



AS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DA FAMÍLIA (UBSFs) NO CONTEXTO DA ORGANIZAÇÃO DO ESPAÇO E DO TRANSPORTE PÚBLICO¹

Gilmar Borges Rabelo

gilmar_rabelo@hotmail.com

Mestre em Engenharia Civil

Universidade Federal de Uberlândia

Marcos Antônio Rodrigues

instrutormarcos@click21.com.br

Geógrafo, Mestre em Planejamento e Operação de Transporte

Universidade Federal de Uberlândia

Maria José Rodrigues

majurodrig@yahoo.com.br

Geógrafa, doutoranda em Geografia Universidade Federal de Uberlândia

William Rodrigues Ferreira

wferreira@ufu.br

Professor Dr. do Instituto de Geografia

Universidade Federal de Uberlândia

RESUMO

A delimitação do espaço territorial é um passo importante para a organização dos serviços de saúde; sendo que, os mais eficazes, eficientes e equitativos têm como elemento comum a sua estruturação numa base territorial. Este artigo analisa as condições de mobilidade e acesso ao “Programa Saúde da Família (PSF)” na região do núcleo Pampulha, na cidade de Uberlândia, Minas Gerais, apresentando alguns problemas enfrentados pelos pedestres, os quais não são exclusivos da região objeto de análise, merecendo destaque entre outros: comportamento inadequado dos usuários de veículos, principalmente motorizados em relação aos pedestres, contradizendo a condição de prioridade ao pedestre mesmo definida no Código de Trânsito Brasileiro (CTB); más condições e uso inadequado das calçadas públicas, local de uso exclusivo para trânsito de pedestres conforme legislação existente; ações incoerentes das autoridades na implantação dos locais de travessia; ausência de tratamento viário baseado na perspectiva do Desenho Universal; serviço ineficiente de transporte público; ausência de prioridade ao transporte por bicicletas (ciclovias, bicicletários, paraciclos) entre outros.

Palavras-chave: Programa Saúde da Família, pedestres e transporte público.

INTRODUÇÃO

Segundo preconiza BRASIL (2006) “... a idéia de mobilidade centrada nas pessoas é ponto principal a ser considerado numa política de desenvolvimento urbano que busque a produção de cidades justas, de cidades para todos, que respeitem a

¹ Eixos temáticos: 1. Política e sistemas de atenção à Saúde; 2. Monitoramento e vigilância em saúde

liberdade fundamental de ir e vir...”. Assim, as políticas sociais devem estar em sintonia com esta idéia na implantação das suas unidades de atendimento.

O PSF foi implantado no Brasil em 1994 e um de seus pressupostos básicos é ofertar serviços de saúde às populações de baixa renda próximo de seus locais de moradia. Para a realidade do município de Uberlândia os estudos para sua implantação e implementação se deram em 2003. Sendo critérios para a escolha dos locais a receberem o programa os seguintes: o bairro e a população existente em 2001, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), além de critérios sócio-econômicos, acessibilidade à unidade e indicadores de atenção básica tais como óbito infantil, óbito total, peso ao nascer, gravidez na adolescência e doenças cardiovasculares. Além disso, foi realizado o levantamento da necessidade de recursos humanos, equipamentos e infra-estruturar para o funcionamento das Unidades. com 33 equipes localizadas em três núcleos da zona urbana (Pampulha, Planalto e Morumbi) e uma equipe na zona rural. Esse programa utiliza o conceito de território para referenciamento da população a ser atendida em cada UBSF. Os documentos oficiais do Ministério da Saúde sobre o PSF mencionam que “os **limites da área de abrangência de**

Sendo assim o PSF foi implantado no final de 2003 **cada UBSF devem considerar barreiras físicas e vias de acesso e transporte da população às unidades de saúde**”. (grifo nosso). Sendo a UBSF Granada II (Figura 1) um pólo gerador de tráfego se torna necessário um tratamento especial para acessá-lo com segurança.

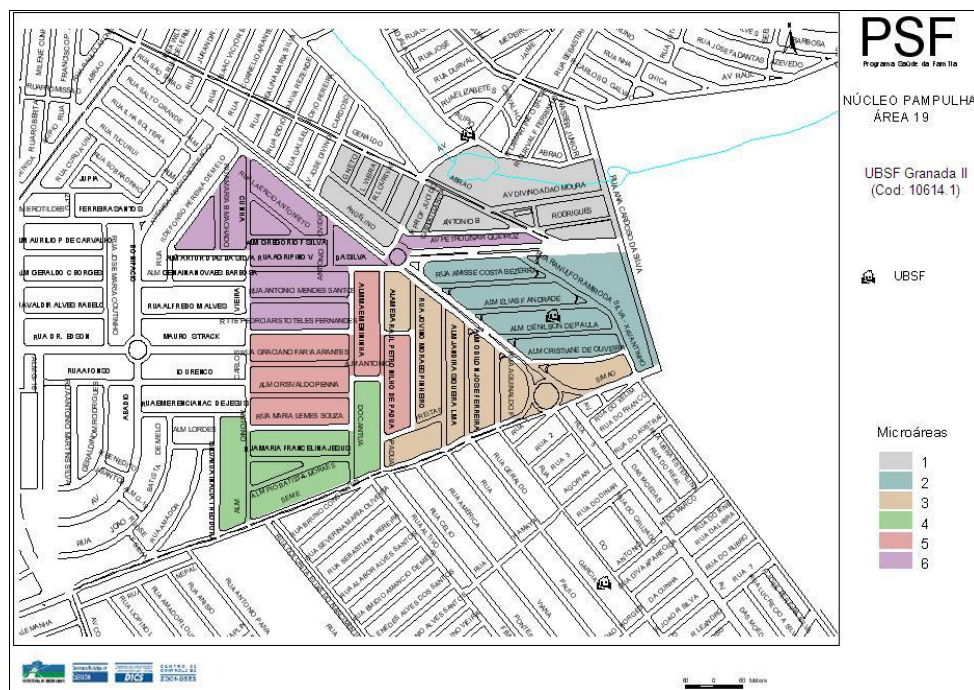


Figura 1– Área de abrangência da UBSF Granada II – SMS – Uberlândia, MG – 2008

Este trabalho tem como objetivos: analisar as condições de mobilidade dos pedestres ao terem acesso ao “Programa Saúde da Família (PSF)” na área de abrangência da UBSF Granada II, localizada na região do núcleo Pampulha, da cidade de Uberlândia-MG, além de contextualizar e apresentar reflexões sobre o modo de transporte a pé, assim como a educação para o trânsito, sendo que a metodologia utilizada foi revisão

bibliográfica nas principais publicações sobre o assunto e nas normatizações jurídicas sobre a temática, além disso, foram realizadas visitas técnicas ao local para observações empíricas que foram de grande contribuição. O artigo é dividido em seções que apresentam os seguintes assuntos: o Programa Saúde da Família: antecedentes histórico e implantação, sua configuração no município de Uberlândia, a organização espacial e o transporte não motorizado no acesso a UBSF Granada II, a educação para o trânsito neste contexto e por último as conclusões.

PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA: ANTECEDENTES HISTÓRICOS E IMPLANTAÇÃO

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

Os anos 90 do século XX foram marcados por crise econômica e fiscal no país, e pela busca de alternativas que possibilitassem a superação dos limites dos modelos de saúde vigentes. Pensando nas mudanças necessárias foram implantados programas, ações regulatórias e novas modalidades de alocações de recursos, tendo como objetivo aumentar o nível de equidade e eficácia do SUS. Neste contexto são implantados o Programa de Agentes Comunitários (PACS) em 1991, e o Programa Saúde da Família (PSF), em 1994. De acordo com VIANA e DAL POZ (1998) considera-se que as mudanças no modelo assistencial operadas dentro do SUS, por conta de dois novos programas estão provocando alterações tanto nas modalidades de alocação de recursos e formas de remuneração das ações de saúde, quanto na forma de organização dos serviços. Dessa forma, o PSF representa uma estratégia de reforma incremental do sistema de saúde no Brasil, tendo em vista que o programa aponta para mudanças importantes na forma de remuneração das ações de saúde (superação da exclusividade do pagamento por procedimentos), nas formas de organização dos serviços e nas práticas assistenciais no plano local, e, portanto, no processo de descentralização.

O atendimento é prestado pelos profissionais das equipes de saúde da família (médicos, enfermeiros, psicólogos, auxiliares de enfermagem, agentes comunitários de saúde, dentistas e auxiliares de consultório dentário) na unidade de saúde ou nos domicílios. Essa equipe e a população acompanhada criam vínculos de coresponsabilidade, o que facilita a identificação, o atendimento e o acompanhamento dos agravos à saúde dos indivíduos e famílias na comunidade.

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

O processo de territorialização é visto como uma etapa da implantação do PACS e PSF. As equipes devem definir *a priori* a população a ser atendida, o que é colocado,

inclusive, como requisito para o financiamento do programa pelo Ministério da Saúde. Este processo implica no cadastramento e “adscrição” de uma população a ser atendida por cada agente e Equipe de Saúde da Família. Segundo Pereira e Barcelos (2006, p.55) a leitura dos documentos legais sobre o PSF permite que se identifiquem alguns requisitos importantes para a delimitação das áreas e micro áreas nesse Programa:

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

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

Santos (1996) diz que o espaço é formado por um conjunto indissociável de sistemas de objetos e de sistemas de ações não considerados isoladamente:

Considerar o espaço como esse conjunto indissociável de sistemas de objetos e sistemas de ações, assim como estamos propondo, permite, a um só tempo, trabalhar o resultado conjunto dessa interação, como processo e como resultado, mas a partir de categorias susceptíveis de um tratamento analítico que, através de suas características próprias, dê conta da multiplicidade e da diversidade de situações e processos. (SANTOS, 1996, p. 52)

O sistema de mobilidade (trânsito e transporte) deve então ser considerado como fator primordial para a determinação da área de abrangência das UBSFs, pois esse critério torna o acesso às UBSFs mais eqüitativo. A distribuição e hierarquização do sistema viário é um fator importante a ser considerado para a escolha dos locais de instalação das UBSFs permitindo que o acesso a essa unidade seja feito de forma rápida e mais direta possível, evitando-se cruzamentos de vias de trânsito rápido, como vias arteriais e coletoras.

A CONFIGURAÇÃO DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA EM UBERLÂNDIA

Em Junho de 2003, elaborou-se uma reorientação do modelo de assistência à saúde

em Uberlândia, definido pela implantação do Programa Saúde da Família, com o qual se criou uma planilha de critérios de análise para escolha das áreas a serem objetos de intervenção do programa. Levou-se em consideração o bairro e a população existente em 2001, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE), além de critérios sócio-econômicos, acessibilidade à unidade e indicadores de atenção básica tais como óbito infantil, óbito total, peso ao nascer, gravidez na adolescência e doenças cardiovasculares. Além disso, foi realizado o levantamento da necessidade de recursos humanos, equipamentos e infra-estruturar para o funcionamento das Unidades.

Em setembro de 2003, foi implantado o PSF em Uberlândia sendo o processo de implementação desse programa realizado pela equipe da Divisão de Gestão de Trabalho do SUS (DGTS) da Secretaria Municipal de Saúde, composta por Médico, Psicólogos, Assistente Social e Enfermeiro. Esta mesma equipe coordenou o processo de seleção, treinamento introdutório, capacitação continuada, com apoio e monitoramento às Equipes de Saúde da Família em Recursos Humanos - organização do serviço e avaliação de desempenho (Uberlândia, 2004).

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

É necessário que a equipe da Saúde da Família conheça a realidade da população que atende organizações familiares e comunitárias, desenvolvendo um processo de planejamento a partir desta realidade, possibilitando, assim, ações compatíveis com as necessidades da comunidade.

Os instrumentos utilizados para obter os conhecimentos da comunidade atendida pelo Programa Saúde da Família em Uberlândia foram os seguintes: Cadastramento das famílias; Oficinas de territorialização; Reconhecimento do território; Visitas domiciliares; Análise dos indicadores de mortalidade e morbidade; Obtenção de informações com informantes chaves da comunidade.

O conhecimento do espaço de atuação de cada equipe de Saúde da Família é um passo importante para a caracterização da área a ser atendida, representando muito além de uma superfície, caracterizando um espaço político e social que expressa as condições e hábitos de vida da população. Esta prática permite identificar os equipamentos sociais e as situações que interferem no dia a dia da comunidade local. As observações do espaço de cada equipe possibilitaram verificar os aspectos físicos do local, a localização dos equipamentos sociais, áreas com acúmulo de lixo, córregos e outros aspectos visíveis que indicassem as diferentes condições de vida dos residentes da área.

Quando o município se estruturou em 2003 para a implantação do PSF a previsão inicial era atender, segundo estimativa, 105.540 pessoas agrupadas em 28.524 famílias. No final do ano de 2004, o cadastro de pessoas no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) apontava para uma cobertura de 36.551 famílias, com 133.168 pessoas, ultrapassando a previsão inicial. Já no ano de 2008 o mesmo sistema

registrou 180.578 pessoas cadastradas no Programa Saúde da Família no município de Uberlândia deste total 88.557 são do gênero masculino e 92.021 são do gênero feminino.

A população atendida pelo PSF, em maio de 2009, está distribuída em 24 bairros da cidade e nos quatro distritos da zona rural: Cruzeiro dos Peixotos, Martinésia, Miraporanga e Tapuirama. Na zona urbana, são atendidos os seguintes bairros: Acimação, Alvorada, Buritis, Carajás, Dom Almir, Joana D'arc, Granada, Ipanema, Jardim Canaã, Jardim das Palmeiras, Jardim Holanda, Lagoinha, Laranjeiras, Mansões Aeroporto, Mansour, Maravilha, Morada Nova, Morumbi, Santa Luzia, São Lucas, São Jorge, São José, Shopping Park e Taiaman. Verifica-se um total de 41 equipes distribuídas em cinco núcleos: núcleo Luizote, com quatro equipes, Planalto com oito Equipes de Saúde da Família, núcleo Morumbi, que possui 10 equipes, núcleo Pampulha o maior de todos com 16 Equipes de Saúde da Família, núcleo Roosevelt com duas equipes, além de uma equipe na zona rural (Uberlândia, maio/2009) (CONFORME ANEXO I.)

A ORGANIZAÇÃO ESPACIAL E O TRANSPORTE NÃO MOTORIZADO NO ACESSO ÀS UBSFS

Conforme visto no item anterior, o Programa Saúde da Família exige alguns critérios na escolha do local de instalação da unidade de atendimento, dentre os quais podemos citar a distribuição espacial da população, a rede viária existente e os meios de transporte disponíveis e acessíveis à população atendida, dentre aqueles relacionados à organização e planejamento do espaço e do transporte urbano.

Neste artigo foi utilizada a UBSF GRANADA II (**Erro! Fonte de referência não encontrada.**), localizada na Rua Elias Andrade, 200 – Bairro Santa Luzia, como objeto de estudo para a análise dos critérios citados quando da escolha do local de sua implantação.

Com referência ao primeiro critério, fica clara a necessidade de atendimento de uma população regionalizada com característica sócio-econômicas de baixa renda e que não dispõem de recursos financeiros para utilização de outros modos de transporte a não ser os não motorizados; a pé ou de bicicleta, ou o sistema de transporte público motorizado, isto é, ônibus coletivo. Desta forma a distribuição espacial da população deve ser observada, primeiro pela renda familiar para que haja uma atuação técnica uniforme e segundo pela própria uniformidade de distribuição demográfica para que não haja uma subutilização da equipe de agentes.

O segundo critério está relacionado à forma, distribuição e hierarquização do sistema viário uma vez que o acesso à UBSF deve ser feito de forma rápida e mais direta possível, evitando-se cruzamentos de vias de trânsito rápido, como vias arteriais e coletoras. Para tanto, a delimitação das regiões de abrangência da unidade deve estar em sintonia com o planejamento da ocupação dos espaços urbanos e com o planejamento do sistema viário local.

Ao observarmos o mapa da **Erro! Fonte de referência não encontrada.** notamos que a delimitação da área abrangida pela UBSF Granada II está seccionada por uma via arterial, a Rua Raul Petronilho de Padua, e uma coletora, a Av. Angelino Favato, que estabelecem barreiras viárias, dificultando a transposição das mesmas, principalmente nos horários de pico do trânsito local.

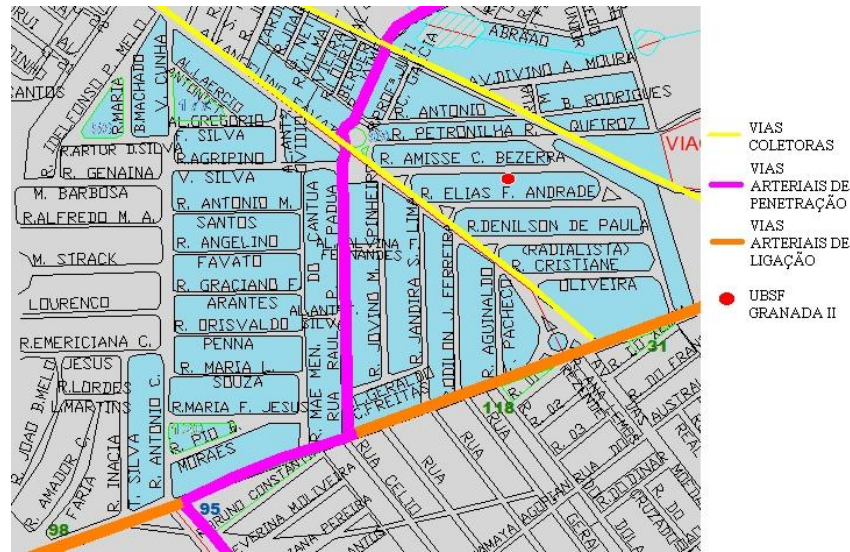


Figura 2-- Área de abrangência da UBSF Granada II – SMS – Uberlândia, MG – 2008

Levando-se em consideração o modo de transporte utilizado pela maioria dos habitantes da área de abrangência e tomando-se por referência as observações efetuadas no local, constata-se que o modo mais utilizado pelos usuários das UBSFs é o modo a pé (Figura 3 e Figura 4). Segundo Brasil (2006) “Caminhar, além de ser a forma mais antiga e básica de transporte humano, constitui-se no modo de transporte mais acessível e barato”. Entretanto, a população, de forma geral, tem sido usurpada do direito a este modo de transporte em detrimento do uso do modo de transporte individual motorizado, quer seja pelos veículos denominados de passeio quer seja pelas motos.

Nas últimas décadas, o planejamento de transportes no Brasil tem voltado atenção especial para garantir a fluidez do trânsito dos modos de transporte motorizados e se esqueceu que as pessoas necessitam de lançar mão do transporte a pé para pequenas distâncias, como para ir à farmácia da esquina, ao supermercado e, até mesmo, para fazer uso do transporte coletivo. Nesta visão, os locais por excelência destinados ao trânsito de pedestres, as calçadas públicas, ficaram à mercê do descaso público e do uso indevido desses espaços pela população.



Figura 3



Figura 4

Acesso a pé à UBSF – Granada II

O Código Brasileiro de Trânsito (Brasil, 1997) define como “parte da via, normalmente segregada e em nível diferente, não destinada à circulação de veículos, reservada ao trânsito de pedestres e, quando possível, à implantação de mobiliário urbano, sinalização, vegetação e outros fins” e a Lei Complementar 041 (Uberlândia, 1992) identifica a calçada pública como sendo local destinado exclusivamente ao trânsito de pedestres e apresenta os seguintes critérios para sua construção:

Art. 172 – Os passeios públicos deverão:

I – apresentar rampas no sentido transversal com declividade inferior a cinco por cento;

II – ser construídos somente com materiais antiderrapantes;

III – não apresentar degraus, quando o logradouro público tiver declividade inferior a quinze por cento;

IV – ter a superfície contínua e não interrompida por canteiros ou qualquer outra obra que provoque obstrução à passagem dos pedestres;

Parágrafo único – considera-se entre outros, material derrapante para construção de passeios públicos:

- a) ardósia;
- b) mármore;
- c) marmorite;
- d) pastilha;
- e) cerâmica lisa;
- f) cimento liso (Uberlândia, 1992. p. 02)
- g)

Ao analisar o modo de transporte sob o enfoque deste artigo, qual seja, as condições de implantação e utilização do Programa Saúde Familiar – PSF, pode-se constatar que a grande maioria da população atendida dentro da área de abrangência das unidades se deslocam a pé, pelo simples motivo da proximidade das residências em relação a essas unidades.

Entretanto, tal modo se torna extremamente perigoso para os pedestres, uma vez que as calçadas públicas não oferecem as condições adequadas de trânsito devido à falta de conservação, tipo de acabamento inadequado, existência de degraus e rampas de acesso de veículos a garagens, uso como depósito de lixo e entulho, colocação de mesas e cadeiras de bares, dentre outros, ou mesmo pela inexistência de acabamento das mesmas. A Figura 5 e a Figura 6 mostram alguns casos de condições de intrafabilidade das calçadas públicas no entorno da UBSF Granada II.

Não obstante à apropriação indevida, pode-se observar, em muitos casos, que a prioridade dada ao modo de transporte motorizado o espaço destinado ao trânsito de pedestres tem sido parcialmente incorporado às pistas de rolamento com o objetivo de melhorar o fluxo deste tipo de transporte. Neste sentido, o curso de Gestão Integrada da Mobilidade Urbana destaca que:

Nas cidades brasileiras, particularmente nos grandes centros urbanos, durante os últimos 50 anos de automobilismo, o pedestre passou de doador de espaço para o automóvel para aquele que solicita, como por empréstimo, um pequeno chão para seu deslocamento e, hoje, cada vez mais, concorre com o próprio automóvel por espaço no leito carroçável, visto que as calçadas ou simplesmente não existem ou se tornaram tão inseguras quanto o leito carroçável. (Brasil, 2006)



Figura 5



Figura 6

Condições de intrafegabilidade das calçadas no entorno da UBSF Granada II

Ao analisarem-se estas fotos, observa-se uma contradição ao que estabelece o código de trânsito brasileiro em seu artigo 68, ao estabelecer que é assegurada ao pedestre a utilização dos passeios ou passagens apropriadas das vias urbanas e dos acostamentos das vias rurais para circulação. Além disso, a implantação de infraestrutura que considere os princípios e técnicas estabelecidas para o chamado Desenho Universal devem ser considerados como prioridade nas ações de planejamento dos espaços públicos, a exemplo do que vem acontecendo em vários países como Canadá. Nesse país, especialmente na cidade de Ontário, foi estabelecido programa a nível nacional onde esses princípios técnicos são avaliados desde a situação existente até os projetos e execução de obras que modifiquem a estrutura de uso dos pedestres de forma geral, quer sejam calçadas, espaços e mobiliários de uso público.

Dentre outras medidas adotada em Ontário estão o rebaixamento do meio-fio e a construção de rampa em toda a extensão da esquina nos cruzamentos das vias conforme ilustra a figura Figura 7 e a definição de uma faixa de serviço no sentido longitudinal das calçadas para colocação de mobiliários urbanos, bicicletários, plantio de árvores, dentre outros, garantindo espaço com largura suficiente para a fluidez do trânsito de pedestres com segurança e autonomia, de acordo com o que se observa na Figura 8.



Figura 7



Figura 8

Calçadas nas vias públicas em Ontário – Canadá/1993

Outro modo de transporte que poderia ter uma utilização maior no transporte dos usuários do Programa da Saúde da Família é o não motorizado de bicicleta.

Entretanto, tal modo nem sempre é utilizado, primeiro pelo risco dos usuários em detrimento do maior fluxo e veículos motorizados, o que provoca grande risco de acidentes com maiores conseqüências para os ciclistas e segundo pela falta de estrutura tanto para a circulação nas vias quanto pela falta de locais apropriados para estacionamento e guarda dos veículos. Países europeus como Alemanha, França, Holanda dentre outros e da América do Sul como a Colômbia (Bogotá) estão priorizando este modo de transporte, principalmente nos centros das grandes cidades, onde o trânsito apresenta acentuados níveis de conflito.

Estes problemas poderiam ser sanados ou minimizados com ações de planejamento e implantação de redes de ciclovias de ligação de pontos geradores e/ou atratores de viagens, sejam eles de trabalho, lazer, educação, saúde, etc., além da construção de bicicletários em pontos estratégicos, inclusive para servir como suporte para integração intermodal de transporte urbano.

A EDUCAÇÃO PARA O TRÂNSITO NESTE CONTEXTO

Além das intervenções que dizem respeito às condições de infra-estrutura física para a acessibilidade e mobilidade dos usuários de serviços das UBSFs, o comportamento inadequado na circulação também deve ser levado em consideração. Como exemplo desse comportamento tem-se: a não observância do CTB por parte dos motoristas e motoqueiros em relação à priorização dos pedestres, principalmente nos locais de travessia sinalizados; a conscientização dos pedestres quanto à segurança de caminhar nas calçadas eliminando-se assim o hábito de caminhar no leito carroçável, adquirido ao longo do tempo, conforme pode ser visto na Figura 9, etc.



Figura 9 – Pedestre caminhando na pista de rolamento, mesmo com calçadas em boas condições de trafegabilidade

Nesse sentido, a importância da Educação para o Trânsito é essencial para a diminuição de acidentes com atropelamentos e possibilitando que o modo a pé possa ser planamente utilizado por todos, a partir dos pequenos deslocamentos no entorno das residências até deslocamentos mais expressivos.

O Código de Trânsito Brasileiro (CTB, 1998) estabelece:

A educação para o trânsito é direito de todos e constitui dever prioritário para os componentes do sistema nacional de trânsito (Artigo 74) e A educação para o trânsito será promovida na pré-escola e nas escolas de 1º, 2º, e 3º graus, por meio de planejamento e ações coordenadas entre órgãos e entidades do Sistema Nacional de Trânsito e de Educação, da União, dos Estados, do Distrito Federal, e dos Municípios nas respectivas áreas de atuação (Artigo 76).

Ao analisar a bibliografia referente à educação para o trânsito, merece destaque os objetivos a serem alcançados por esta modalidade de educação estudada pelo autor Vasconcelos (2000), que ressalta que a educação será realmente válida desde que esteja relacionada a teoria e a prática, bem como a reapropriação dos espaços de circulação, deve promover maior conscientização das pessoas a respeito dos problemas do trânsito, bem como concretizar a canalização do desejo coletivo de melhorar as condições de segurança e qualidade de vida, mudança no comportamento no trânsito local, com redução de conflitos e acidentes, e principalmente a formação de uma mentalidade de segurança de trânsito.

Diante das teorias apresentadas, deve ser focado o conceito de educação para o trânsito, no qual o ponto principal é a preparação das pessoas para serem cidadãos, que respeitem todos os usuários da via pública, principalmente os mais frágeis como ciclistas e pedestres, principalmente os idosos e portadores de deficiência física. Entretanto, esta preparação de ser iniciada a partir da educação regular, onde o aluno do ensino médio pode constituir-se no ator importante para influenciar o meio de convivência, tornando-se um agente multiplicador junto à família e a comunidade.

Por outro lado merece destaque também neste contexto que para circulação segura, os usuários das vias devem observar questões de segurança, e ações em educação para o trânsito, são de extrema relevância, devendo para isso: relacionar a teoria e a prática, promover uma maior conscientização das pessoas a respeito dos problemas do trânsito, despertar um desejo coletivo de melhorar as condições de segurança no trânsito.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao analisarmos as condições de mobilidade na região analisada, detectamos alguns problemas enfrentados pelos pedestres, os quais não são exclusivos da região objeto de análise, merecendo destaque entre outros: comportamento inadequado dos usuários de veículos, principalmente motorizados em relação aos pedestres, contradizendo a condição de prioridade ao pedestre definida no Código de Trânsito Brasileiro (CTB), más condições e uso inadequado das calçadas públicas, local de uso exclusivo para trânsito de pedestres conforme legislação existente e ações incoerentes das autoridades na implantação dos locais de travessia.

A adequação dos espaços de circulação considerando a Mobilidade Sustentável e a Acessibilidade Universal se faz urgente haja vista as interferências na natureza provocadas pelo crescente aumento da frota de veículos a combustão e, conseqüentemente, a necessidade de incentivar o transporte por meios não motorizados além do transporte coletivo por ônibus.

Neste contexto a educação para o trânsito apresenta papel relevante, sendo que esta modalidade de educação esta regulamentada na legislação de trânsito, devendo atingir entre outros, os seguintes objetivos: relacionar a teoria e a prática, promover uma maior conscientização das pessoas a respeito dos problemas do trânsito, despertar um desejo coletivo de melhorar as condições de segurança no trânsito e qualidade de vida, mudança de comportamento no trânsito, despertar uma preocupação com a segurança.

Assim sendo, no atual estágio de elaboração do artigo científico podemos apresentar as seguintes conclusões:

A localização das UBSFs não leva em consideração os pressupostos legais relativos ao sistema viário; a mobilidade na região analisada apresenta deficiências, no que tange à circulação através de modos não motorizados; não existem políticas públicas eficazes na cidade de Uberlândia para a circulação de pedestres e ciclistas,

contradizendo as orientações do “Curso de capacitação em gestão integrada da mobilidade urbana” do Ministério das Cidades; existem diversas contradições entre as normatizações jurídicas e técnicas com a realidade; a educação para trânsito deve ser instituída conforme determina o CTB integrando os diversos órgãos envolvidos no assunto.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Lei 8080**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Congresso Nacional. 1990.

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

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

CANADÁ, Ontario. **Planning for Barrier-Free Municipalities - A Handbook & Self Assessment Tool. National Action Committee on Municipal Access. A How-to Manual on Municipal Access**. Disponível em <http://www.mah.gov.on.ca/Page1290.aspx>. Acesso em 25/04/2009.

_____. **Gestão integrada da mobilidade urbana – Curso de Capacitação**. Ministério das Cidades/Secretaria Nacional de Transporte e da Mobilidade Urbana – SEMOB. 2006

_____. **Código de Trânsito Brasileiro**. Brasília. Lei nº 9.503, de 23 de setembro de 1997. Diário Oficial da União do dia 16/10/1997. Brasília. 1997. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9503.htm. Acesso em 2 de Abril de 2009.

MENDES, E. V. et al. Distritos Sanitários: Conceitos-chave. IN: MENDES, E. V. et. al. **Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. São Paulo – Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 1999.

PEREIRA, M. P.; BARCELLOS, C. O território no Programa de Saúde da Família. **Hygeia**, Uberlândia, 2(2), p. 47-55, jun 2006. Acesso em: 05 de maio de 2009. Disponível em: <www.hygeia.ig.ufu.br>

SANTOS, M. **A natureza do espaço: técnica e tempo, razão e emoção**. São Paulo: Editora Hucitec. 2004.

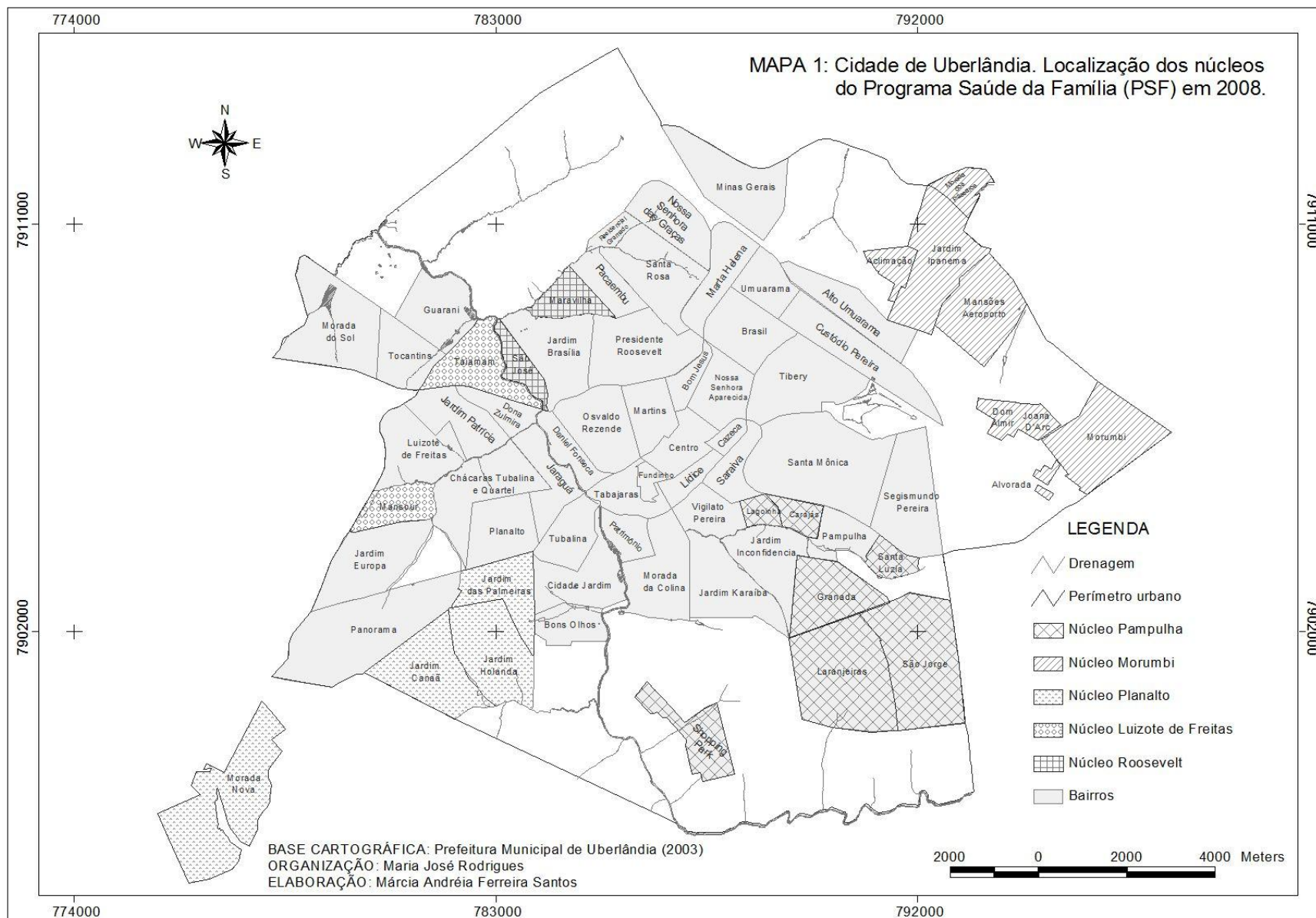
UBERLÂNDIA. Diretoria de Informação e Comunicação em Saúde. **Saúde Informativo**. Programa Saúde da Família. Ano I nº 1 – ano 2004. Secretaria Municipal de Saúde. 2004.

_____. Diretoria de Informação e Comunicação em Saúde. **Saúde Informativo**. Programa Saúde da Família. Ano V nº 1 – ano 2008. Secretaria Municipal de Saúde. 2008.

_____. **Lei complementara 041** – altera o código de obras do município de Uberlândia, de 25 de novembro de 1992. Câmara Municipal de Uberlândia. 1992

VASCONCELOS, Eduardo, A. **Transporte urbano nos países em desenvolvimento: reflexões e propostas**. 3ª ed. São Paulo: Annablume, 2000.

VIANA, A. L. D’A.; DAL POZ, M. R.. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o programa de Saúde da Família. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, 1998. p. 11-48.



Anexo I