Dimensões de Cidadania’- ambiental, econômica, jurídica e de sobrevivência – este índice buscou dimensionar a qualidade de vida em cada lugar da cidade, a partir da expressão dos moradores do lugar.

Índice de Vulnerabilidade Social



MAPA 05: Mapa Exclusão Social (IVS). Fonte: Prefeitura de Belo Horizonte (PBH) / Secretaria Municipal de Planejamento (SMPL) e Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social (SMDS).

As seis dimensões ou variáveis envolvidas na execução do IVS serão apresentadas na tabela a seguir:

IVS	NÍVEIS DE AGREGAÇÃO		
	DIMENSÕES DE CIDADANIA	VARIÁVEIS	INDICADORES
AMBIENTAL	Acesso a Moradia	Densidade domiciliar	Qualidade do domicílio
	Acesso aos serviços de infra estrutura urbana	Infra -estrutura básica	
CULTURAL	Acesso à educação	Índice de escolaridade relativa	
ECONÔMICA	Acesso ao trabalho	Taxa de ocupação formal/informal	
	Acesso à renda	Renda familiar "per capita"	
JURÍDICA	Acesso à assistência jurídica	Acesso à assistência jurídica privada	
SEGURANÇA DE SOBREVIVÊNCIA	Acesso aos serviços de saúde	Mortalidade neo e pós-neo natal	
	Garantia de segurança alimentar	Atendimentos de crianças por desnutrição	
	Acesso à previdência social	Benefícios da previdência pública	

Variáveis utilizadas no IVS. Fonte: Prefeitura de Belo Horizonte (PBH) / Secretaria Municipal de Planejamento (SMPL) e Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social (SMDS).

Do ponto de vista conceitual, o IVS representa um complemento do IQVU: “*este último produz uma qualificação do lugar e aquele, da população do lugar*” (<http://portal4.pbh.gov.br/pbh/pgEDOCUMENT>. Acessado em 10/05/04).

5.1.3. Orçamento Participativo

O Orçamento Participativo (OP) acontece no município de Belo Horizonte desde 1994.

O OP é visto como um grande programa de planejamento urbano, traduzindo-se em uma experiência positiva que fortalece a democratização da gestão pública, associando planejamento e participação popular na definição das políticas municipais (PMBH. OP 10 anos. 2003).

Malta et al (2000) coloca que as experiências de Orçamento Participativo em curso no país, em geral vinculadas a projetos democráticos populares, expressam decisão política de ampliação do espaço democrático. Os resultados destes processos são imensos e fundamentais, no sentido de ampliar as possibilidades de controle social sobre o Estado e os governantes, rompendo com os limites da

democracia minimalista, exercida pela a escolha dos governantes através pelo voto, com a delegação de poder decisório, que lhes confere a prerrogativa da condução e deliberação política durante o mandato.

“A prática do OP estabelece novos referenciais para a administração pública e para população, seja através da ampliação da apropriação de informações e conhecimentos técnicos por parte da sociedade civil, seja pela introdução do exercício de se decidir o que fazer com os recursos existentes, representando uma revitalização do setor público, ampliando espaços decisórios e conseqüentemente as possibilidades democráticas.” (MALTA et al, 2000, 01)

Segundo o mesmo autor, do ponto de vista do Estado, o OP conduz à necessidade de busca de eficiência e eficácia, tornando-se necessária a modernização da máquina/gestão estatal, a introdução de critérios gerenciais, a definição de metas, prazos, priorização dos recursos etc...

Este modelo possibilita também, graças à consulta e à deliberação popular, uma abordagem preventiva dos problemas sociais e urbanos, o que contribui para a prevenção de catástrofes, para erradicação de doenças geradas pela falta de saneamento e colabora, efetivamente, para a melhoria da condição de vida da população socialmente mais vulnerável da cidade (PMBH. OP 10 anos. 2003).

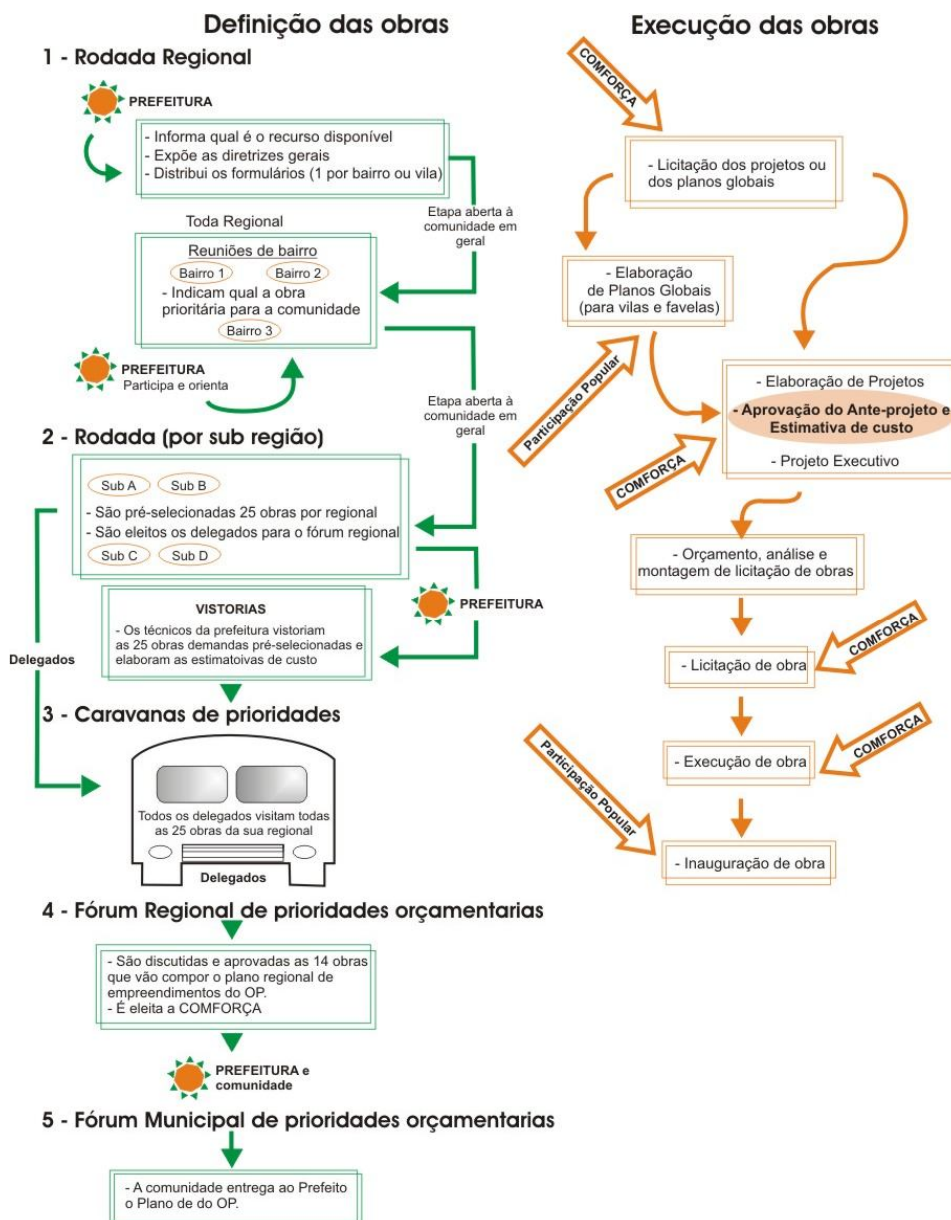
Neste sentido, Malta et al (2000) acrescenta que o OP possibilita a inversão de prioridades, realizando investimentos em áreas relegadas a um plano secundário, possibilitando que empreendimentos nestas regiões ganhem chance de viabilização, vocalizando demandas reprimidas, e iniciando o processo de investimento em setores anteriormente não priorizados pelo poder público.

“O processo de mobilização é muito fácil. Atualmente as pessoas já estão politizadas e acostumadas a participar. Sabem que só com a participação nós conquistamos benefícios. O que mudou, é que hoje nós definimos o que é prioridade. Nós não somos levados pelos políticos; hoje nos mobilizamos e conquistamos. As pessoas da minha geração estavam acostumadas a conseguirem as coisas através de favores políticos. A juventude já está convivendo com a participação popular e aprendeu que nada é de favor, que é com luta é que se conquistam benefícios. O OP dá abertura para que as pessoas falem das necessidades de sua região e assim exercem a cidadania – Depoimento da representante da comunidade da Vila Itamarati” (PMBH. OP 10 anos, 2003, 14).

Um outro ponto que merece destaque é que os empreendimentos aprovados tem escopo definido e valores pré estimados, garantindo transparência e precisão do compromisso firmado (MALTA et al, 2000).

A dinâmica de funcionamento do OP consiste em realizar plenárias regionais, com o levantamento das demandas de empreendimentos pela população e a escolha de seus delegados, aprovando-se então num fórum, o plano regional de empreendimentos, com definição das obras a serem executadas e elegendo-se a Comissão de Acompanhamento e Fiscalização do Orçamento – COMFORÇA. No conjunto de regras do OP cabe destacar: exigência de pelo menos 01 empreendimento em cada sub região e o impedimento de se aprovar mais de um empreendimento por bairro, são critérios que permitem uma distribuição geográfica mais uniforme.

“Quanto a execução orçamentária, o OP permite ainda o aumento da transparência, ampliando os canais de interlocução com a população” (MALTA et al, 2000, p. 01)



Esquema 12 – Como funciona o OP (PMBH. OP 10 anos, 2003, p. 06)

Com relação a forma de distribuição dos recursos além de alguns critérios já citados, o IQVU também é um instrumento utilizado, entretanto esta pesquisa não entrará no mérito desta questão visando não estender excessivamente o assunto e fugir do foco proposto.

- **OP 2005/2006**

O plano regional de empreendimentos do OP 2005/2006 inicia-se com um texto de apresentação assinado pelo Prefeito Fernando Pimentel, no qual é colocado que a regularidade e a continuidade deste

procedimento, ao longo de mais de dez anos de sua realização, permitiram que o OP se tornasse o maior programa de obras da cidade.

Segue afirmando que a experiência tem sido constantemente aprimorada e os resultados compartilhados com outras cidades, o que contribuiu para que o OP de Belo Horizonte seja referência nacional e internacional, reconhecido como prática bem sucedida e inovadora¹⁷ (PMBH. Plano Regional de Empreendimentos OP 2005/2006).

“O balanço positivo da participação popular em BH nas etapas do OP pode ser avaliado como decorrente da sua credibilidade, que vem sendo consolidada pela população há mais de uma década. O orçamento participativo é reconhecido nas comunidades, como espaço real para o encaminhamento de suas demandas e para consecução dos benefícios almejados” (PMBH. Plano de Empreendimentos OP 2005/2006, 06)

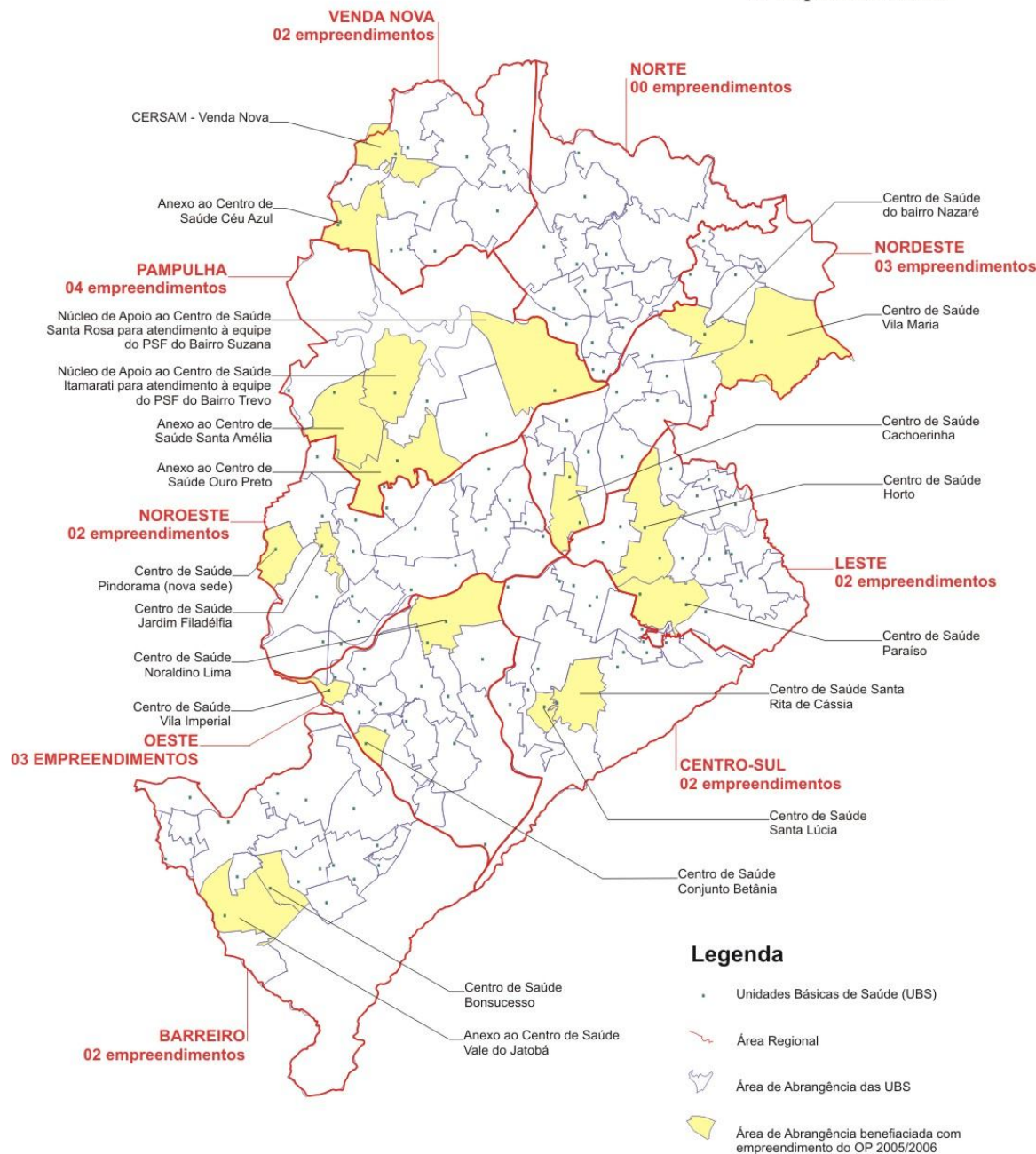
No OP as obras aparecem subdivididas por setor temático, saúde, educação etc... As obras da temática saúde aprovadas no OP 2005/2006 totalizam 20 empreendimentos.

A funcionária do setor de arquitetura da SMSA-BH coloca que a construção ou reforma de UBS está na maioria dos casos condicionada à aprovação pelo orçamento participativo.

“Nós estamos no ano de 2005, nós estamos agora construindo unidades do OP de 2001. Então nós temos ainda OPs e construções a serem feitas planejadas em 2002, 2003 e 2004. Então nós devemos ter mais ou menos, para você ter uma idéia o OP 2005 que nós acabamos de planejar o escopo dele, ele são 20 unidades. Eu não vou dizer à você que são unidades novas (...) são unidades ou novas ou que vão substituir as existentes. Novas que eu falo seriam novas sedes. E substituir (as existentes) seria substituir o equipamento ou seja a gente não vai aumentar recursos humanos, custeio, etc. A gente vai trocar este centro de saúde por outro mantendo rh, equipamentos. Uma substitui equipamento, outra cria equipamento novo” (Entrevista realizada em 24/06/2005. Informante 04)

¹⁷ O OP BH foi premiado em junho 2004 em Nova Iorque com o Prêmio do Serviço Público oferecido pela ONU (Organização das Nações Unidas), na categoria Aprimoramento dos Processos dos Serviços Públicos (PMBH. Plano de Empreendimentos OP 2005/2006)

Orçamento Participativo 2005/2006 - empreendimentos aprovados - temática Saúde
20 empreendimentos



Mapa 06 – Empreendimentos aprovados na temática saúde no OP 2005/2006

Este mapa foi desenvolvido pela própria pesquisadora com base oferecida pela SMPL/PMBH, com o objetivo de facilitar a visualização dos empreendimentos em base territorial, bem como sua respectiva área de abrangência.

A seguir será apresentada a listagem destes empreendimentos conforme consta no Plano de Empreendimentos do OP 2005/2006.

	EMPREENDIMENTO	ESCOPO	ENDEREÇO	BAIRRO	ORGÃO EXECUT.	VALORES
Barreiro (2)	Anexo ao CS Vale do Jatobá (07)	Construção (514m²)	Rua Luis Leite de Farias, 171	Vale do Jatobá	SCOMURBE/ SMEU/ SCOMPS/ SMSA	Projeto/PGE _ R\$ 52.359,00 Equipamento _ R\$ 42.200,00 Obra _ R\$ 800.338,00 Custo total _ R\$ 894.897,00
	CS Bom Sucesso (11)	Aquisição de imóvel onde funciona o CS	Rua Antônio Praça Piedade, 68	Vila Germânia	SCOMURBE/ SMEU/ SCOMPS/ SMSA	Desapropriação _ R\$ 80.000,00 Custo total _ R\$ 80.000,00
Centro Sul (2)	CS Santa Rita de Cássia (17)	Reforma do prédio existente e ampliação	Rua Cristina, 961	São Pedro	SCOMURBE/ SMEU/ SCOMPS/ SMSA	Projeto/PGE _ R\$ 21.363,00 Equipamento _ R\$ 9.238,00 Obra _ R\$ 385.753,00 Custo total _ R\$ 416.354,00
	CS Santa Lúcia (20)	Rampliação do CS (266m²)	Av. Arthur Bernades, 125	Barragem Santa Lúcia	SCOMURBE/ SMEU/ SCOMPS/ SMSA	Projeto/PGE _ R\$ 29.421,00 Equipamento _ R\$ 11.567,00 Obra _ R\$ 531.258,00 Custo total _ R\$ 572.246,00
Leste (2)	CS Horto (32)	Construção (670m²) OBS: Será necessária a aprovação do parcelamento	Rua 841, s/n	Horto	SCOMURBE/ SMEU/ SCOMPS/ SMSA	Projeto/PGE _ R\$ 60.681,00 Obra _ R\$ 928.466,00 Custo total _ R\$ 989.147,00
	CS Paraíso (35)	Desapropriação. Construção da nova sede (750m²)	Av. Mem de Sá, 1001 esquina com Rua Jaú	Paraíso	SCOMURBE/ SMEU/ SCOMPS/ SMSA	Projeto/PGE _ R\$ 72.752,00 Equipamento _ R\$ 29.236,00 Desap. _ R\$ 400.000,00 Obra _ R\$ 1.112.066,00 Custeio _ R\$ 36.294,00 Custo total _ R\$ 1.650.348,00
Nordeste (3)	CS do bairro Nazaré (45)	Desapropriação e construção (770m²)	Rua Cruz de Malta entre Rua Marco Aurélio e Rua Aristóteles	Nazaré	SCOMURBE/ SMEU/ SMSA	Projeto/PGE _ R\$ 78.833,00 Equipamento _ R\$ 64.000,00 Obra _ R\$ 1.205.014,00 Desapropriação _ R\$ 94.600,00 Custo total _ R\$ 1.442.447,00
	CS Cachoeirinha (46)	Construção (705m²)	Rua Nossa Senhora da Paz, Rua Borborema	Cachoeirinha	SCOMURBE/ SMEU/ SCOMPS/ SMSA	Projeto/PGE _ R\$ 70.020,00 Obra _ R\$ 1.070.308,00 Custeio _ R\$ 58.500,00 Custo total _ R\$ 1.180.328,00
	CS Vila Maria (48)	Desapropriação, construção (645m²)	Rua D e Rua Vai e Volta/ Avenida dos Sociais	Vila Maria	SCOMURBE/ SMEU/ SCOMPS/ SMSA	Projeto/PGE _ R\$ 74.299,00 Equipamento _ R\$ 40.000,00 Desap. _ R\$ 204.000,00 Obra _ R\$ 1.135.710,00 Custo total _ R\$ 1.454.009,00
Noroeste (2)	CS Pindorama – nova sede (64)	Desapropriação e construção	Rua Jacarei, 451, Rua Rutilo, Rua Cachoeira da Prata	Pindorama	SCOMURBE/ SMEU/ SCOMPS/ SMSA	Projeto/PGE _ R\$ 63.203,00 Equipamento _ R\$ 20.135,00 Custeio _ R\$ 10.910,00 Obra _ R\$ 966.104,00 Custo total _ R\$ 1.190.352,00
	CS Jardim Filadélfia (66)	Ampliação (306m²), reforma	Rua Régida, 309 – Trecho Rua Catite /Rua Berenice Prates	Jardim Filadélfia	SCOMURBE/ SMEU/ SCOMPS/ SMSA	Projeto/PGE _ R\$ 21.849,00 Equipamento _ R\$ 10.909,00 Custeio _ R\$ 6.767,00 Obra _ R\$ 394.535,00 Custo total _ R\$ 434.060,00
Oeste (3)	CS Vila Imperial (85)	Construção (662,85m²)	Rua Guilherme P Fonseca com Faustino Assunção	Madre Gertrudes	SCOMURBE/ SMEU/ SCOMPS/ SMSA	Projeto/PGE _ R\$ 61.330,00 Equipamento _ R\$ 80.000,00 Obra _ R\$ 937.475,00 Custo total _ R\$ 1.078.805,00
	CS Noraldino Lima (88)	Ampliação (252m²) reforma (479m²)	Rua Junquilhos, 4373	Nova Suíça	SCOMURBE/ SMEU/ SCOMPS/ SMSA	Projeto/PGE _ R\$ 33.185,00 Equipamento _ R\$ 10.344,00 Obra _ R\$ 599.226,00 Custo total _ R\$ 642.755,00
	CS Conjunto Betânia (92)	Construção (662,85m²)	Rua Onã, 45	Betânia	SCOMURBE/ SMEU/ SCOMPS/ SMSA	Projeto/PGE _ R\$ 61.330,00 Equipamento _ R\$ 11.625,00 Obra _ R\$ 937.475,00 Custo total _ R\$ 1.010.430,00
Pampulha (4)	Núcleo de apoio ao CS Itamarati para atendimento à equipe do PSF do bairro Trevo (96)	Desapropriação e Construção (98m²)	Rua José Simplício Moreira, 1141	Trevo	SCOMURBE/ SMEU/ SCOMPS/ SMSA	Projeto/PGE _ R\$ 10.780,00 Desapropriação _ R\$ 40.000,00 Custeio _ R\$ 10.270,86 Equipamento _ R\$ 7.721,42 Obra _ R\$ 217.341,90 Custo total _ R\$ 286.114,00

	EMPREENDIMENTO	ESCOPO	ENDEREÇO	BAIRRO	ORGÃO EXECUT.	VALORES
	Núcleo de apoio ao CS Santa Rosa para atendimento à equipe do PSF do bairro Suzana (98)	Desapropriação e reforma da edificação (157m²)	Rua Piracema, 431 – esquina com Rua Cagerana Quadra 59 lote 05	Vila Suzana	SCOMURBE/ SMEU/ SCOMPS/ SMSA	Projeto/PGE _ R\$ 7.754,00 Desapropriação _ R\$ 55.000,00 Custeio _ R\$ 20.545,92 Equipamento _ R\$ 7.600,71 Obra_ R\$ 140.008,00 Custo total _ R\$ 230.909,00
	Anexo ao CS Santa Amélia (102)	Desapropriação e ampliação (202,50m²)	Rua Engenheiro Pedro Bax, 220 e Antônio Eglydro de Lima	Santa Amélia	SCOMURBE/ SMEU/ SCOMPS/ SMSA	Projeto/PGE _ R\$ 28.986,00 Desapropriação _ R\$ 36.000,00 Custeio _ R\$ 6.219,72 Equipamento _ R\$ 5.296,17 Obra_ R\$ 523.408,00 Custo total _ R\$ 599.910,00
	Anexo ao CS Ouro Preto (103)	Ampliação (192m²)	Avenida Jonas Jean, 77	Ouro Preto	SCOMURBE/ SMEU/ SCOMPS/ SMSA	Projeto/PGE _ R\$ 18.002,00 Custeio _ R\$ 6.219,72 Equipamento _ R\$ 7.120,48 Obra_ R\$ 325.073,00 Custo total _ R\$ 356.415,00
Venda Nova	Anexo ao CS Céu Azul (113)	Desapropriação e reforma d imóvel p/ adequação do mesmo às necessidades de CS (280m²)	Rua Alice Marques, 207	Céu Azul	SCOMURBE/ SMEU/ SCOMPS/ SMSA	Projeto/PGE _ R\$ 6.894,00 Desaprop _ R\$ 120.000,00 Equipamento _ R\$ 60.489,00 Obra_ R\$ 124.481,00 Custo total _ R\$ 311.864,00

Empreendimentos da temática saúde aprovados no OP 2005/2006 (PMBH. Plano de empreendimentos OP 2005/2006).

5.2. O ESTUDO DE CASO

5.2.1. O processo de escolha do local

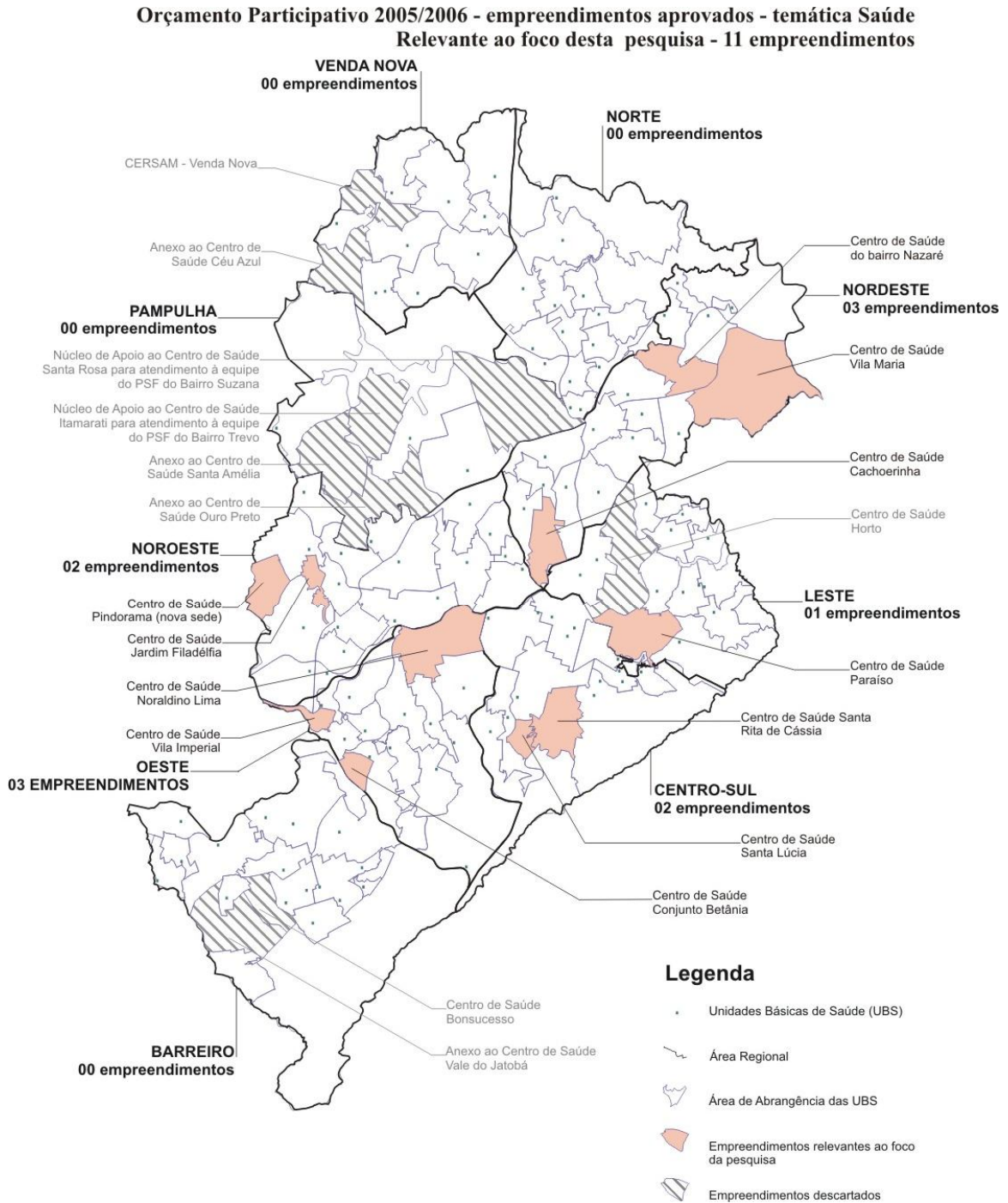
O primeiro aspecto observado para a escolha do local foi o Mapa 06, os empreendimentos aprovados pelo OP 2005/2006 na temática saúde, partindo da consideração que todos os 20 empreendimentos foram frutos de um processo de participação popular unido ao planejamento público.

Dos vinte empreendimentos aprovados nove foram descartados por fugirem do foco desta pesquisa, são eles:

- As duas unidades previstas para a regional Barreiro - uma por ser um anexo ao Centro de Saúde Vale do Jatobá já existente e a outra por se tratar apenas da aquisição do imóvel onde já funciona o Centro de Saúde Bom Sucesso.
- Uma unidade na regional Leste – Centro de Saúde do Horto, pois ainda será necessária a aprovação do parcelamento do solo e a conseqüente execução da obra pelo loteador da via que dará acesso à área institucional a ser doada à PMBH.
- As quatro unidades previstas para a regional Pampulha – duas por serem um Núcleo de apoio a UBS para o atendimento da ESF (uma Centro de Saúde Itamarati, apoio à ESF do bairro Trevo e outra do

Centro de Saúde Santa Rosa apoio à ESF do bairro Sazana) e duas por serem anexos à UBS já existentes (anexo ao Centro de Saúde Santa Amélia e anexo ao Centro de Saúde Ouro Preto)

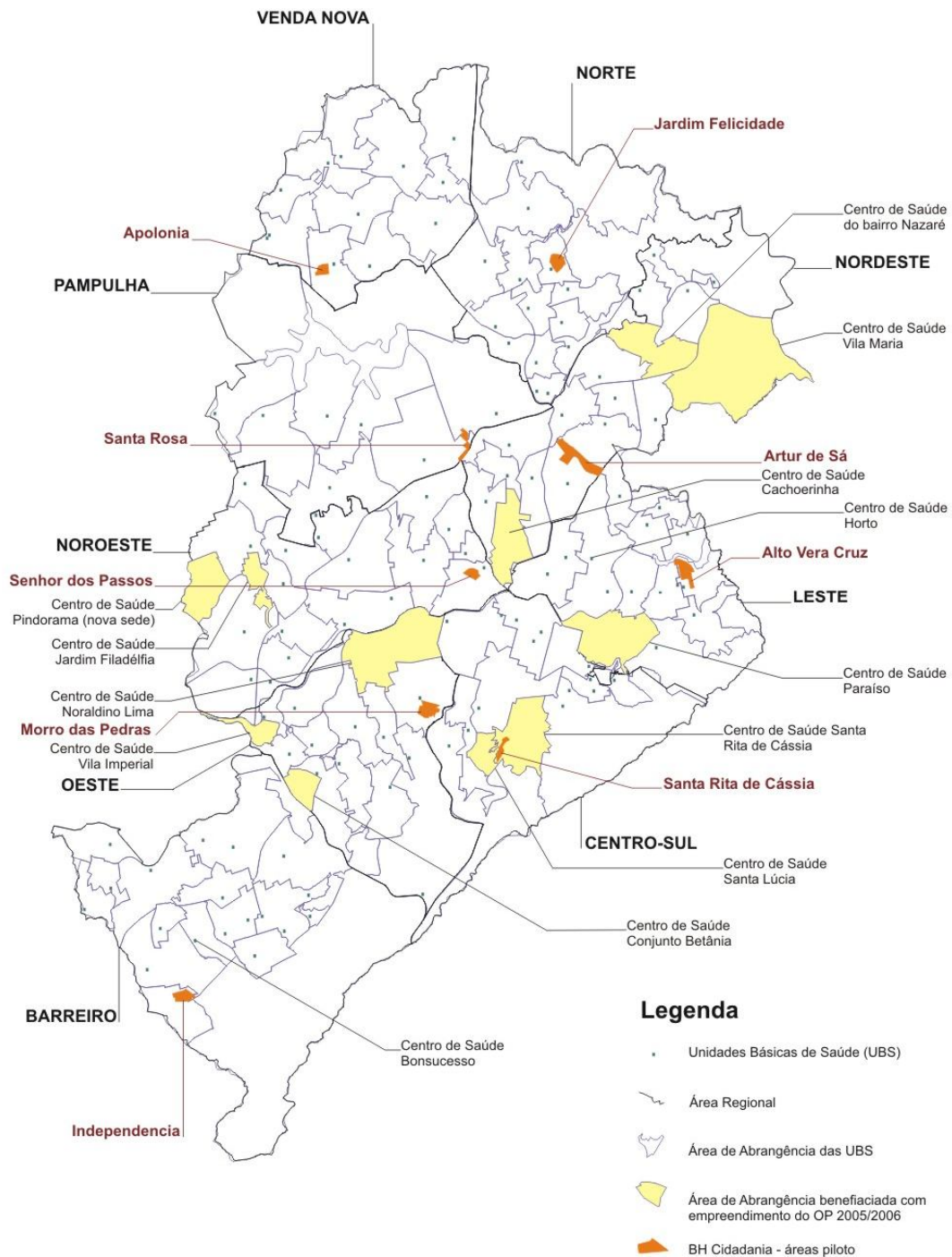
- As duas unidades previstas para a regional Venda Nova – uma por se tratar de um CERSAM e outra por ser um anexo ao Centro de Saúde já existente Céu Azul.



Mapa 07 – Empreendimentos aprovados na temática saúde no OP 2005/2006 relevantes à pesquisa.

Definido os 11 empreendimentos aprovados pelo Orçamento Participativo 2005/2006 relevantes à pesquisa, o passo seguinte foi cruzar este mapa com o mapa das áreas piloto do BH Cidadania, de forma a identificar se a área de abrangência de algum empreendimento previsto pelo OP 2005/2006 coincidia com as áreas piloto do BH Cidadania.

Empreendimentos aprovados pelo OP2005/2006 relevantes à pesquisa e áreas piloto do BH Cidadania



Mapa 08 – Empreendimentos aprovados na temática saúde no OP 2005/2006 relevantes à pesquisa e áreas piloto do BH Cidadania..

De acordo com o exposto no mapa 08 apenas o Centro de Saúde Santa Rita de Cássia, da regional Centro Sul coincide uma área piloto do BH cidadania com um empreendimento previsto pelo OP 2005/2006, no qual consta em seu escopo reforma do prédio existente e ampliação.

“No OP 2005/2006 dar-se-á continuidade a integração urbano, através da definição das intervenções sociais e urbanas, priorizando áreas de maior vulnerabilidade. O BH Cidadania que já propunha a articulação intersetorial das políticas sociais, ganha a participação das políticas urbanas, ampliando a intersetorialidade e potencializando seus resultados. Isso se traduz na articulação das intervenções físicas conquistadas através do OP com as políticas sociais que integram o Programa BH Cidadania” (PMBH. OP 2005/2006-Metodologia, p. 10).

Assim, foi escolhido o local para a realização do estudo de caso, o qual resultará em um programa de necessidades para a UBS acrescido de sugestões de intervenção urbana no entorno próximo.

5.2.2. Caracterização físico social do local

A unidade atende a área de abrangência com uma população de 38.155 habitantes, destes segundo o Mapa de Vulnerabilidade da Saúde, 31.254 habitantes (82%) estão localizados na área de baixo risco, 3.359 habitantes (8,80%) estão localizados da área de risco elevado e o restante 3.542 habitantes (9,20%) estão localizados na área de risco muito elevado.

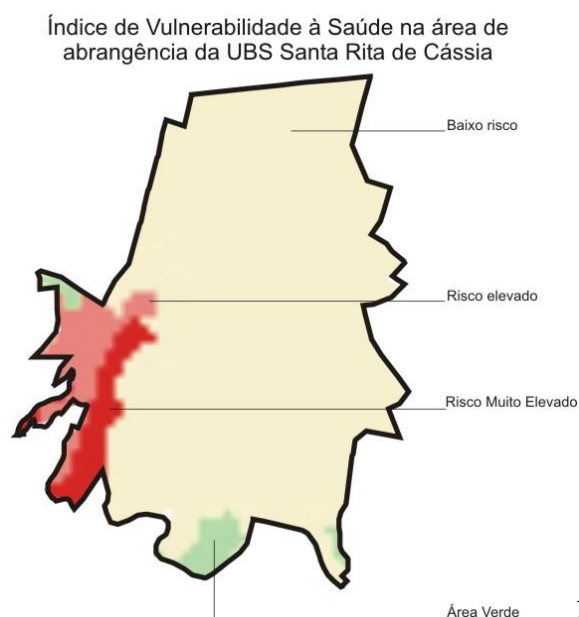


Figura 03 – Área da abrangência da UBS Sta Rita de Cássia

Sobre este assunto, Lima (2002) coloca que é marcante a diferença com relação ao tipo de serviço normalmente procurado entre os diferentes grupos de renda.

“A medida que aumenta a renda familiar, menor é a procura por postos ou centros de saúde ou ambulatórios de hospital e maior é a procura por consultórios particulares. Assim, enquanto aproximadamente 55% da população com renda até 2 salários mínimos procura atendimento em postos e centros de saúde, apenas 5% das pessoas com renda acima de 20 salários procuram serviços com estas características, buscando, predominantemente, consultórios particulares” (LIMA, 2002, p. 65).

Entretanto, em entrevista realizada em 09/01/2006, segundo a funcionária da UBS (entrevista 10), a população de baixo risco vem descobrindo e acessando cada vez mais o serviço de saúde.

Uma outra diferença a ser considerada é a questão do perfil populacional, a pirâmide etária mostra que nas áreas de baixo risco há um estreitamento da base (número de crianças) e um alargamento do topo (número de idosos) e nas áreas de risco elevado e muito elevado acontece o inverso.

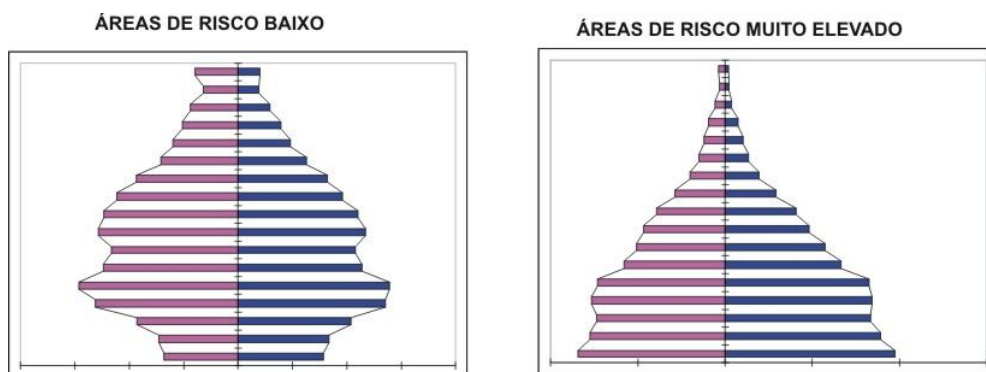


Figura 05 _ Pirâmide etária (BH. SMSA. Índice de Vulnerabilidade da Saúde, 2003)

A funcionária do geoprocessamento da SMSA-BH (informante 01 em 23/06/04) afirmou que nas áreas de baixo risco muitos idosos são usuários SUS dependente. A funcionária da UBS afirmou que no dia a dia do serviço esta situação é clara.

Um outro ponto interessante é que inicialmente a Unidade Santa Rita de Cássia foi criada dentro do aglomerado, inicialmente como um piloto para a implantação do PSF e também por uma solicitação da própria comunidade. Depois a cerca de quatro anos a unidade (por uma solicitação dos profissionais) foi transferida para a casa atual, de propriedade da prefeitura e que estava sem uso (fechada).

No entendimento deste trabalho, esta transferência foi positiva pois a unidade foi instalada em um espaço maior, de fácil acesso para toda população (incluindo a de baixo risco) e relativamente

próxima da unidade antiga. Desta maneira, a população de baixo risco também pode acessar o serviço, uma vez que no aglomerado ficava restrito apenas à população do morro.

“Quando a gente veio para cá, tem uns quatro anos o posto era dentro do morro. Então a gente passou muito aperto lá – tinha dia que não funcionava, ficava fechado, até que um belo dia teve uma confusão mais séria. E tinha esta casa aqui que era da prefeitura e resolveram que o posto vinha para cá.

Então como veio para cá, nós funcionários ficamos tão agradecidos de ter descido que a gente fica até com medo de ficar brigando por uma reforma e depois falarem: Por que vocês quiseram descer, voltem.” (Entrevista em 01/09/2006. Informante 10).

Na UBS Santa Rita de Cássia funcionam atualmente três ESF, atendendo a população de risco elevado e muito elevado. É interessante notar que uma equipe não foi deslocada para a atual sede. Então uma equipe do saúde da família continua usando o espaço físico da antiga unidade, acima do atual NAF. E as outras duas ESF realizam seus serviços na atual sede.

Esta situação por um lado é negativa pois compartimentaliza as ações, por outro é positiva pois a equipe de referência da comunidade está geograficamente mais próxima de seu foco de atenção.

“São três ESF, duas funcionam aqui em baixo, atendendo aqui, e uma ficou lá em cima.

A população quis tanto um posto que ficasse lá, que aí resolveram que uma equipe ia ficar lá em cima, só que lá não funciona vacina, não funciona farmácia. Aqui temos médico de apoio lá não. Então as pessoas tem que vir para cá” (Entrevista em 09/01/2006. Informante 10)



Foto 2 – UBS Sta Rita de Cássia



Foto 3 – NAF Sta Rita de Cássia e anexo da UBS.

- **O aglomerado Santa Rita de Cássia e o BH Cidadania**

A ocupação da área teve início no final da década de 20, quando a urbanização de Belo Horizonte estava restrita à Av. do Contorno, sendo denominadas colônias - os espaços externos a este perímetro. No caso da Vila Santa Rita de Cássia, essa se instalou na área então conhecida como Colônia Afonso Pena, onde eram desenvolvidas atividades agrárias.

Os ocupantes iniciais desta região, eram migrantes do interior do estado que produziram uma urbanização desordenada e de moradias rústicas, em geral de pau-a-pique e de adobe.

O abastecimento de água só chegou nesta região em 1962, quando a administração municipal promoveu a instalação de três chafarizes. Em 1968 com a instalação da adutora de DEMAG ao longo da vila, os moradores locais passaram a se abastecer clandestinamente, a partir desta adutora.

A urbanização mais efetiva começou a acontecer a partir de 1979, quando se iniciou a abertura das ruas e a COPASA ampliou o abastecimento. Atualmente 98% da população recebe água tratada.

A energia elétrica começou a ser implantada em 1961, na ocasião 12 postes foram instalados pela CEMIG. Atualmente 90% da população local é servida por energia da CEMIG.

A rede de esgoto começou a ser implantada em 1985. Atualmente 70% ainda é captado pela rede pluvial e apenas 30% é completa.

A coleta de lixo é feita diretamente através dos serviços de caminhões e indiretamente através da utilização de caçambas.

Hoje, 99,8% das casas são de alvenaria.

Estas informações foram todas coletadas no documento da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. Projeto Piloto da Secretaria de Coordenação Municipal das Políticas Sociais (SCOMPS) - Vila Santa Rita de Cássia (aglomerado do Morro do Papagaio) de setembro de 2001.

O mesmo documento afirma que a definição deste setor como o melhor indicado para o desenvolvimento do BH Cidadania baseia-se não apenas nas carências e déficits locais, como também no fato de que, dentre diversas áreas do aglomerado, é a única que possui, em simultâneo, equipamentos municipais instalados na área de educação e saúde (dois eixos estruturantes do programa).



Foto 4 – Escola Estadual José Carlos Guaraná Menezes.



Foto 5 – Vista interna da UMEI (Unidade Municipal de Educação Infantil)

Foto 6 – Vista externa da Casa de Brincar



Foto 7– Vista externa da UMEI

De uma maneira geral, falta à comunidade da Vila Santa Rita espaços de convivência, não existem equipamentos público do tipo praça, quadra poliesportiva e o adensamento populacional é muito grande. Esta visão está de acordo com a colocação do coordenador local do NAF, entrevistado no dia 10/01/2006 (informante11).

Neste sentido, a recente implantação da UMEI, que conforme mostra a foto 05, possui uma área de recreação externa para as crianças, é distinta da situação da Escola Estadual (mais antiga – foto 04) e que não tem nenhum espaço de convívio maior, nem um pátio para recreio ou quadra, e que em função das grades instaladas foi apelidada de “Carandiru” pela população local.

A Igreja Católica apresenta uma contribuição significativa para a população local. Ela foi transferida para uma nova sede dentro do próprio aglomerado. Disponibilizou o espaço antigo para as reuniões de grupos, principalmente de idosos. Com a ajuda da instituição construiu dentro do antigo salão uma grande cozinha, com todos os equipamentos inclusive fogão à lenha, que favorece os encontros e momentos de confraternização.



Foto 8– Antiga sede da Igreja.

A nova sede da Igreja, possui dois pavimentos. No nível térreo funciona a própria igreja em si e no pavimento inferior, a Igreja disponibiliza um salão para encontros da comunidade e outros espaço como a biblioteca comunitária e a rede de letramento digital.



Foto 9 – Atual sede da Igreja.



Foto 10 – Salão da atual sede da Igreja.



Foto 11 – Biblioteca Comunitária na sede da Igreja.

O programa BH Cidadania está com o Centro BH Cidadania em fase final de construção. Assim suas atividades acontecem dispersas pelo aglomerado. A Casa de Brincar, o Centro de Letramento Digital, o sede do Projeto Jovem, o NAF, a Biblioteca Comunitária, todos funcionam em espaços físicos independentes.

O Centro BH Cidadania vai reunir todas estas atividades além de contar com amplo espaço para reuniões e confraternizações da comunidade e quadra poliesportiva.

Acredita-se que a implantação efetiva do Centro BH Cidadania, contribuirá ainda mais para a consolidação da coesão social e participação.

Idéia que corresponde a da entrevistada (informante 12) representante da Associação de Moradores Local e membro da COMFORÇA (comissão de fiscalização do OP).



Foto 12 – Futura sede do Centro BH Cidadania.

O Centro BH Cidadania possui também uma vista panorâmica da cidade, por estar no alto do Morro e no coração da comunidade, este fato pode favorecer o sentimento de pertencimento em relação à cidade formal. O funcionário do NAF, quando entrevistado, afirmou que a comunidade não se relaciona com a cidade formal, não utiliza os espaços públicos de convívio como a praça da Liberdade e o Parque Municipal.

Sobre esta questão a funcionária da SCOMPS responsável pelo trabalho de apropriação junto à comunidade coloca que: *“O poder público é sempre devedor daquilo que ele oferece, ele já entra com defasagem e quando oferece, ele já entra culpado, correndo atrás do atraso”* (Entrevistado em 18/08/2005. Informante 08). Neste sentido, segue acrescentando que para o êxito da política proposta *“é muito importante a gente saber que esta oferecendo um coisa boa”*.

Pol (1996) acrescenta que tradicionalmente se atribui as classes baixas certa incapacidade em manter em bom estado seus espaços públicos, diz que o estado de conservação excelente é facilitado por um forte controle social exercido pela comunidade.

A funcionária da SCOMPS citada anteriormente diz que um trabalho, realizado pela Prefeitura, de reassentamento da comunidade na avenida Pedro II, do aglomerado para prédios. Foi fruto de um

processo de intensa participação, com visitas à obra, reuniões mensais e escolha pela própria comunidade de seus vizinhos (sem sorteio). Este processo facilitou a consolidação da apropriação do novo espaço e hoje dois anos após a entrega da obra, não existem pichações ou depredações.

Na comunidade do Aglomerado de Santa Rita de Cássia em Belo Horizonte, o processo é semelhante. A representante da Associação de Moradores (informante 12) o tempo todo em que era realizada a visita ao prédio em construção do Centro BH Cidadania, se referia aos espaços como “*nosso espaço*”, “*nossa quadra*”. É importante acrescentar que o Centro conta com uma sala destinada à associação de moradores (que atualmente funciona junto ao NAF, no anexo da UBS Santa Rita).

Com relação ao anexo da UBS Santa Rita de Cássia onde funciona uma ESF junto ao NAF. O espaço físico para as atividades propostas parece adequado. É lógico que com a inauguração do Centro BH Cidadania, o espaço ficará melhor ainda, pois será liberada a sala em que hoje funciona a Associação de Moradores e a sala de reuniões terá seu espaço liberado (hoje ocupado com vários computadores que integraram o Centro de letramento digital).



Anexo ao Centro de Saúde Santa Rita de Cássia

Figura 06 _ Croqui do Anexo à UBS Santa Rita de Cássia que funciona no aglomerado.

Manter este anexo parece uma estratégia interessante de maneira a manter dentro do aglomerado uma unidade de saúde e a facilitar o encaminhamento dos casos, além de estabelecer a referência com a unidade sede (aquisição de medicamentos, grupos operativos, imunizações, coleta entre outros.).

- **A área de baixo risco e a UBS Santa Rita de Cássia**

A ocupação da área de baixo risco acompanhou a dinâmica de crescimento dos grandes centros urbanos, dentro dos limites da cidade formal.

Assim a área conta com inúmeros equipamentos urbanos (conforme apresentado na figura 04, p.118), com sistema de abastecimento de água, esgoto e coleta de resíduos sólidos regulares. Com vias largas e de fácil acesso. Com pontos de transporte urbano, iluminação pública adequada, entre outros.

Toda esta população que representa 82% do total nesta área de abrangência, apesar de não estar coberta pelo PSF, tem a Unidade como referência para imunizações. E vem, conforme dito por diversos profissionais da unidade, descobrindo cada vez mais a unidade básica de saúde e fazendo uso de seus serviços.

A unidade realmente necessita de reforma urgente, tendo em vista principalmente que a construção cresceu desordenadamente. Além deste fato, a edificação deve ter sido construída por volta da década de 50, fato que por si só já justificaria uma adequada manutenção.

Localizada em um terreno com cerca de 700m². A edificação original que já apresentava um uso inicial relacionado à saúde - a cruz vermelha no canto da fachada indica este uso e possuía bons afastamentos em relação aos limites do lote.



Foto 13– Detalhe fachada da UBS.

Entretanto na intenção de acrescentar novos espaços à edificação, foram comprometidas as circulações de ar de várias salas, assim a janela das salas dão para dentro de outras salas. E ainda

existem espaços nos quais não há circulação de ar, como por exemplo, a copa, totalmente fechada com dois acessos através de duas portas constantemente fechadas.



Foto 14– Detalhe da sala de imunização. Da metade inferior da janela para baixo é possível avistar a iluminação da Copa e na metade superior o telhado em telhas onduladas de fibro cimento.



Foto 15– Chegada da UBS (recepção), evidente ampliação.

As condições do espaço são desfavoráveis para as atividades desenvolvidas no local, por exemplo, a sala de acolhimento, como mostra a foto abaixo não favorece acolhimento algum, por mais que o profissional esteja disposto a fazer a escuta, a sala não é nem um pouco privativa demarcada com divisória a meia altura, localiza-se entre a copa e a recepção, ou seja é utilizada também como circulação para os profissionais.



Foto 16– No primeiro plano a Recepção, depois da divisória a Sala de acolhimento e no fundo porta de acesso à Copa.

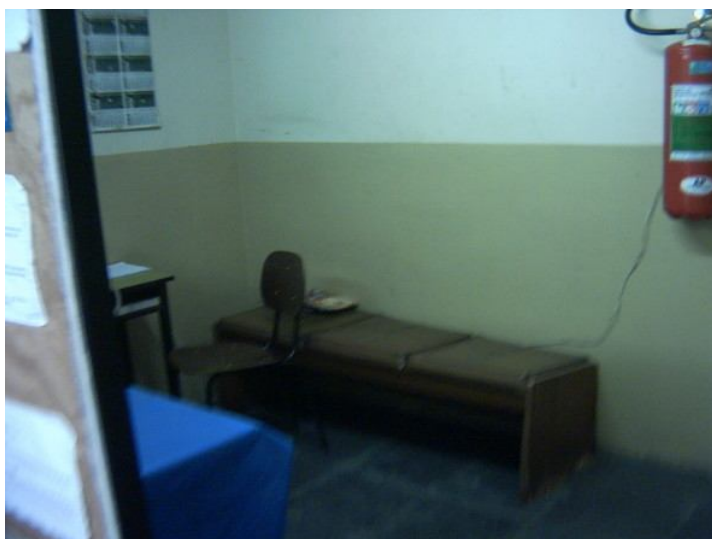


Foto 17– A Sala de acolhimento (circulação indireta de ar)

Um outro bom exemplo é a situação do banheiro para usuário todo degradado e situação externa da construção marcada pela infiltração de água.



Foto 18– A Sala de acolhimento (circulação indireta de ar)



Foto 19– Lateral externa

A sala da direção é nova, construída ao lado da fachada mostrada na foto 19, entretanto o espaço destinado às reuniões com os grupos operativos é muito carente em termos de equipamento e espaço físico, conforme demonstram a foto a seguir.



Foto 20– Local para reunião dos grupos, ao fundo parede pintada recentemente é o ambiente destinado à direção.

Enfim, é notório a necessidade da reforma já aprovada pelo OP 2005/2006. A arquitetura neste caso é visto como parceiro potente no sentido de ampliar a qualidade da atenção prestada, a qualidade da relação usuário/edificação, profissional/edificação e por fim, usuário/profissional.

“A comunicação entre as pessoas pode ser influenciada pela organização do espaço. Mas, além disso, os edifícios têm certos significados ou mensagens não-verbais para as pessoas que são influenciadas pelo arranjo, organização e caráter dos edifícios” (MOORE, 1984, p. 80).

Em relação a questão dos Recursos Humanos, a unidade conta com 09 médicos (02 clínicos, 03 pediatras, 02 generalistas, 02 ginecologistas) fora psicólogo, dentistas, enfermeiras, assistentes sociais e etc. Assim em termos numéricos a equipe atende as necessidades de demanda, e de acordo com a observação realizada muito solícita

5.2.3. Proposta arquitetônica e das intervenções urbanas

Com relação às intervenções urbanas, no caso específico da UBS Santa Rita de Cássia, esta questão não se aplica, pois conforme apresentado tanto o anexo à unidade, quanto a própria Unidade, já apresentam contexto urbanos consolidados, com uma boa rede de equipamentos de apoio, como lixeira, telefone público, transporte coletivo e acesso fácil.

A situação que pode ser sinalizada neste sentido é a questão do esgoto sanitário lançado 70% na rede pluvial, situação esta que merece atenção no âmbito do estabelecimento de um ambiente urbano sinomórfico.

Agora, quando a questão é generalizada para outras unidades básicas de saúde, acredita-se que devem ser considerados e/ou viabilizadas no espaço urbano das referidas unidades as seguintes situações:

- Existência ou instalação de equipamentos comunitários diversos, tais como: lixeiras, ponto de ônibus, caixa dos correios, telefone público e outros, localizados principalmente próximos às áreas institucionais.

- Existência ou promoção da arborização da área, com preferência a espécies nativas de fácil adaptabilidade, ao longo dos passeios (sempre que possível) e principalmente em locais públicos de convivência (como por exemplo em praças). Isso porque, além de contribuir para a estética urbana, é importante no sentido de regular as condições térmicas do ambiente e de identificar espaços de convívio.

- Existência ou instalação de iluminação pública com a utilização de equipamentos adequados às dimensões das vias. Nos espaços públicos mais amplos e de convívio (como praças, parques e quadras esportivas) valorizar a iluminação intensa a fim de permitir a utilização destas áreas com segurança durante a noite.

- Regularizar as condições de saneamento básico no local (incluindo a questão dos resíduos sólidos), além de proporcionar uma adequada drenagem urbana. Neste sentido, quando o trânsito local for pequeno, propõe-se sempre que possível manter a pavimentação em pedras fincadas ou blocos intertravados, de forma a contribuir com uma menor impermeabilização do solo, reduzindo o problema de drenagem superficial.

- Sempre que possível, promover a ampliação das áreas públicas permeáveis “bem tratadas”, talvez através de algum estímulo fiscal à empresa interessadas em cuidar destes espaços.

- Preservar e valorizar os bens tombados da área como um patrimônio da própria comunidade.

Quando observadas de maneira superficial, estas questões do contexto urbano podem parecer ‘pouco’ relacionadas à UBS em si, porém quando se encara a saúde, não como apenas a ausência de doenças, e é estabelecida uma estreita relação desta com a qualidade de vida da região, estas questões urbanas dentro do enfoque intersetorial adquirem nítida relevância.

Com relação à edificação em si, além das especificações existentes a nível federal e estadual, propõem-se de uma maneira global e extensiva a outras unidades do mesmo fim, as seguintes situações:

- A intervenção deve, sempre que possível, respeitar elementos de escala, a fim de evitar a descaracterização da paisagem original, mas, ao mesmo tempo, acrescentar um novo elemento ao espaço urbano. Segundo, SEGAWA (1993), a utilização de uma tipologia característica (ou seja conhecida da população) faz com que se firme um laço de confiança e respeito com o novo espaço, tornando-se mais fácil a implantação do projeto e a manutenção do mesmo pelos moradores. Para isto conforme vem sendo dito a participação popular é imprescindível. Reafirmando aqui os conceitos trabalhados ao longo da pesquisa de apropriação e estabelecimento do sentimento de pertencimento.

- A utilização da ventilação natural sempre que possível.

- A utilização das paredes internas preferencialmente com a finalidade específica da vedação, sem utilidade estrutural, o que facilita a flexibilização do espaço diante de novas tecnologias a serem incorporadas.

- Sempre que possível disponibilizar a existência de áreas permeáveis (jardins e gramados), bem como a existência posterior a conclusão da obra de funcionário responsável pelo cuidado e cultivo destes espaços.

- Trabalhar intensamente com a questão da programação visual, de maneira a facilitar a localização e a autonomização dos usuários na unidade. Utilizar as cores para definir setores - por exemplo ambulatorial, apoio técnico, diagnóstico, etc – e através delas, restringir ou disponibilizar acessos. Utilizar números bem visíveis nas portas de cada setor, facilitando a indicação do espaço, além de acrescentar o nome do espaço referido. Além das finalidades assinaladas acima, o uso das cores através de uma adequada programação visual, favorece a geração de espaços lúdicos.

MIQUELIM (1998) diz que a cor não é matéria, nem luz, apenas sensação, sensação esta que deve ser explorada em trabalhos na área de saúde. E acrescenta que a percepção e as preferências cromáticas variam com a idade, os adultos e idosos preferem tonalidades escuras como o lilás, roxo e azul; as crianças, nos primeiros meses, o vermelho, o amarelo, o verde e depois o azul.

- Desenvolver algum elemento na composição arquitetônica que marque a presença do poder público no local, facilitando a identificação, legibilidade e a acessibilidade na trama urbana, como por exemplo: a caixa d'água, guarita, marcos, relógio externo ou o próprio uso das cores.

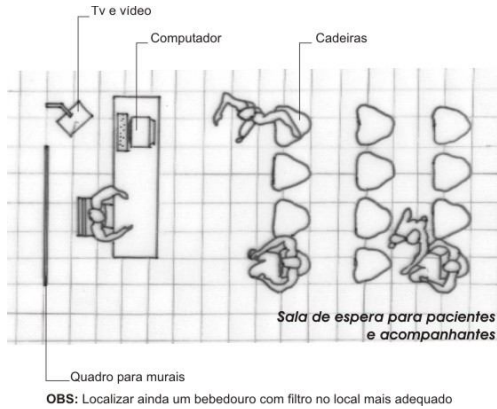
- Quando se tratar de uma reforma, avaliar a existência da arborização local, sempre que possível mantendo as árvores mais frondosas. Avaliar também a relevância do prédio enquanto patrimônio público.

No caso da UBS Santa Rita de Cássia, todas estas proposições se aplicam e devem, ao lado das outras questões já colocadas ao longo desta pesquisa, serem trabalhadas junto à população e aos profissionais da saúde envolvidos, de forma a consolidá-las em um projeto e favorecer a geração do simbolismo a priori tratado na revisão de bibliografia.

5.2.4. Programa arquitetônico para UBS

O programa arquitetônico é decorrência do programa de saúde, o qual é fruto da necessidade de saúde da região. Desta maneira, considerando a legislação vigente e diante do levantamento bibliográfico e documental realizado, foram definidos os ambientes que serão apresentados a seguir:

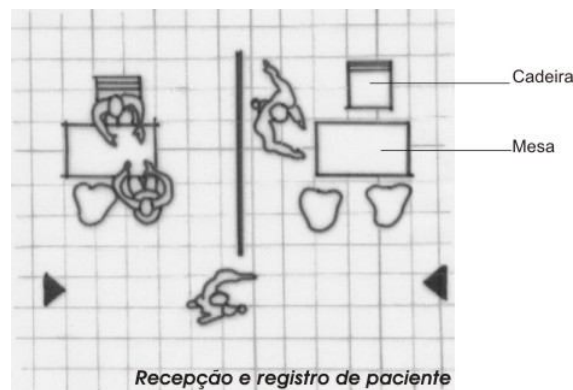
1. Sala de espera para usuários e acompanhantes (em torno de 20 pessoas). Este ambiente pode também ser usado para pequenas reuniões. Área estimada de 50m².



2. Recepção, registro e arquivo com escaninhos para prontuários. O arquivo com escaninhos para os prontuários pode ficar em um ambiente anexo (com menor ventilação e iluminação natural) e desta maneira, evitando o aspecto desagradável da quantidade excessiva de pastas a mostra.

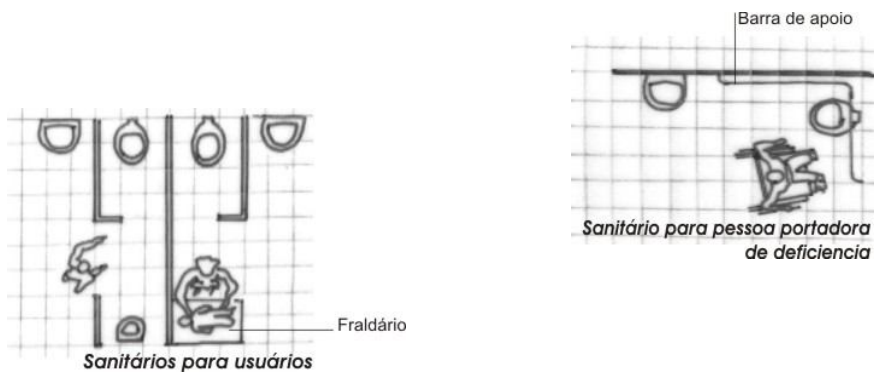
Um outro ponto interessante nesta proposta é a possibilidade de receber o indivíduo, da maneira como apresentada no croqui, sentado em uma mesa separada da outra por uma divisória a meia altura. O que favorece a humanização do atendimento, evitando a impessoalidade do guichê, quando os cidadãos se mantêm de pé. Como na unidade não foi descrito nenhum problema de violência a profissionais, não há problemas com este tipo de recepção.

A área estimada é de 10m² para a recepção e registro e 4m² para o arquivo.

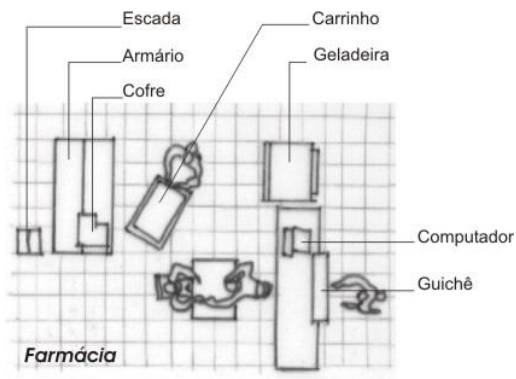


OBS: Considerar a necessidade de armários e micro computador

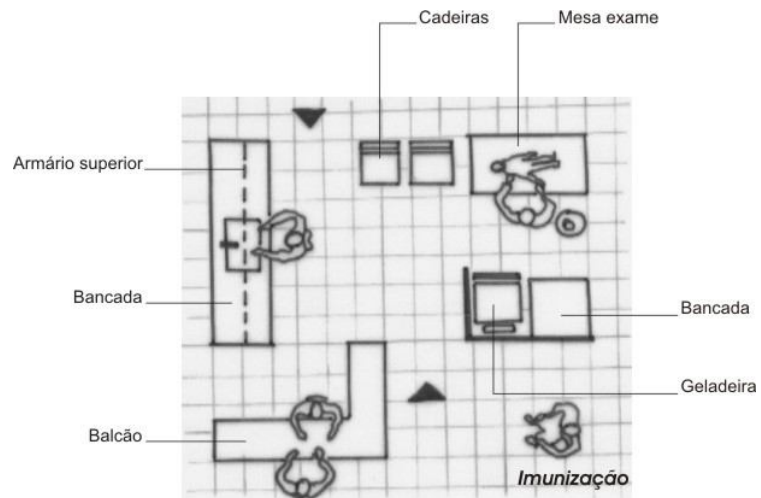
3. Banheiro destinado aos usuários: masculino, feminino com fraldário e para deficientes físicos. No caso, é possível a opção por um terceiro sanitário especial para deficientes físicos ou, então, integrá-lo aos sanitários feminino e masculino. A área estimada é de 9m² ao todo.



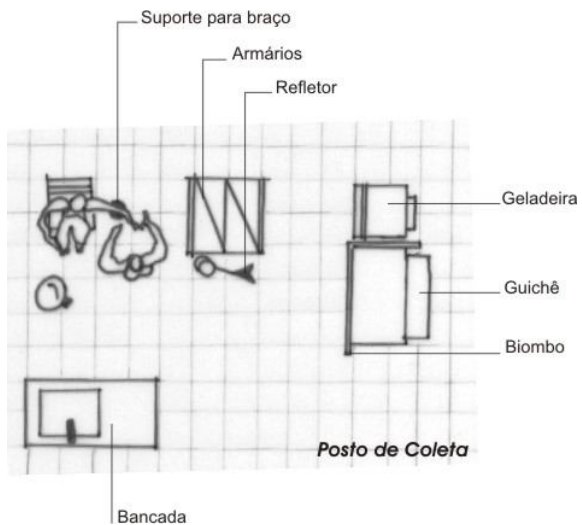
4. Farmácia. Área estimada 10m².



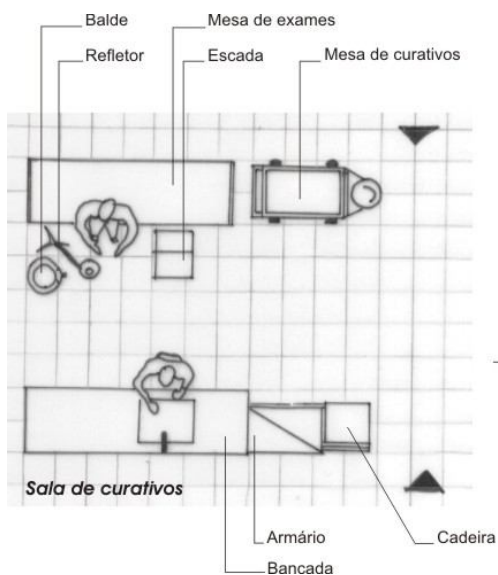
5. Vacina (imunização). Área estimada: 12m²



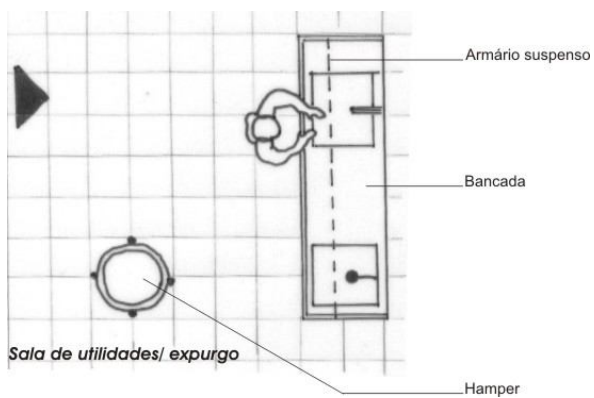
6. Posto de Coleta. Área estimada 9m².



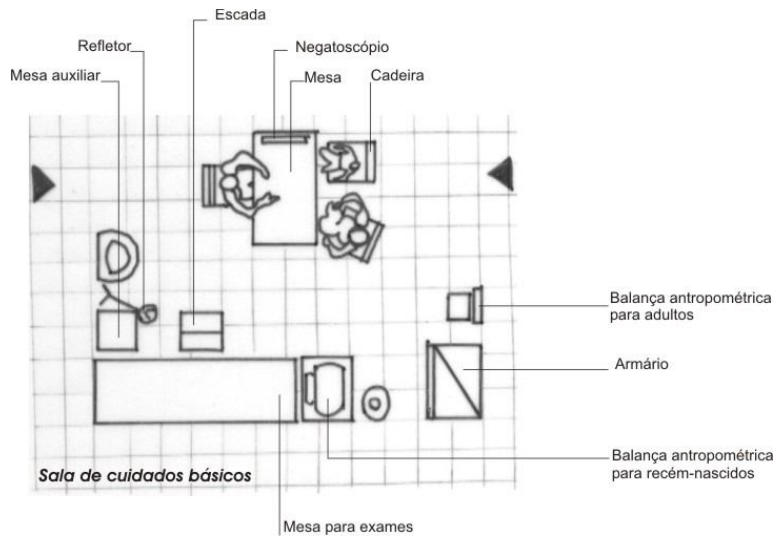
7. Sala de curativos. Área estimada 12m²



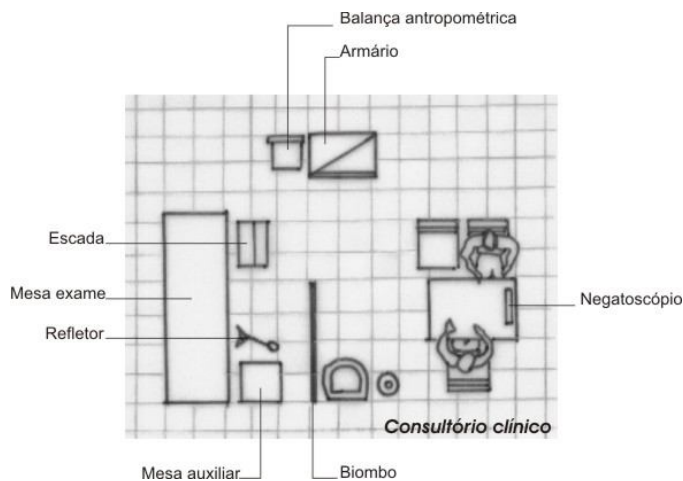
8. Sala de utilidades/expurgo. Área estimada 5m².



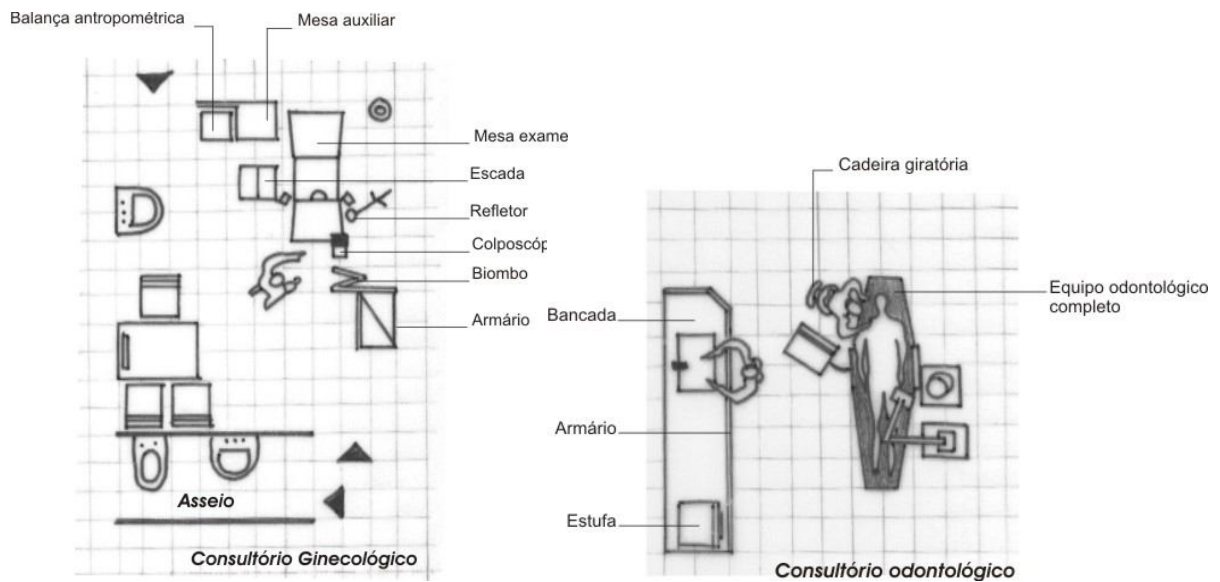
9. Sala de cuidados básicos e observação. Área estimada 14m².



10. Consultório Indiferenciado. Previsão de 04 consultórios cada um com área estimada de 9m², o que totalizam 36m².



11. Consultório ginecológico. Previsão de 02 consultórios cada um com área estimada de 14m² (considerando o banheiro de apoio), o que totalizam 28m².



12. Consultório de odonto para duas cadeiras (equipos). Área estimada de 25m².

Além dos espaços mencionados acima e ilustrados com croqui, acrescente-se:

- Sala para procedimentos de enfermagem. Área estimada de 12m².
- Sala de Reuniões. Área estimada de 50m².
- Sala multiuso (para grupos de discussão e local para os ACS). Área estimada de 16m².
- Sala para administração e gerência. Área estimada 21m².
- Copa para os funcionários. Área estimada 15m²
- Vestiário para os funcionários. 10m² cada, totalizando 20m².
- Depósito para material de limpeza. Área estimada 3m².
- Depósito de lixo, com latões distintos para lixo comum e infectante. Área estimada 5m².

Além destes espaços listados é possível pensar em uma área ao ar livre, na qual possa ser desenvolvida alguma atividade de grupo por exemplo, pois o terreno conta com áreas externas que podem ser melhor exploradas, até como um espaço de convivência¹⁸, com a instalação de alguns bancos.

Com relação área total estimada, esta ficou em 366m² e acrescentando-se os 35% referentes a circulação e paredes (índice utilizado pela SMSA) a área estimada para esta unidade ficaria em torno de 495m².

¹⁸ Este espaço externo de convivência pode inclusive ser utilizado pela população de terceira idade SUS dependente das áreas de baixo risco, como um local de encontro para o desenvolvimento de atividades diversas.

Infelizmente esta pesquisa foi concluída antes que a SMSA-BH elaborasse o escopo da unidade (programa arquitetônico), pois assim já seria possível estabelecer uma comparação entre as duas propostas e dar início a uma discussão.

Um outro ponto a ser considerado é o de que os ambientes listados sinalizam o início de um percurso, de uma direção, a qual deve ser discutida e re-elaborada em conjunto com os usuários e profissionais da área referida. Iniciando aí um processo de construção coletiva tão importante para o estabelecimento da apropriação do espaço e conseqüentemente da utilização da arquitetura como mais um instrumento para a consolidação da atenção primária como efetiva porta de entrada para o Sistema Único de Saúde.

“Não são só nossas crenças que determinam nossas construções, mas também nossas construções determinam nossas crenças. A forma de um centro de saúde influencia a atitude e a percepção daqueles que o usam e o encaram como parte de sua filosofia sobre a saúde. Formas novas podem influenciar a atitude das pessoas” (WILSON, sd, p. 13).

6 – DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

Um primeiro ponto a ser considerado é que esta pesquisa segue as normas de formatação estabelecidas pelo programa de pós-graduação ao qual está inserido. Entretanto ao invés de Discussão e Conclusão este último tópico deveria ser chamado de Considerações Finais, no entendimento próprio da pesquisa qualitativa, representando as considerações a seguir mais um estímulo à reflexão e a novas propostas do que um fechamento em si.

“A pesquisa social trabalha com gente, com atores sociais em relação, com grupos específicos. Esses sujeitos de investigação, primeiramente são construídos teoricamente enquanto componentes do objeto de estudo. No campo fazem parte de uma relação de intersubjetividade, de interação social com o pesquisador, daí o resultado de um produto novo e confrontante tanto com a realidade concreta como com as hipóteses e pressupostos teóricos, num processo mais amplo de construção de conhecimentos.” (MINAYO, 1998, p.105).

O objeto de estudo foi delimitado pela intercessão entre três componentes: a atenção primária em saúde, arquitetura e participação popular partindo do cenário político da democracia participativa, do SUS e do paradigma da produção social da saúde.

Estabelecido o histórico conceitual e normativo, nas três esferas de governo e direcionado ao atendimento primário à saúde, também em específico à normatização do estabelecimento dos espaços físicos em saúde neste referido nível de atenção merecem destaque as seguintes considerações:

- No Plano Nacional de Saúde 2004/2007 – Um pacto pela Saúde no Brasil é colocado como maior desafio do SUS, a melhoria da qualidade da atenção prestada, o aumento da resolutibilidade das UBS e o fortalecimento de seu papel como porta de entrada do sistema. No entanto, quando relacionado ao tema arquitetura/ espaço físico, de uma maneira geral o documento apresenta maior ênfase na atenção secundária (ambulatorial) com previsão de novas unidades e requalificação das existentes. Na atenção primária as estratégias são centradas no aumento de equipes do saúde da família, saúde bucal e consolidação da humanização (a qual perpassa todos os níveis de atenção). É possível então estabelecer um primeiro questionamento, como consolidar o papel de porta de entrada das UBS sem se pensar a questão do espaço físico? Como promover a humanização e o aumento do número de ESF em “*unidades precárias*”¹⁹? Enfim, fica evidente no documento um certo descompasso entre o que é posto como o maior desafio do SUS e as metas estabelecidas para alcançá-lo.

- Com relação à normatização dos espaços físicos para as UBS:

Em nível federal a RDC nº 50 de 21 de fevereiro de 2002 avança ao estabelecer um instrumento norteador para as novas construções, reformas de estabelecimentos assistenciais em saúde, sem estabelecer projetos padrão afirmando a necessidade de se considerar as especificidades locais na elaboração de cada projeto. Entretanto como a normatização é referente a todos os níveis de atenção, é dada naturalmente uma maior ênfase nos aspectos que tangem a atenção hospitalar e ambulatorial, como por exemplo, fluxos mais complexos, sistemas de ar condicionado, instalações especiais e outros. Assim, as contribuições oferecidas pelo nível federal vem sendo pouco absorvidas e mesmo implementadas nas UBS, uma razão apontada é que para atender um universo muito grande (todos os níveis de atenção) acabou se tornar pouco específica e de difícil consulta, quando esta é direcionada para o estabelecimento de uma UBS.

¹⁹ Palavras de Heloísa Souza, diretora do Departamento de Atenção Básica em entrevista em 2001 (trecho da entrevista transcrito na p. 69).

Em nível estadual a Resolução nº 604, de 19 de novembro de 2004 da SES-MG avança por ser específica à atenção primária e direcionada à UBS, representando um instrumento mais direcionado e por tanto mais acessível favorecendo sua aplicabilidade prática.

Em nível municipal, o Setor de Arquitetura da SMSA-BH presta assessoria elaborando o programa de necessidades para as unidades a serem construídas e/ou reformadas conforme apresentado na página 94.

Ao se avaliar a possibilidade da integração da UBS ao Centro Comunitário, conforme dito parênteses aberto na Metodologia (p.82), apesar de não se tratar de um estudo comparativo, mostra-se relevante estabelecer um paralelo entre um estudo pregresso realizado em Viçosa MG em 2001 e este atual estudo realizado em Belo Horizonte em 2005 de modo a elucidar esta questão.

Nas cidades de pequeno/médio porte (por exemplo Viçosa), a participação popular através dos conselhos municipais e outros são, conforme disse o informante 05, “*tutelada*”. Existe apenas para viabilizar os repasses dos valores ao município. Quando se chega na comunidade o grau de mobilização é baixo e poucas contam com uma associação de moradores, raras são as que têm uma sede para esta associação.

“A voz excluída quase sempre pertence a sujeitos tidos como tecnicamente inaptos para falarem, o que resulta na invalidação de seus pronunciamentos, quando isso eventualmente se dá. Nessa condição haverá uma reprodução da vida social em que estão mantidas”(SCHRAIBER, sd, p. 31).

Neste sentido, nas comunidades de cidades de pequeno/médio porte minimamente mobilizadas, dotá-las de um espaço para vocalização de suas demandas, para realização de atividades que promovam qualidade de vida, significa integrar o equipamento comunitário à UBS. De tal forma a extrapolar o programa mínimo da UBS, criando espaços de acordo com a especificidade local que efetivamente promovam saúde e favoreçam a participação popular e o exercício da cidadania. WILSON (sd) afirma tratar-se de um resgate de antigos centros de saúde.

“O centro de saúde antigo era um centro familiar, equipado com biblioteca, piscina, restaurante, palco e áreas de recreação. Seu objetivo era melhorar a qualidade de vida em uma área desprivilegiada. O laboratório médico ajudava a alcançar este fim” (WILSON, sd, p. 13).

Porém, o quadro encontrado em uma cidade de grande porte (Belo Horizonte) é diferente. Aqui existe um grau de mobilização maior, um Conselho de Saúde, um Orçamento Participativo que vem realizando seus trabalhos a mais de dez anos. Além disto, existe um programa intersetorial – BH Cidadania, já com investimentos previstos, que instala na comunidade um Centro BH Cidadania, além da articulação com outros equipamentos urbanos que efetivamente promovem qualidade de vida. Nesta situação, insistir com a idéia de integrar um centro comunitário à UBS seria propor a duplicidade de serviços na mesma área, o que poderia acarretar inclusive na perda de identidade, referência por parte da comunidade.

Assim, os resultados desta pesquisa conduziram no caso específico estudado (cidade de grande porte: Belo Horizonte) a abandonar a idéia da integração física entre UBS e Centro Comunitário. Diz-se física, porque se acredita que deva existir a maior integração e/ou articulação possível entre o Centro BH Cidadania e a UBS, bem como com a escola local e os outros equipamentos urbanos existentes.

Assim, o programa intersetorial BH Cidadania, através do Centro BH Cidadania já responde pela necessidade do Centro Comunitário.

De uma maneira geral, é possível concluir que para se pensar a respeito da disposição, da organização e localização de UBS integradas ou não à Centros Comunitários é preciso:

1. Conhecer as diretrizes para a construção ou reforma de UBS
2. Conhecer as políticas de saúde para a atenção primária.
3. Conhecer as especificidades do local de intervenção, o nível de mobilização e conscientização da população, a existência de programas intersetoriais direcionados à promoção da qualidade de vida, evitando assim a duplicidade de atividades na mesma área, o que confunde até a identificação por parte dos usuários e por tanto dificulta o estabelecimento da apropriação e do sentimento de pertencimento.

De acordo com o apresentado acima, os mapas e as entrevistas com diversos informantes colaboram e colaboraram neste trabalho de maneira efetiva para ampliar a compreensão dos fatos e circunstâncias específicas que compõe o tema, bem como reiterar a importância da participação destes

atores na consolidação de uma rede de UBS que realmente seja convidativa e represente a porta de entrada do SUS.

Assim, é importante considerar também a integralidade da atenção na hora de se pensar os espaços e fluxos.

Um ponto importante a ser levantado é a finalidade de, através da elaboração de um programa de necessidades para UBS Santa Rita de Cássia, oferecer recursos para discutir muitas outras situações iniciando um processo de construção coletiva junto aos futuros usuários²⁰ do novo espaço físico, representando um momento rico do exercício da cidadania, de modo a gerar uma maior implicação, participação e responsabilização por parte da comunidade. Fazendo com que a futura edificação favoreça a consolidação de uma identidade coletiva – congruente com os objetivos de uma gestão participativa orientada rumo à sustentabilidade.

Neste sentido, ganha importância a criação do sentido social do lugar, a elaboração de um simbolismo compartilhado que aglutine a comunidade e possibilite a elaboração de uma identidade coletiva positiva e por fim a responsabilidade social daqueles que se dispõem a trabalhar a relação pessoa – ambiente.

Com relação em específico ao estudo de caso desenvolvido para a UBS Santa Rita de Cássia é evidente a necessidade de reforma já aprovada pelo OP 2005/2006.

Nesta reforma, além do programa arquitetônico proposto é importante considerar a questão do prédio existente enquanto edificação de relevante interesse histórico, buscando preservar a fachada principal, a questão da importância da programação visual e do uso das cores, do espaço de convivência ao ar livre, a recuperação do jardim frontal e outras questões já citadas nos resultados.

Acredita-se que o anexo ao Centro de Saúde que funciona no aglomerado deva continuar existindo no atual espaço físico consolidando a referência à unidade sede e assim facilitando o encaminhamento. E que também a efetiva implantação do Centro BH Cidadania contribuirá ainda mais para a consolidação da coesão social e da participação.

²⁰ Usuário entendido como usuários do espaço físico envolvendo profissionais, pacientes e outros.

Em relação às intervenções urbanas no entorno próximo a UBS Santa Rita de Cássia, conforme apresentado nos resultados, estas intervenções não se aplicam pois a Unidade já se apresenta em contexto urbano consolidado, com a existência de uma boa rede de equipamentos públicos urbanos.

É válido reafirmar que quando observadas de maneira superficial, as questões do contexto urbano podem parecer pouco relacionadas à atenção primária em saúde e à UBS em si, porém quando se encara a saúde em termos amplos aproximando-a de qualidade de vida, estas questões urbanas dentro de um enfoque intersetorial adquirem nítida relevância.

Enfim, defende-se a idéia de que a arquitetura seja considerada um parceiro em potencial para a produção do cuidado, bem como para a efetiva consolidação da UBS como porta de entrada do SUS. A partir da premissa que a arquitetura interfere no comportamento humano e assim deve ser conduzida de maneira a gerar bem estar e satisfação ao usuário. Defende-se a idéia de que um resgate social e humano das relações na saúde pública, perpassa necessariamente por um resgate físico-espacial destas unidades.

“Não se pode prever o final do processo histórico; embora o projetemos como politicamente democrático e socialmente igualitário para ser ecologicamente saudável” (MINAYO, 1998, 18).

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

ALMEIDA, M.C.P. **Políticas de Saúde no Brasil na década de oitenta – resumo histórico**. Ribeirão Preto. Apostila do Departamento de Enfermagem Materno Infantil e de Saúde Pública – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP , 1990.

AROUCA, S. Implementação da Reforma Sanitária através do SUDS. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, n°22, 1998.

AYRES, J.R.C.M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. vol. 6, n°1, 2001, p.63-72.

BELO HORIZONTE. Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. Plano regional de empreendimentos Orçamento Participativo 2005/2006. Belo Horizonte.

_____. Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. 10 anos de Orçamento Participativo. Belo Horizonte. Dez/2003.

_____. Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. Orçamento Participativo 2005/2006 - Metodologia. Belo Horizonte. 2004.

_____. Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. Lei nº 7165 de 27 de agosto de 1996 – Institui o Plano Diretor do município de Belo Horizonte. Belo Horizonte. 1996.

_____. Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. Secretaria Municipal da Coordenação de Gestão Regional Centro Sul/ Secretaria Municipal Regional de Serviços Sociais. Programa BH Cidadania – Vila Santa Rita de Cássia. Belo Horizonte. 2001.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. Índice de vulnerabilidade da saúde. Jun/2003.

_____. Secretaria de Coordenação Municipal da Política Social. Programa BH Cidadania: participação, intersetorialidade e o estado em redes sociais. Jussara Fátima Liberal de Oliveira (Org) Belo Horizonte. 2004.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. 1998. (www.senadofederal.gov.br – acessado em 08/09/04)

_____. VIII Conferência Nacional de Saúde. Relatório Final. Brasília, 1986.

_____. Decreto lei n° 94.657-20, de 20/07/87. Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde nos Estados. Brasília, 1987.

_____. Ministério da Previdência e a Assistência Social/ Ministério da Educação e Cultura. Ações Básicas de Saúde, 1985.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2607 de 10 de dezembro de 2004. Plano Nacional de Saúde/PNS – Um pacto pela saúde no Brasil. Brasília, 2004.

_____. ANVISA. Resolução RDC nº 50 de 21 de fevereiro de 2002- Dispõe sobre o regulamento técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Brasília, 2003.

- CAMARGO JR., K.R. (Ir)racionalidade médica. Os paradoxos da clínica. *PHISIS - Revista de saúde coletiva*. V.02, n. 01, p.202-209. 1992.
- CAMPOS, G.W.S., MERHY, E.E. (org) *Planejamento sem normas*. São Paulo: Hucitec, 1989. p53-60.
- CAMPOS, G.W.S. *A saúde pública e a defesa da vida*. São Paulo: Hucitec, 1991.
- CAMPOS, G.W.S. *A clínica de sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada*. 1996/7.
- CAPRA, F. *O ponto de mutação*. São Paulo: Ed. Cultrix, 1982.
- CARDOSO, C.F.; CAMISSASA, M.M.; MIRANDA, P.S. Arquitetura e Urbanismo, instrumento de materialização físico- espacial na atenção primária à saúde. In: Congresso Paulista de Saúde Pública, 8, 2003, Ribeirão Preto. *Re-vento práticas e teorias*, 2003, p. 371
- CARVALHO, M. I. C. Psicologia ambiental – algumas considerações. *Psicologia Teoria e Pesquisa*, Brasília, 1993, vol 9, n° 2, p. 435-447.
- CARVALHO, S.R. CAMPOS, G.W.S. *Reforma dos modelos de atenção à saúde: Acolhimento e organização das equipes de referência na rede básica da Secretaria Municipal de Betim/Minas Gerais*. (trabalho encaminhado para publicação), sd, 27p.
- CEBES – Nacional – PREV. SAÚDE. *Saúde em debate*. Rio de Janeiro. N°12, 1981.
- CUNHA, J.P., CUNHA, R.E., Sistema Único de Saúde – Princípios. In: CAMPOS, F.E., OLIVEIRA Jr., M. TONO, L.M. Planejamento e gestão em saúde. *Cadernos de Saúde*, 1998, v.01 p 13-25.
- CZERESNIA, D. (org) *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.
- DIMENSTEIN, M.D.B. *O psicólogo no contexto do Sistema único de Saúde (SUS): perfil do profissional e perspectivas de atuação nas Unidades Básicas de Saúde (UBS)*. Rio de Janeiro, 1998. Tese de Doutorado - Universidade Federal do Rio de Janeiro.
- ELIALI, G. A. Psicologia e Arquitetura: em busca do locus interdisciplinar. *Estudos de Psicologia*. 1997, vol. 2, n° 2, p. 349-362.
- FORTES, P. A C. MARTINS, C.L. A ética, a humanização e a saúde da família. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Brasília: vol. 53, n°especial, dez/2000, p. 31-33.
- FRANCO, T.B. BUENO, W.S., MERHY, E.E.. *Acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim*. (<http://www.datasus.gov.br/ens/inovador/betim.htm>. Acessado em 10/08/2001)
- GIOVANELLA, L. Estado de bem estar contemporâneo: políticas de contenção versus bases de sustentação. *Saúde em debate*. Rio de Janeiro, vol. 24, n° 54, jan/abr 2000, p.22-37.
- GIOVANELLA, L. Sistemas municipais de saúde e a diretriz da integralidade da atenção. *Saúde em debate*. Rio de Janeiro, v.26, n° 60, p-37-61, jan/abr 2002.
- Instituto Brasileiro de Administração Municipal, Rio de Janeiro. *Centro de Estudos e Pesquisas Urbanas. Manual para elaboração de projetos de edifícios de saúde na cidade do Rio de Janeiro: posto de saúde, centro de saúde e unidade mista*. Rio de Janeiro, IBAM/CPU. PCRJ/SMU, 1996.
- KUHN, T. *A estrutura das revoluções científicas*. São Paulo: Perspectiva, 1994.

- LIMA, J.C. et al. Desigualdades no acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. *Saúde em debate*. Rio de Janeiro, vol. 26, n° 60, jan/abr 2002, p.62-70.
- MALTA, D.C. FERREIRA, L.M. MERHY, E.E. *Acolhimento. Um relato da experiência de Belo Horizonte*. 2000.
- MALTA, D.C. Gomes, M.A. A experiência do orçamento participativo em Belo Horizonte e as prioridades da saúde. In: Anais *VI Congresso de Saúde Coletiva da ABRASCO* (Assoc. Brasileira de Saúde Coletiva). Salvador, ago/2000.
- MENDES, E.V. *Atenção primária à saúde no SUS*. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.
- MENDES, E.V. *Uma agenda para a saúde*. São Paulo, Hucitec, 1996, p. 232-297
- MENEZES, J.N.C. BEVILACQUA, P.D. PEREIRA, P.L.L. Saneamento, Estado e Legislação de Saúde. *Óikos: Revista Brasileira de Economia Doméstica*, Viçosa, v.09, n.01, p.42-7, 1995.
- MENICUCCI, T.M.G. *Saúde no Brasil: desafios para a construção de um sistema público eficiente e eficaz*. Acessado em 02/03/00 – <http://cepev.ufmg.br/bacp/fevereiro15/menicucci15.htm>
- MERHY, E.E. CECILIO, L.C.º NOGUEIRA FILHO, R.C. Por um modelo tecno-assistencial da política de saúde em defesa da vida: contribuição para as conferências de saúde. *Saúde em debate*. Rio de Janeiro, n° 33, dez 1991, p.83-89.
- MERHY, E.E. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec, 2002.
- MIGUEZ, C. A evolução histórica dos estabelecimentos físicos de saúde pública no município do Rio de Janeiro. *Revista Saúde em foco*. Rio de Janeiro, n° 22, jan/2002, p. 7-20.
- MINAYO, M.C. *O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo- Rio de Janeiro: Hucitec, 1998.
- MIRANDA, P.S.C. Capítulo I da tese de doutorado (orientador –referência incompleta).
- MINAS GERAIS, Secretaria do Estado de Saúde. *Construindo ou reformando Unidades Básicas de Saúde*. Maria Rizeide Negreiros de Araújo et al. Belo Horizonte, 2004.
- MINAS GERAIS, Resolução da Secretaria do Estado de Saúde nº 604 de 19 de novembro de 2004.
- MOORE, G. T. Estudos de comportamento ambiental. IN: SNYDER, J.C. CATANESE, A. **Introdução à Arquitetura**. Rio de Janeiro: Editora Campus, 1984. P. 65-87.
- MORENO, E. POL, E. Apropiación, simbolismo del espacio e identidad social. In: MORENO, E. POL, E. *Nociones psicosociales para la intervención y la gestión ambiental*. Barcelona: Publicacions Universitat de Barcelona, 1999, p. 45-55.
- NUNES, E. D. Saúde coletiva: história de uma idéia e de um conceito. *Saúde e Sociedade*. vol.3, n°2, 1994, p. 5-21.
- POL, E. La apropiación del espacio. In INIGUEZ, L POL, E. *Cognición, representación y apropiación del espacio*. Barcelona: Publicacions Universitat de Barcelona, 1996, p. 45-62.

Programa Saúde da Família: Entrevista a Heloíza M. Souza. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Brasília: vol. 53, n'especial – trabalhos encomendados, dez/2000, p. 7-16.

SCHRAIBER, L.B. MENDES-GONÇALVES, R.B. Necessidade de saúde e atenção primária. In: SCHARAIBER, L.B. (org) *Saúde do Adulto. Programas e ações na Unidade Básica*. São Paulo, Hucitec, p. 29-47.

SAWAYA, AL. (org) *Desnutrição urbana no Brasil em um período de transição*. São Paulo: Cortez, 1987.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO PAULO. *Acolhimento: o pensar, o fazer, o viver*. 2002. São Paulo. 129p.

SEGAWA, H. Resíduo de utopia – o desenho e a tecnologia minimalista de Joan Villá. *Revista Projeto* São Paulo, n. 162, p. 48-58, abril/1993.

SOARES, L.T. As atuais políticas de saúde: os riscos do desmonte neoliberal. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Brasília, v.53, n'especial, dez/2000, p. 17-24.

STACHTCHENKO, S. JENICEK, M. Conceptual differences between prevention and health promotion: research implication for community health programs. *Canadian Journal of Public Health*. V.81, Jan/feb 1990. P.53-59.

TANAKA, O.Y. A porta de entrada do sistema unificado e descentralizado de saúde - SUDS. *Saúde em debate*. N.28.

THORNBERG, J. M. Psicologia y arquitectura: notas breves. In: JIMENEZ-BURILLO, F.J. ARAGONÉS, J.I. (orgs) *Introducción à la Psicología Ambiental*. Barcelona: Aliança, 1991, p. 33-49.

TOBAR, F. YALOUR, M.R. *Como fazer teses em saúde pública: conselhos e idéias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisas*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2001.

WILSON, M. *Saúde, Atitudes e Valores*. Primeira parte da comunidade, um desafio. Ed. Paulinas. Coleção dos melhores cadernos publicados nos cadernos _ CONTACT. p.16-14.

WHO. *Otawwa Charte for health promotion*. In: An International Conference on Health Promotion Canadá, nov.1986. Canadá. WHO/Health and Welfare Canada/ Canadian Public Health Assoc, 1986.

ZANON, M.L.C. *Sistema de atenção à saúde: questões relevantes à educação para a saúde*. Nota de aula - Curso de Educação para a saúde. Brasília, 1989.

ANEXOS

1. Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde (CEP SMSA/PMBH)
2. Termo de consentimento livre e esclarecido
3. Lista de Esquemas
4. Lista de Fotos
5. Lista de Figuras
6. Lista de Quadros
7. Lista de Mapas

LISTA DE ESQUEMAS

- Esquema 01** Categoria do sentido da mudança de paradigma (MENDES, 1996, p.234)
- Esquema 02** Esquema Ilustrativo do sistema de saúde, com a evidente diferença entre o que se propõe e o que acontece na prática.
- Esquema 03** Rede horizontal integrada (MENDES, 2002)
- Esquema 04** Modelos assistenciais atuais
- Esquema 05** Processo educativo: Novas abordagens exigem redimensionamento (ZANON, 1991, p.09).
- Esquema 06** Tipos de relação (MERHY, 2002, p. 58).
- Esquema 07** Fluxo do Acolhimento (MALTA, sd, p. 11).
- Esquema 08** Aspectos considerados na arquitetura.
- Esquema 09** Esquema conceitual (MORENO, 1999)
- Esquema 10** Componentes e interações conceituais (POL, 1996)
- Esquema 11** Atribuições de estabelecimentos assistenciais (BRASIL. Resolução RDC n' 50, de 21 de fevereiro de 2002, p. 24).
- Esquema 12** Como funciona o OP (PMBH. OP 10 anos, 2003, p. 06)

LISTA DE FOTOS

- Foto 01** Vista das casas onde funcionam a UBS e o PSF (CARDOSO, 2001, p. 54).
- Foto 02** UBS Sta Rita de Cássia
- Foto 03** NAF Sta Rita de Cássia e anexo da UBS.
- Foto 04** Escola Estadual José Carlos Guaraná Menezes.
- Foto 05** Vista interna da UMEI (Unidade Municipal de Educação Infantil)
- Foto 06** Vista externa da Casa de Brincar
- Foto 07** Vista externa da UMEI
- Foto 08** Antiga sede da Igreja
- Foto 09** Atual sede da Igreja.
- Foto 10** Salão da atual sede da Igreja.
- Foto 11** Biblioteca Comunitária na sede da Igreja
- Foto 12** Futura sede do Centro BH Cidadania.
- Foto 13** Detalhe fachada da UBS.
- Foto 14** Detalhe da sala de imunização. Da metade inferior da janela para baixo é possível avistar a iluminação da Copa e na metade superior o telhado em telhas onduladas de fibro cimento.
- Foto 15** Chegada da UBS (recepção), evidente ampliação.
- Foto 16** No primeiro plano a Recepção, depois da divisória a Sala de acolhimento e no fundo porta de acesso à Copa.
- Foto 17** A Sala de acolhimento (circulação indireta de ar)
- Foto 18** A Sala de acolhimento (circulação indireta de ar)
- Foto 19** Lateral externa
- Foto 20** Local para reunião dos grupos, ao fundo parede pintada recentemente é o ambiente destinado à direção.

LISTA DE FIGURAS

- Figura 01** Exemplo do escopo produzido pela SMSA-BH para uma UBS com 03 ESF
- Figura 02** Exemplo do escopo produzido pela SMSA-BH para uma UBS com 05 ESF.
- Figura 03** Área da abrangência da UBS Sta Rita de Cássia
- Figura 04** Área da abrangência da UBS Sta Rita de Cássia – equipamentos institucionais
- Figura 05** Pirâmide etária (BH. SMSA. Índice de Vulnerabilidade da Saúde, 2003)
- Figura 06** Croqui do Anexo à UBS Santa Rita de Cássia que funciona no aglomerado.

LISTA DE QUADROS

Quadro 01 Promoção de saúde X Prevenção de doenças (STACHTCHENKO, 1992, p. 59).

LISTA DE MAPAS

- MAPA 01** UBS e sua respectiva área de abrangência
- MAPA 02** Índice de Vulnerabilidade da Saúde 2003. (FONTE: SMSA-BH, Gerência de Epidemiologia e Informação –GEEPI. Índice de Vulnerabilidade da Saúde 2003).
- MAPA 03** Mapa com a indicação das nove áreas piloto do BH Cidadania já em funcionamento ou em fase de implantação. (Base SCOMPS)
- MAPA 04** Mapa com IQVU. Fonte: Prefeitura de Belo Horizonte (PBH) / Secretaria Municipal de Planejamento (SMPL)
- MAPA 05** Mapa Exclusão Social (IVS). Fonte: Prefeitura de Belo Horizonte (PBH) / Secretaria Municipal de Planejamento (SMPL) e Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social (SMDS).
- Mapa 06** Empreendimentos aprovados na temática saúde no OP 2005/2006
- Mapa 07** Empreendimentos aprovados na temática saúde no OP 2005/2006 relevantes à pesquisa.
- Mapa 08** Empreendimentos aprovados na temática saúde no OP 2005/2006 relevantes à pesquisa e áreas piloto do BH Cidadania..