

AS UNIDADES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE DA FAMÍLIA DE UBERLÂNDIA NO CONTEXTO DA ORGANIZAÇÃO DO ESPAÇO URBANO

Maria José Rodrigues

Geógrafa, doutoranda em Geografia, Universidade Federal de Uberlândia
rodriguesmariaj@hotmail.com

Marcos Antônio Rodrigues

Geógrafo, Mestre em Planejamento e Operação de Transporte, Universidade Federal de
Uberlândia
instrutormarcos@click21.com.br

Gilmar Borges Rabelo

Mestre em Engenharia Civil, Universidade Federal de Uberlândia
gilmar_rabelo@hotmail.com

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 a uma unidade da Estratégia de Saúde da Família 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: Estratégia de saúde da família. Pedestres. Transporte público.

THE UNITS OF PRIMARY ATTENTION IN FAMILY'S HEALTH IN UBERLÂNDIA IN THE CONTEXT OF URBAN SPACE ORGANIZATION

Abstract

The space delimitation is an important step for the organization of the health services; that is to say the most effective, efficient and equitable they have as common element their structuring in the territory. This article analyzes the conditions of mobility and access to a

unit of the Strategy of Family's Health in the Pampulha region, in Uberlândia, Minas Gerais, presenting some problems for the pedestrians, which are not exclusive of this region analysis, deserving prominence among others: inadequate behavior from the car's users, mainly motorized in relation to the pedestrians, contradicting the priority of the pedestrian defined in the Code of Brazilian Transit (CTB); sidewalks in bad conditions and without accessibility, where is supposed to be just for pedestrian and public use pursuant the legislation; the crosswalks are located in anywhere, without previous research; lack of road treatment in the perspective of the Universal Drawing; inefficient service of public transportation; lack of priority to the bicyclists transportation (bike lines, bike parking) among others.

Keywords: Strategy of family's health. Pedestrians. Public transportation.

Introdução

Segundo preconiza BRASIL (2006) a ideia 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 liberdade fundamental de ir e vir. Assim, as políticas públicas devem estar em sintonia com este pressuposto na implantação das suas unidades de atendimento à população.

A Estratégia de Saúde da Família foi implantada 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 os 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), condições socioeconômicas, acessibilidade à unidade e indicadores de atenção básica tais como óbito infantil, óbito total, peso ao nascer, gravidez na adolescência e doenças cardiovasculares. Também feito o levantamento da necessidade de recursos humanos, equipamentos e infraestrutura para o funcionamento das Unidades. Com 40 equipes distribuídas em seis núcleos da zona urbana (Luizote, Morumbi, Pampulha, Planalto, Roosevelt e São Jorge) conforme mapa 1 e uma equipe na zona rural. Esta estratégia utiliza o conceito de território para referenciamento da população a ser atendida em cada Unidade de Atenção Primária em Saúde da Família (UAPSF).

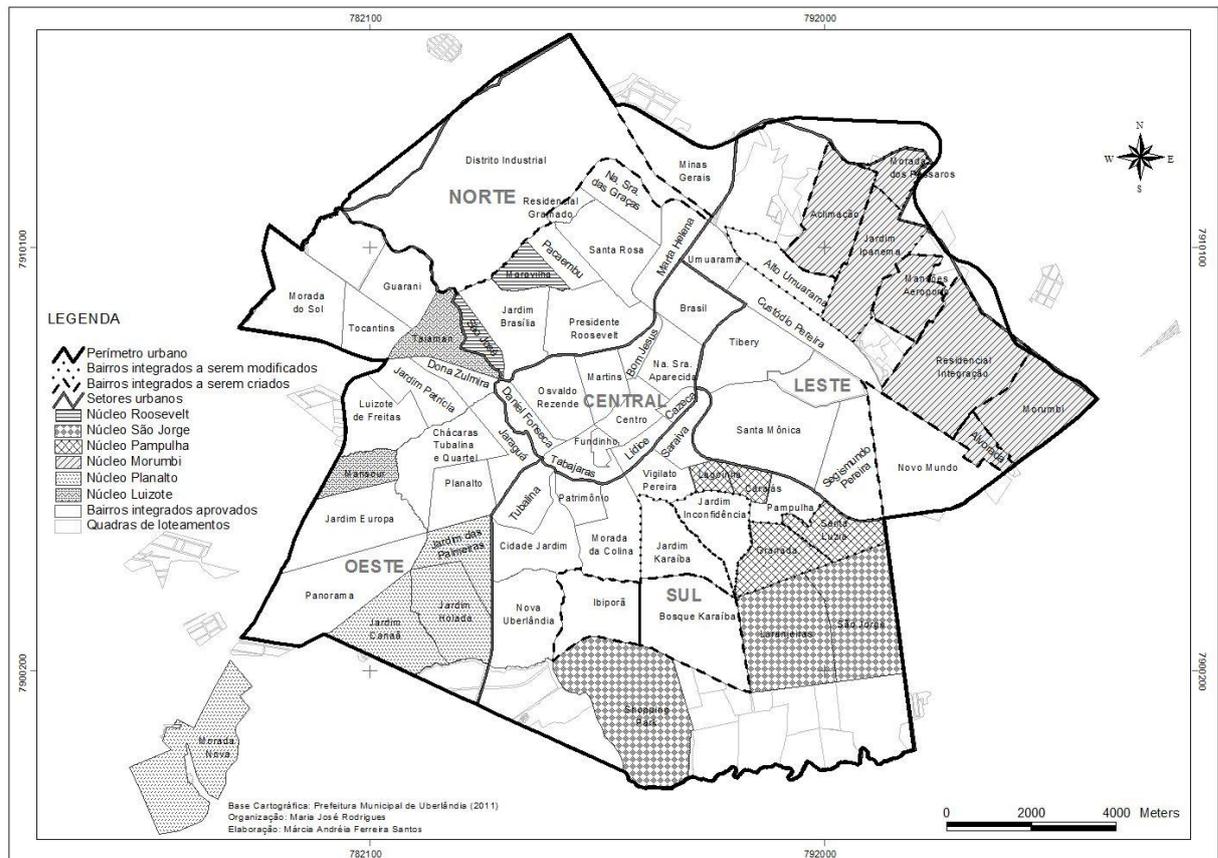
As Unidades de Atenção Primária em Saúde da Família de Uberlândia no Contexto da Organização do Espaço Urbano

Maria José Rodrigues; Marcos Antônio Rodrigues; Gilmar Borges Rabelo .

Objetivos

Neste trabalho temos como objetivos analisar as condições de mobilidade dos pedestres ao terem acesso a Estratégia de Saúde da Família na área de abrangência da UAPSF 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.

Mapa 1: Cidade de Uberlândia - Núcleos da Estratégia de Saúde da Família, 2012.



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Uberlândia, 2012.

Metodologia

Utilizaram-se os seguintes procedimentos para a realização deste estudo: revisão bibliográfica; utilização da base cartográfica digital de 2000, em formato CAD, fornecida pelo IBGE; utilização do software ArcView 3.2 para elaboração dos mapas. Decidiu-se analisar as condições de acesso a UAPSF Granada II tendo como foco o transporte não motorizado. Foram realizados vários trabalhos de campo ao local para observações empíricas e

coleta de imagens que foram de grande contribuição para o entendimento da realidade local. O artigo está dividido em seções que apresentam os seguintes assuntos: Estratégia de Saúde da Família: antecedentes históricos e implantação, sua configuração no município de Uberlândia, a organização espacial e a educação para o trânsito neste contexto e por último as considerações finais.

Estratégia de 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 de 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.

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 co-responsabilidade, o que facilita a identificação, o atendimento e o acompanhamento dos agravos à saúde dos indivíduos e famílias na comunidade.

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 da estratégia 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) 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.** (grifo nosso).

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

Estratégia de saúde da família em Uberlândia

Em Junho de 2003, elaborou-se uma reorientação do modelo de assistência à saúde em Uberlândia, definido pela implantação da Saúde da Família, sendo esta implantada em setembro do mesmo ano. Entre as orientações estavam a criação de 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 socioeconômicos, 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 infraestrutura para o funcionamento das unidades, em nenhum momento foi considerado a questão das barreiras físicas e vias de acesso e transporte da população para acessar tais unidades de saúde.

Os instrumentos utilizados para obter os conhecimentos da comunidade atendida pela 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 e 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. 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.

A população atendida pela Estratégia de Saúde da Família em Uberlândia, em maio de 2012, está distribuída nos cinco setores territoriais urbanos. Verifica-se um total de 41 equipes distribuídas em seis núcleos da zona urbana e uma equipe na zona rural (UBERLANDIA, 2012).

A organização espacial e o transporte não motorizado no acesso às UAPSFs

Quando da escolha dos locais para instalação das UAPSFs seria necessário considerar que a população da área de abrangência, se desloca segundo a distribuição geográfica dos serviços de saúde, devendo considerar barreiras físicas e vias de acesso e transporte da população às tais unidades de saúde. Sendo a UAPSF Granada II (mapa 2) um polo gerador de tráfego se torna necessário um tratamento especial para acessá-lo com segurança.

Conforme mencionado a Estratégia de 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

As Unidades de Atenção Primária em Saúde da Família de Uberlândia no Contexto da Organização do Espaço Urbano

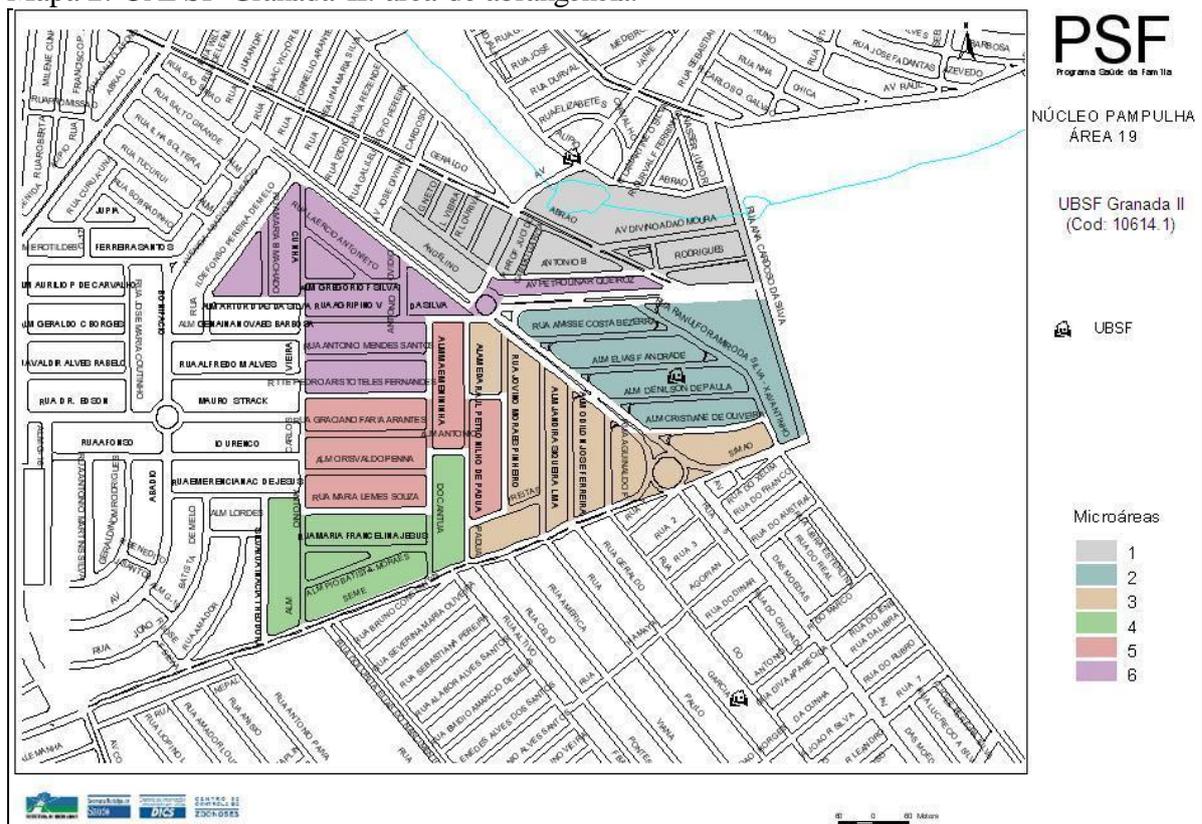
Maria José Rodrigues; Marcos Antônio Rodrigues; Gilmar Borges Rabelo .

e acessíveis à população atendida, dentre aqueles relacionados à organização e planejamento do espaço e do transporte urbano.

Neste artigo foi utilizada a UAPSF GRANADA II (MAPA 3) no 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 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.

Mapa 2: UAPSF Granada II: área de abrangência.



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Uberlândia, 2012.

O segundo critério está relacionado à forma, distribuição e hierarquização do sistema viário uma vez que o acesso à UAPSF deve ser feito de forma rápida e mais direta

Figuras 1 e 2: UAPSF Granada - Acesso a pé



Fonte: RODRIGUES, MA, 2011.

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 esquecendo 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 pública, ficaram à mercê do descaso público e do uso indevido desses espaços pela população.

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).

Ao analisarmos o modo de transporte sob o enfoque deste artigo, as condições de implantação e utilização da Estratégia de Saúde Família, 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 (RODRIGUES, 2007).

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. As Figura 3 e 4 evidenciam alguns casos de condições de intrafegabilidade das calçadas públicas no entorno da UAPSF Granada II.

Figuras 3 e 4: Entorno da UAPSF Granada II - condições de intrafegabilidade.



Fonte: RODRIGUES, MA, 2011.

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, p.36)

Ao analisarmos as figuras mencionadas anteriormente, observamos 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.

Outro modo de transporte que poderia ter uma utilização maior no transporte dos usuários da Estratégia de 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 consequências 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 (na cidade de 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 tratores 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 infraestrutura física para a acessibilidade e mobilidade dos usuários de serviços das UAPSFs, 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 nas figuras 5 e 6.

Figuras 5 e 6 – Proximidades da UAPSF Granada II - pedestre caminhando na pista de rolamento, mesmo com calçadas em boas condições de trafegabilidade.



Fonte: Rodrigues, MA, 2011.

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 plenamente 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).

Dentre autores que se dedicam a temática educação para o trânsito, destacamos 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 enfocado o conceito de educação para o trânsito, no qual o ponto principal é a preparação das pessoas para serem cidadãs, 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

A localização das UAPSFs 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 Código de Trânsito Brasileiro integrando os diversos órgãos envolvidos no assunto.

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 motorizados 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.

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.

_____. **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.

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 25/04/2011.

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 2012. Disponível em: <www.hygeia.ig.ufu.br>

RODRIGUES, Maria José. **Espaço e serviços de saúde pública em Uberlândia: uma análise do acesso ao Núcleo Pampulha.** Uberlândia. 2007. 199p. (dissertação de Mestrado em Geografia).

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 5 – ano 2008. Secretaria Municipal de Saúde. 2008.
_____. Diretoria de Informação e Comunicação em Saúde. **2012.**

_____. **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.