



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO – UFPE
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS - CFCH
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS GEOGRÁFICAS – DCG
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GEOGRAFIA - PPGeo**

JULIANA RODRIGUES DE SOUZA ARAÚJO

**PRÁTICAS DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA FRENTE ÀS
INIQUIDADES SOCIAIS EM SAÚDE – DISCUTINDO O PAPEL DO
TERRITÓRIO**

**Recife
2015**

JULIANA RODRIGUES DE SOUZA ARAÚJO

**PRÁTICAS DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA FRENTE ÀS
INIQUIDADES SOCIAIS EM SAÚDE – DISCUTINDO O PAPEL DO
TERRITÓRIO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Geografia da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Geografia.

Orientador: Prof. Dr. Jan Bitoun

**Recife
2015**

Catálogo na fonte
Bibliotecária Maria do Carmo de Paiva, CRB4-1291

A663p Araújo, Juliana Rodrigues de Souza.
Práticas da estratégia de saúde da família frente às iniquidades sociais em saúde : discutindo o papel do território / Juliana Rodrigues de Souza Araújo. – Recife: O autor, 2015.
115 f. il. ; 30cm.

Orientador: Prof. Dr. Jan Bitoun.
Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco, CFCH. Programa de Pós-graduação em Geografia, 2015.
Inclui referências, apêndice e anexos.

1. Geografia. 2. Saúde pública. 3. Equidade (Direito). 4. Programa Saúde da Família (Brasil). 5. Participação social. I. Bitoun, Jan (Orientador). II. Título.

910 CDD (22.ed.)

UFPE (BCFCH2015-35)

JULIANA RODRIGUES DE SOUZA ARAÚJO

**“PRÁTICAS DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA FRENTE ÀS
INIQUIDADES SOCIAIS EM SAÚDE – DISCUTINDO O PAPEL DO TERRITÓRIO”**

Dissertação defendida e aprovada pela banca examinadora:

Orientador: Dr. Jan Bitoun (UFPE)

2º Examinador: Dr. Anselmo Vasconcelos Bezerra (UFPE)

3º Examinador: Dr. Bertrand Roger Guillaume Cozic (DCG – UFPE)

RECIFE – PE

12/02/2015

À minha família, bem mais precioso e herança do amor de Deus!
In Memoriam daqueles que partiram em 2014: minha Avó Iara,
meus tios Josildo e José Severino, minhas primas Maria
Carolina e Andréia, e o meu padrinho Edgar.

AGRADECIMENTOS

Ao longo do percurso de minha Pós-Graduação, muitas pessoas estiveram presentes, alguns me ajudando diretamente com sugestões, críticas e incentivos, outros me apoiando no aspecto afetivo, o que me deu o equilíbrio necessário para chegar ao final dessa caminhada.

Por isso, agradeço:

Em primeiro lugar, a Deus, por ter sempre me mantido na maior serenidade, mesmo nos momentos mais difíceis e permitindo que tudo isso se realizasse na mais perfeita harmonia espiritual.

À Espiritualidade Amiga, que se fez presente em todos os momentos, sustentando-me.

Ao meu marido, em especial, companheiro leal no amor e nos estudos, agradeço o seu empenho e dedicação desde o primeiro dia. Te amo!

À minha filha Giullia, fonte de inspiração, é por ela que busco um amanhã sempre melhor. Você é muito especial para mim!

Aos meus pais, Jairo e Cema que, apesar de suas limitações, educaram-me no caminho do bem e sempre torceram pelo meu sucesso.

À minha irmã Joseane, que me auxiliou no estudo das outras línguas.

Aos meus entes queridos, parentes e amigos que partiram durante a pesquisa – minha avó Yara, meus tios Josildo e José Severino, meu padrinho Edgar, minha prima do coração, Carol, minha amiga Andréia; ainda que não estejamos no mesmo plano, sinto que vibram por minhas conquistas.

À minha cadelinha Nina que, com seu carinho, demonstrado principalmente quando eu chegava em casa após a jornada exaustiva de trabalho e estudos, recebia-me com uma alegria impressionante.

À Universidade Federal de Pernambuco - UFPE, por ser este celeiro inesgotável de oportunidades e por fazer parte da minha história acadêmica e profissional. Tenho orgulho de ser UFPE!

Aos mestres dessa instituição, em especial, o meu orientador, Professor Dr. Jan Bitoun, que no auge de sua paciência e sabedoria, incentivou-me e direcionou os meus pensamentos para a pesquisa científica.

À Professora Msc. Maria da Penha Carlos Sá, do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco e Coordenadora de Enfermagem do Hospital das Clínicas de Pernambuco - UFPE, pelo apoio e incentivo.

Ao Professor e amigo Thiago, um agradecimento especial pela inspiração a mim concedida na Aula-campo da Hidrelétrica de Xingó - AL, em 24/08/2012, revelando as múltiplas potencialidades que a Geografia pode ter, dentre elas, a minha atual linha de pesquisa: Geografia da Saúde.

Aos meus colegas de caminhada: Pedro Gomes, Washington Félix, Fábio Peixoto, Júlio César, Paulo Cabral, Sunamita Íris, Valtemira e Gustavo Borges. Conseguimos!

Ao Hospital das Clínicas de Pernambuco – UFPE, em especial a Enfermaria de Pediatria, local de trabalho a 12 anos, que me fez aprender inclusive com as dificuldades.

À Prefeitura Municipal de Olinda, em especial à Unidade de Saúde da Família de Jatobá, todos os seus funcionários pela ajuda e incentivo. Lugar fonte de inspiração!

Enfim, Senhor, agradeço por tudo e a todos que, direta ou indiretamente, auxiliaram-me no caminho.

DEZ DICAS PARA PERMANECER SAUDÁVEL

- Não seja pobre, se puder, pare de ser; se não puder, tente não ser por muito tempo;
- Não tenha pais pobres;
- Tenha um carro;
- Não tenha um emprego manual, mal pago e estressante;
- Não viva num pardieiro;
- Seja capaz de viajar nos feirados e tomar sol;
- Trate de não perder o seu emprego e ficar desempregado;
- Desfrute de todos os benefícios a que tem direito, seja por desemprego, por aposentadoria, por doença ou por invalidez;
- Não viva perto de uma estrada movimentada ou de uma fábrica poluidora;
- Aprenda a preencher o formulário de auxílio moradia antes de tornar-se morador de rua.

(Dave Gordon- Townsend Center for Internacional Poverty Research: in Saving Lives, 1999)¶

RESUMO

O Sistema Único de Saúde surgiu no Brasil sob a perspectiva de direito social irrevogável, tendo a equidade como princípio doutrinário. Neste país de dimensões continentais, permeado por diversidades que fomentam o processo das iniquidades sociais em saúde, a equidade passa a ser um grande desafio. Para transpor esses problemas é necessário que a saúde busque parceiras intersetoriais e transdisciplinares, como a Saúde Pública faz com a Geografia, apropriando-se de temas como o território, numa perspectiva de atender a etiologia múltipla que o conceito ampliado de saúde estabelece. Dessa forma, foi selecionado o serviço da Estratégia de Saúde da Família – ESF, numa abordagem fenomenológica através da análise quali-quantitativa de suas práticas; cujo objetivo é correlacionar o mapeamento da cobertura da ESF, da área da Regional de Saúde 4, em Olinda – PE, com as áreas de maior risco para o desenvolvimento das iniquidades, considerando o conceito ampliado em saúde e os determinantes sociais de saúde. Os resultados apontam para um déficit na distribuição de cobertura de ESF na localidade e para a necessidade de reestruturação do trabalho em saúde a partir da organização e da apropriação do território adscrito pelas referidas equipes. Numa perspectiva mais abrangente, pode-se concluir que a participação social efetiva diante das variadas demandas que condicionam a saúde mostra-se como alternativa à minimização das iniquidades sociais, devendo, portanto, ser objeto permanente de trabalho dos profissionais de saúde.

Palavras-chave: Território. Iniquidades Sociais em Saúde. Estratégia de Saúde da Família. Intersetoriais e Transdisciplinares. Participação Social.

ABSTRACT

The Health System in Brazil emerged from the perspective of social irrevocable law, with equity as doctrinal principle. In this country of continental dimensions, permeated by diversity that fosters the process of social inequities in health, equity becomes a major challenge. To overcome these problems it is necessary that health seeks intersectoral and transdisciplinary partners, such as the Public Health makes geography, appropriating issues such as territory, with a view to cater to multiple etiologies that expanded health concept down. Thus, we selected the service of the Family Health Strategy - ESF, a phenomenological approach through qualitative and quantitative analysis of their practices; whose goal is to correlate the mapping of ESF coverage, the area of Regional Health 4 in Olinda - PE, with the areas of greatest risk for the development of inequities, considering the concept expanded in health and social determinants of health. The results point to a deficit in the ESF cover distribution in the locality and the need for restructuring the health work from the organization and ownership of the territory ascribed by those teams. In a broader perspective, it can be concluded that effective social participation on the varied demands that affect health is shown as an alternative to minimizing social inequalities, and should therefore be permanent object of work of health professionals.

Keywords: Territory. Social Inequities in Health. Health Strategy for the Family. Intersectoral and Transdisciplinary. Social participation.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Regionais de Saúde de Olinda.....	28
Figura 2 - Regional de Saúde 4.....	31
Figura 3- Hipócrates.....	38
Figura 4 - Modelo de Determinação Social da Saúde por Dahlgren e Whitehead... 44	
Figura 5 - Iniquidade Social em Saúde – Determinante Social em Saúde Intermediário.....	46
Figura 6 - Modelo de Diderichsen e Hallqvist dos determinantes sociais.....	47
Figura 7 - Quadro Conceitual da CDSS.....	49
Figura 8 - Manejo dos DSS e das iniquidades.....	51
Figura 9- Trabalho da Agente Comunitária de Saúde.....	55
Figura 10 – Áreas prioritárias para expansão da ESF na Regional 4.....	73
Figura 11 – Unidade de Saúde da Família de Jatobá.....	76
Figura 12 - Rua Moreno, antiga Microárea 4.....	77
Figura 13 - Antiga Microárea 5.....	77
Figura 14 – Antigo mapa de abrangência da USF Jatobá.....	78
Figura 15 - Associação de Moradores de Jatobá.....	81
Figura 16 - Escola Estadual Floriano Peixoto.....	82
Figura 17 - PSE na Escola Wilson Souza.....	83
Figura 18 - Representação das Igrejas Evangélicas do território de Jatobá.....	84
Figura 19 - Igrejas Evangélicas nas antigas áreas de cobertura.....	85
Figura 20 - Reunião HIPERDIA na Igreja Batista.....	85
Figura 21 – Representação católica: A - Igreja Nossa Senhora da Ajuda e B – Grupo dos Idosos.....	86
Figura 22 - Área de lazer improvisada.....	87
Figura 23: Centro de candomblé.....	88
Figura 24 - Centro Espírita André Luiz.....	88
Figura 25- Acondicionamento inadequado de água potável.....	89
Figura 26 – Situação do esgoto: A – Canaletas abertas; B – Ligações clandestinas; e C- Fossa séptica.....	90
Figura 27- Iluminação precária.....	90
Figura 28 - Ponto de depósito de lixo.....	91
Figura 29 - Fábrica de cerâmica na área residencial.....	92

Figura 30 - Pavimentação improvisada.....	92
Figura 31 - Comércio e moradias.....	93
Figura 32 – Venda da laje.....	94
Figura 33 – Aproveitamento irregular dos espaços: A – Escada na calçada; B- Viela; e C – Edificação na rua.....	95
Figura 34 – Ocupação das encostas: A - Muro de Arrimo; e B - colocação de lonas plásticas nas encostas.....	96
Figura 35 - Escadaria construída pelos moradores.....	96
Figura 36 - Reuniões com a comunidade – USF - Jatobá.....	100
Figura 37 - Registro da Reunião com os Usuários.....	100

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Número de Habitantes das UDHS da Regional 4.....	57
Gráfico 2 -Taxa de Analfabetismo na população de 15 anos ou mais nas UDHS da Regional 4.....	58
Gráfico 3 - Percentual de Escolaridade da População de 25 anos ou mais das UDHS da Regional 4.....	60
Gráfico 4 - Renda Per Capita Média das UDHS da Regional 4.....	62
Gráfico 5 - Índice de Gini das UDHS da Regional 4.....	63
Gráfico 6 - Percentual da população que vive em domicílios com água encanada e coleta de lixo adequada das UDHS da Regional 4.....	64
Gráfico 7 - Percentual de pessoas que vivem em domicílios com abastecimento de água e esgoto inadequados das UDHS da Regional 4.....	66
Gráfico 8 - Índices de Desenvolvimento Humano Municipal das dimensões: Educação, Longevidade e Renda das UDHS da Regional 4.....	67
Gráfico 9 - Índices de Desenvolvimento Humano Municipal das UDHS da Regional 4.....	69
Gráfico 10 - Índices de Desenvolvimento Humano Municipal das UDHS da Regional 4.....	71

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Classificação das UDHS quanto ao risco de desenvolvimento das Iniquidades Sociais em Saúde utilizando o IDHM local.....	72
Quadro 2 - Distribuição do Número de Famílias por Microáreas – Antes da Redefinição do Território.....	80
Quadro 3 - Distribuição de Número de Indivíduos e Famílias por Microáreas.....	80

LISTA DE SIGLAS

AB – Atenção Básica
ACE – Agente de Combate a Endemias
AIDS – Acquired Immune Deficiency Syndrome
CDSS - Comissão sobre Determinantes Sociais em Saúde
CLT – Consolidação das Leis Trabalhistas
CNDSS - Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais em Saúde
CNS – Cartão Nacional de Saúde
COMPESA – Companhia Pernambucana de Saneamento
CSDH - Commission on Social Determinants of Health
DS – Distrito Sanitário
DSS – Determinantes Sociais de Saúde
EAB – Equipe da Atenção Básica
EJA – Educação de Jovens e Adultos
ESF – Estratégia de Saúde da Família
e-SUS – “Sistema Único de Saúde Eletrônico”
FJP – Fundação João Pinheiro
HIPERDIA – Hipertensão e Diabetes
HIV – Human Immunodeficiency Virus
IDHM – Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
MS – Ministério da Saúde
NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS - Organização Mundial de Saúde
PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PNUD – Programa de Desenvolvimento das Nações Unidas
PPGeo – Programa de Pós-Graduação em Geografia
PROUNI - Programa Universidade para Todos
RAS – Rede de Assistência à Saúde
RM – Região Metropolitana
RPA – Região Político-Administrativa
SDH – Social Determinants of Health
SISU - Sistema de Seleção Unificado

SUS – Sistema Único de Saúde

UDH – Unidade de Desenvolvimento Humano

UFPE – Universidade Federal de Pernambuco

UPE – Universidade de Pernambuco

USF – Unidade de Saúde da Família

WHO - World Health Organization

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	17
INTRODUÇÃO	20
PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	26
REFERENCIAL TEÓRICO	33
1 TERRITORIALIZAÇÃO – UMA FERRAMENTA DA GEOGRAFIA A SERVIÇO DA SAÚDE!	33
1.1 Reflexões sobre o Território.....	33
1.2 A Territorialização em Saúde.....	35
2 A SAÚDE E A DOENÇA – O ETERNO DUELO DE PARADIGMAS!.....	38
2.1 Processo Saúde-Doença – dos xamãs às terapias complementares.....	38
2.2 As Iniquidades Sociais em Saúde e a abordagem aos modelos de determinação social da saúde.....	41
RESULTADOS E DISCUSSÃO	53
3 A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA – UMA ANÁLISE QUALI-QUANTITATIVA EM ESCALA MUNICIPAL.....	53
3.1 As áreas adscritas e a geografia social de Olinda com base em indicadores quantitativos – Unidade de Desenvolvimento Humano (UDH).....	56
3.2 O território adscrito da Unidade de Saúde da Família de Jatobá – análise qualitativa a partir dos setores operacionais (Microáreas).....	74
3.3 Práticas da equipe de Saúde da Família de Jatobá.....	97
CONSIDERAÇÕES FINAIS	102
REFERÊNCIAS	104
APÊNDICE A - DISTRIBUIÇÃO DAS MICROÁREAS DA USF – JATOBÁ	108
ANEXO A – FICHA A	109
ANEXO B – FICHA D (DOS ACS)	111
ANEXO C – SSA 2	113

APRESENTAÇÃO

Acreditando que a nossa trajetória de vida é formada por eventos que não são obra do acaso e que cada momento, ainda que difícil, deve ser percebido como oportunidade de aprendizado, aqui estou tentando contextualizar acerca da minha experiência de vida pessoal, enquanto profissional da saúde e intelectual das ciências sociais.

Desde criança apresentava inclinação para a prática do cuidado com os indivíduos, entre as brincadeiras, estava “a de médico”, sempre examinando, questionando, buscando respostas; e quando escutava no noticiário as descobertas científicas ficava maravilhada. Que profissão era essa? Cientista?!

Mas nem tudo fica na ternura juvenil e já na adolescência, tendo que abandonar sonhos, descobri que era necessário trabalhar para contribuir com as despesas de casa. Para o enfrentamento dessa vulnerabilidade social só pude contar com minhas próprias atitudes.

Com muito esforço iniciei a faculdade de Enfermagem (2000 – 2005) e para garantir o seu custeio tive que buscar alternativas que pudessem conciliar o estudo e o trabalho, e para isso o curso de Auxiliar de Enfermagem, realizado na Universidade de Pernambuco – UPE (1999) foi muito útil.

O primeiro concurso público que fiz foi para o Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco – UFPE, onde fui aprovada e exerço essa profissão há 12 anos, numa enfermagem de Pediatria, mérito que me abre portas até hoje.

Até a conclusão da graduação conciliei Projeto de Iniciação Científica, eventos/trabalhos científicos, estágios obrigatórios e extracurriculares, experiências em sala de aula e acompanhamento de estágios de alunos de nível técnico, além do trabalho formal.

Realizei duas especializações no âmbito da Saúde Pública (2009 e 2011). Atualmente, sou enfermeira e gerente de uma unidade da Estratégia de Saúde da Família há mais de 5 anos no município de Olinda - PE.

Foi nessa vivência que tive a oportunidade de ser preceptora de acadêmicas do curso de Enfermagem, o que reforçou a certeza do meu potencial e da minha vontade em exercer atividades relacionadas ao ensino.

Acredito que tanta garra vem da minha história de vida, do valor que dou às minhas conquistas e, nessa história, a minha família tem papel fundamental.

Meus pais não tiveram a oportunidade de galgar nos estudos, mas o amor e a educação que me dedicaram não deixam a desejar a nenhuma família de alta classe social. Também tive o privilégio de encontrar um companheiro incrível, que muito me ajuda, o nosso entrosamento é tamanho e estamos em constante sintonia, já são 14 anos de casamento e uma linda filha.

Nessa perspectiva, compreendo que a minha dissertação não é fruto apenas desses intensos 24 meses de estudo e de mestres maravilhosos, mas é produto da história de uma vida de 34 anos – da minha vida, como são as condições de saúde dos pacientes/usuários que assisto, produto das suas histórias de vida. Fatores como a idade, a etnia, o sexo, a escolaridade, a renda, o trabalho, a habitação, a alimentação, a rede de apoio social onde estão inseridos, dentre muitos outros, impactam diretamente na situação de saúde das coletividades, determinando a saúde ou a doença dos indivíduos, apontando para uma conjuntura multifatorial do processo saúde-doença.

Para o enfrentamento dessas situações de vulnerabilidade social o Ministério da Saúde – MS criou, desde 1994, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS, e posteriormente, a proposta de Estratégia Saúde da Família – ESF, que visa à reorganização da Atenção Básica - AB no país de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde - SUS, a partir de uma orientação territorial.

Permeada por circunstâncias muitas vezes alheias às condições vividas pela maioria das pessoas, os territórios das comunidades multiplicam carências das mais diversas, que vão desde as precárias condições de saneamento básico até o contemporâneo cenário de violência ocasionado pelo tráfico de drogas.

A questão de assistir na Estratégia de Saúde da Família e estar muito próximo ao usuário, dentro do seu contexto físico e social, e, portanto, ciente da sua situação de vida, traz a necessidade de eclodir novas proposições terapêuticas pautadas em intervenções que estão além do setor saúde.

Nos últimos anos venho me interessando sobre a proposta e desenvolvi alguns trabalhos como: a Territorialização - uma ferramenta indispensável à Saúde da Família, apresentado no III Fórum Internacional de Geografia da Saúde, em São Luís – MA (2013) e o Programa Saúde na Escola – Exercício da Intersetorialidade e

da Transdisciplinaridade, apresentado no Congresso Nacional de Educação, em Campina Grande – PB (2014).

A minha temática no Programa de Pós-Graduação em Geografia – PPGeo tem consonância com a Saúde Pública/Coletiva, valorizando o diálogo interdisciplinar entre as mais diversas ciências e a ação intersetorial das políticas públicas – do comando à base, de forma a empoderar a população, em especial os grupos de indivíduos vitimizados pelas iniquidades sociais, em busca de melhores condições de vida e saúde.

INTRODUÇÃO

O referido estudo foi corroborado pela prática profissional da autora, enquanto profissional de Saúde Pública, na Unidade de Saúde da Família de Jatobá, localidade pobre e marginalizada do município de Olinda – Pernambuco, e pela sua formação enquanto sanitaria, vivenciando a percepção nítida das iniquidades sociais em saúde, ao se debruçar sobre o seu objeto de trabalho - o território adscrito – espaço politicamente constituído para que o setor saúde possa desenvolver as suas ações de responsabilidade técnico-sanitária para com a comunidade.

Diante dessa inspiração, onde a apropriação do território aparece como peça chave para o bom desenvolvimento das atividades de saúde na Atenção Básica, em especial, na Estratégia de Saúde da Família, e pelo fato das múltiplas concepções atribuídas a ele e percebidas de forma variada pelos diversos atores envolvidos no processo - profissionais de saúde e população em geral; e, numa perspectiva mais íntima, pela vivência de conflitos de cunho territorial vividos por sua equipe, tornou-se imprescindível o redesenho do seu território de ação, com a finalidade de aprimoramento da assistência do serviço de saúde.

Sob a apreciação dessa vertente surgiram indagações que nortearam a pesquisa: De que forma os profissionais da saúde pública brasileira lidam com as questões inerentes às iniquidades sociais em saúde? Como acontece o enfrentamento das iniquidades? Ele, de fato, acontece? Qual a contribuição do território? Para tanto, foi selecionado um serviço de saúde que é denominado de “porta de entrada” do sistema (SUS), amplamente difundido no território nacional e que, de fato, compreende a realidade das pessoas, por trabalhar exaustivamente a ferramenta da territorialidade - a Estratégia de Saúde da Família.

Sabe-se que a distribuição desigual da riqueza, associada a uma baixa capacidade de organização social e a uma participação política inexpressiva são fatores que desencadeiam uma situação de iniquidade em saúde, conceituada como uma situação injusta e evitável que denota desigualdade e leva ao adoecimento.

A Geografia é uma ciência dinâmica, cujo objeto de estudo é o espaço social e suas relações, apresentando diversas ramificações, mantendo a peculiaridade do diálogo com outras ciências. Nessa perspectiva transdisciplinar e inclusiva se destaca a premissa da ação intersetorial - a possibilidade de repensar conceitos

endurecidos e modelos arcaicos, construindo novos paradigmas, traçando novos caminhos que proporcionam o protagonismo dos sujeitos e estabelecem a simbiose entre os mais diversos campos das ciências. Assim está a Geografia para as Ciências da Saúde, em especial para a Saúde Pública. Muito além da proposta inicial de mera ferramenta epidemiológica da experiência de John Snow em Londres e dos moldes positivistas da Saúde, ela surge como uma alternativa eficiente de leitura do espaço e entendimento de suas inter-relações.

Ao pensar na saúde, imagina-se sentimentos de natureza positiva, onde o seu contrário é traduzido pelo fenômeno funesto da doença que pode culminar, inclusive, com a temida morte. Vocábulos de significância antagônica, saúde e doença tem origem latina – *salvus*, significa saudação, salvar; *dolentia* significa dor, padecimento. A saúde tem como sinônimos: estado do que é são, robustez, vigor, saudação, brinde, expressão usada para desejar bem-estar ou felicidade a alguém, geralmente em brindes ou despedidas e, também, expressão que se dirige a alguém que acabou de espirrar para lhe desejar saúde.

A definição clássica de saúde declarada no período pós-guerra pela Organização Mundial de Saúde - OMS apresenta-se com um viés que aponta para direções opostas, ora no campo da individualidade, arraigado no modelo biomédico, higienista e curativista que assola a saúde, até mesmo os dias atuais, ora no campo da coletividade, na busca utópica, para alguns, do bem-estar social, abrangente, interdependente da relação do homem com meio. “Saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afecções e enfermidades” (WHO, 1946).

Alguns autores fazem referência ao pensamento médico-social, outros, à abordagem marxista da saúde, outros ainda a definem como o conceito ampliado de saúde - um fenômeno ampliado, considerando a singularidade e multidimensionalidade da pessoa humana; definições à parte busca-se a essência, não excludente de ideias, mas complementar. Dessa forma, a saúde surge como resultado dos modos de organização da produção, do trabalho e da sociedade. Logo, melhorar as condições de vida da população, em suma significa melhorar as suas condições de saúde, destacando que o bem-estar oriundo da saúde tem origem na situação de moradia, emprego, renda, escolaridade, situação familiar, lazer, alimentação, transporte, dentre outras.

Dotado desses conhecimentos, vale a pena destacar a forma como se processou a conjuntura do sistema público de saúde brasileiro que conhecemos hoje que, apesar das dificuldades, é referência para muitos países.

Em um cenário pautado no autoritarismo da época, em plena Ditadura Militar, a saúde demandava questões cada vez mais complexas, fazendo eclodir um panorama de epidemias em solo nacional e assistindo às necessidades apenas daqueles indivíduos que tinham vínculo empregatício formal. A nação clamava por um modelo público de saúde, onde todos pudessem ser assistidos. A partir da década de 70, junto aos anseios de redemocratização, o Brasil vivenciou um movimento social forte, conhecido como Movimento pela Reforma Sanitária, que se estruturou nas universidades, no movimento sindical e em experiências regionais de organização de serviços de saúde, além da participação ativa de usuários, lutando por um sistema de saúde público, digno, mais igualitário, inspirado no modelo europeu, em especial o italiano.

Mais adiante, a 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986 foi o marco para a consolidação dessas ideias e serviu para garantir a regulamentação do setor saúde na Constituição Federal Brasileira de 1988. Abarcados nos artigos 196 ao 200, afirmam que a saúde é direito de todos e dever do Estado destacando as características da universalização, equidade, descentralização, integralidade e participação social no Sistema Único de Saúde.

A VIII Conferência Nacional de Saúde – CNS, em 1986, tinha como tema “Democracia é Saúde” e constituiu-se em fórum de luta pela descentralização do sistema de saúde pela implantação de políticas sociais que defendessem e cuidassem da vida (Conferência Nacional de Saúde, 1986). Era um momento chave do movimento da Reforma Sanitária brasileira e da afirmação da dissociabilidade entre a garantia da saúde como direito social irrevogável e a garantia dos demais direitos humanos e de cidadania. O relatório final da VIII CNS lançou os fundamentos da proposta do Sistema Único de Saúde - SUS (1990 *apud* BRASIL, 2010, p. 9).

Nos seus princípios ideológicos e doutrinários, o SUS - Sistema Único de Saúde surgiu numa perspectiva social, tanto na sua construção, a partir do Movimento da Reforma Sanitária, quanto na participação popular de sua regulação, através da legitimidade conferida aos Conselhos e Conferências de Saúde. A saúde ganhava o *status* político-social, uma vez que o Estado é o seu provedor, e à sociedade cabe o papel de intermediar todo o processo, fiscalizando-o e

direcionando as suas demandas, de forma que sejam elaboradas políticas públicas que atendam suas reais necessidades.

Vislumbrando a realidade das coletividades humanas verificam-se condições e situações que diferem entre si e de outras, configurando assim a singularidade do trabalho em saúde. Esse trabalho deve ter como preceito bem fundamentado o princípio da equidade, não apenas para identificar a peculiaridade, a diferença, o fator chave para a sustentação do processo saúde-doença, mas para entender a situação e fomentar uma condição que deixe o indivíduo “em pé de igualdade” com os outros indivíduos, se assim pode-se dizer e fazer. Muito mais que igualdade, a equidade trata-se de adaptar a teoria aprendida à prática vivenciada em conformidade com cada situação, agindo com um senso de justiça, elencando-se as situações prioritárias como foco de ação. Entenda-se por essas situações aquelas que denotam alguma vulnerabilidade ao indivíduo e que proporcionem um risco em potencial para o seu adoecimento.

A Estratégia de Saúde da Família - ESF, ícone da Saúde Pública e do Sistema Único de Saúde – SUS, serviço mais difundido no território brasileiro e estrutura básica do sistema; utiliza-se fortemente da Geografia, uma vez que está fundamentado sob uma base territorial distinta, o território adscrito, no qual todas as suas ações são organizadas a partir do diagnóstico local e pensadas a partir da análise do espaço. É na observância desse território que se torna possível a compreensão das vulnerabilidades e das iniquidades sociais em saúde. Certamente, com a adoção dessa postura a ESF seria um celeiro de oportunidades promissoras, uma vez que resgataria princípios doutrinários do sistema como a equidade e o controle social, que foram adormecidos nesses mais de 20 anos de SUS!

Logo, o referido estudo se justifica a partir da perspectiva que a produção da saúde está para além das questões da própria saúde, buscando respostas e articulações arrojadas, mas não utópicas, que ultrapassem a forma cartesiana e positivista de fazer saúde, através de parcerias e possibilidades inovadoras - transdisciplinares e intersetoriais, com a finalidade de promover esse bem complexo e genuinamente social que é a saúde. Do ponto de vista da academia, pretende-se, com esse estudo, fomentar os debates acerca da valorização da análise do território para as questões de saúde pública, dentre elas o enfrentamento das iniquidades sociais em saúde, questões pouco exploradas pela geografia, apesar de ser um campo vasto em demandas e análises transdisciplinares. Assim, acredita-se que

além da contribuição teórica sobre a discussão do território e das iniquidades, os resultados apresentados possam servir de instrumentos de apoio aos gestores da área da saúde no que diz respeito ao planejamento e à gestão de políticas que utilizam o território como unidade de planejamento e a equidade como premissa da assistência à saúde.

Essa pesquisa tem como objetivo geral correlacionar o mapeamento da cobertura da Estratégia de Saúde da Família – ESF, da área da Regional de Saúde 4, no município de Olinda – PE, com as áreas de maior risco para o desenvolvimento das iniquidades sociais em saúde, considerando a característica multicausal da doença e enfatizando o seu caráter social, estabelecidos a partir do conceito ampliado em saúde e dos determinantes sociais de saúde, verificando as possibilidades de atuação dos profissionais da ESF.

E como objetivos específicos:

1. Apresentar, brevemente, um debate acerca do território e das iniquidades sociais em saúde, dos Determinantes Sociais de Saúde e do conceito ampliado de saúde, destacando que a saúde humana é resultado de um processo multicausal com grande participação do setor social;
2. Correlacionar o mapeamento da cobertura da Estratégia de Saúde da Família/Atenção Básica, da Regional de Saúde 4, no município de Olinda – PE, com as áreas de maior risco para o desenvolvimento das iniquidades sociais em saúde, utilizando os indicadores sociais do Atlas de Desenvolvimento Humano (2010);
3. Verificar as possibilidades de atuação profissional da equipe de ESF frente às iniquidades em saúde, a partir do relato de experiência da autora - membro da equipe da Unidade de Saúde da Família de Jatobá.

Para tanto, essa pesquisa se organiza a partir da estruturação de três capítulos, onde o primeiro fará uma abordagem acerca da territorialidade; o segundo serão propostas considerações sobre o processo saúde-doença e os mecanismos de estabelecimento das iniquidades sociais em saúde; e por fim, o terceiro, que realiza uma análise quali-quantitativa da realidade local, num primeiro momento através do estudo das Unidades de Desenvolvimento Humano – UDHS que compõem a área da Regional de Saúde 4, e no segundo, adentrando à realidade do território adscrito da USF-Jatobá. Entretanto, não se pode deixar de destacar a

característica de intervenção que o estudo proporcionou à prática da autora e sua referida equipe e que oportunamente serão aqui discutidos.

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Trata-se de uma pesquisa de caráter exploratório, cujo método de abordagem é o fenomenológico, pois abordará o estudo do caso da prática profissional da equipe da Unidade de Saúde da Família de Jatobá frente ao seu território de ação e as iniquidades sociais em saúde, e no contexto da Regional de Saúde 4.

Para que se compreenda a Fenomenologia, é necessário entender esse termo, que deriva de duas palavras gregas: *phainomenon*, que significa iluminar; mostrar-se; aquilo que se mostra a partir de si mesmo e logos, que significa ciências ou estudo. Portanto, Fenomenologia é tudo o que se mostra ou se torna visível para a consciência em sua individualidade. Assim, tanto os objetos como os atos da consciência, sejam intelectivos, volitivos ou afetivos, são fenômenos, e o estudo ou a ciência dos fenômenos chama-se Fenomenologia, que se detém na análise do puramente vivido ou experimentado, nos significados e na percepção do ser humano (GOMES *et al*, 2008 *et al*, p. 146).

Para atingir cada objetivo específico foi necessário traçar procedimentos técnicos pertinentes ao avanço da pesquisa, que configuraram uma abordagem quali-quantitativa ao problema:

1. Levantamento bibliográfico e documental, a nível nacional e internacional, de artigos científicos, cadernos de saúde pública, leis, dentre outros instrumentos, que contemplem as categorias de análise e os conceitos chave que regem essa pesquisa;
2. Tabulação manual dos dados do Atlas de Desenvolvimento Humano/Região Metropolitana/Olinda, do Programa Nacional das Nações Unidas - PNUD: selecionando os indicadores por áreas temas (Densidade Demográfica, Educação, Renda, Habitação, Vulnerabilidade e Trabalho) que contemplassem as áreas de abrangência da Estratégia de Saúde da Família (ESF), da área de atuação da Regional 4, sendo representadas pela totalidade ou boa parte das Unidades de Desenvolvimento Humano (UDH); Realização de representação gráfica dos dados encontrados e confecção de um ranking das UDHs com os piores indicadores; Construção de um mapa das UDHs da área da Regional 4 que as classifica de acordo com o grau de vulnerabilidade (alto, médio e baixo), sobreposto ao mapa de cobertura de ESF na referida Regional – correlacionando a distribuição da ESF na Regional e o risco para o desenvolvimento de iniquidades sociais em saúde.

3. Relato da experiência da autora, membro da ESF Jatobá, unidade pertencente a Regional de Saúde 4, onde desenvolve as funções de enfermeira e gerente da unidade; trabalho fotográfico documentando o relato.

Em um primeiro momento é pertinente destacar o universo da pesquisa que será composto pelo recorte de uma área de atuação do campo da Saúde Pública, no município de Olinda - Pernambuco, na instância da Atenção Básica - a Regional de Saúde 4, cuja amostra, típica ou especial, consiste na demonstração das práticas da equipe da Estratégia de Saúde da Família de Jatobá (ESF – Jatobá) frente as iniquidades sociais em saúde.

Olinda possui uma área de 43,35 Km², predominantemente urbana (36,73 km²), distante 6 Km do Recife. Tem como limites territoriais ao norte a cidade de Paulista, ao sul e oeste, a cidade do Recife, e ao leste o Oceano Atlântico (OLINDA, 2014). A população estimada é de 377.772 habitantes, possuindo uma das densidades demográficas mais altas do país, que gira em torno de 9.122,11 hab/km² (IBGE, 2010).

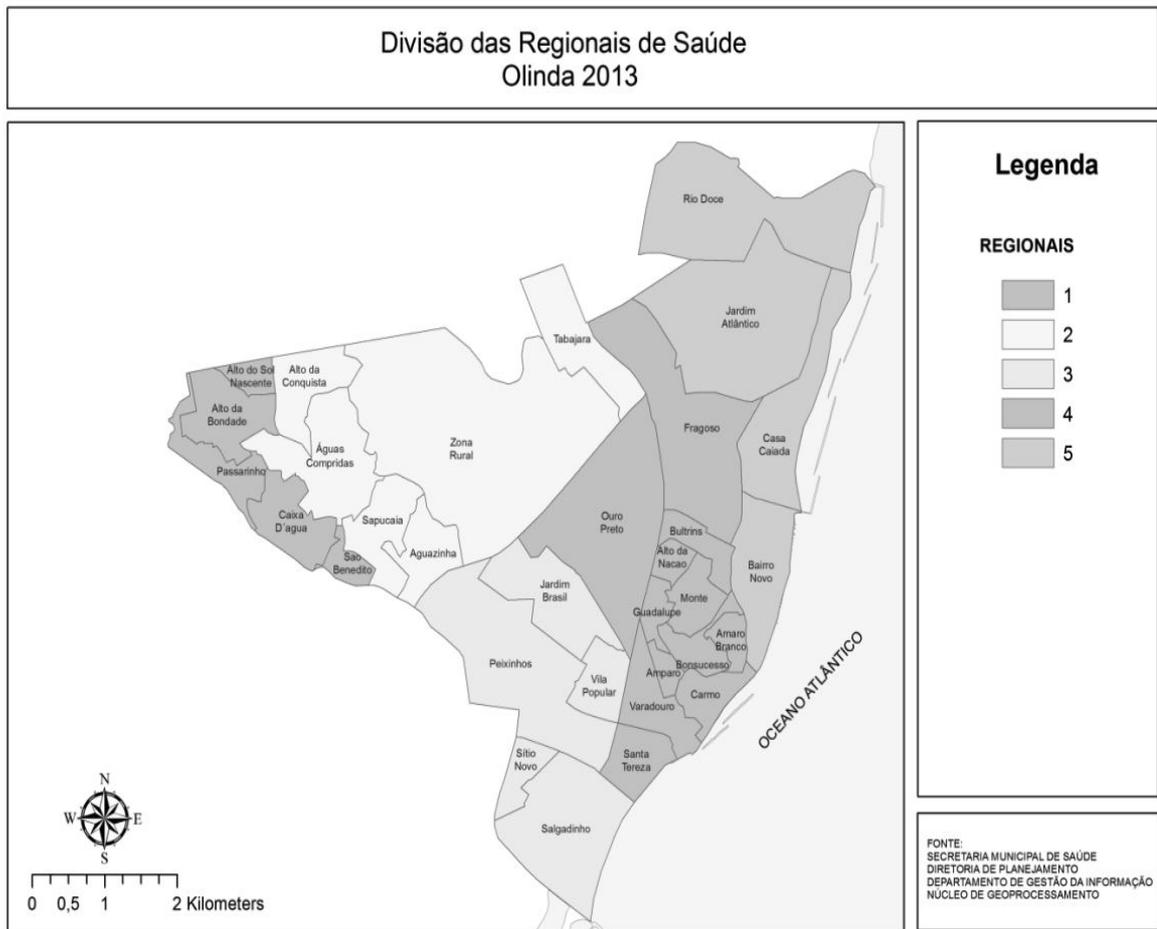
A regionalização é um processo político que pretende conciliar fenômenos quase inconciliáveis, como a institucionalização de uma rede homogênea de serviços e intervenções frente a uma grande heterogeneidade territorial; a formalização da responsabilidade pública com ampla participação e o envolvimento da sociedade civil; a regulação centralizada com a manutenção da autonomia dos governos locais (BIFULCO, 2009).

A territorialização é considerada um movimento histórico, constituída por um processo socioespacial semelhante, caracterizada pela apropriação territorial das referidas conjunturas - política, econômica e cultural, que por sua vez, estão em permanente construção, desconstrução e reconstrução (SAQUET, 2003). Dessa forma, a territorialização acaba sendo considerada uma regionalização intramunicipal, a estratégia operacional do SUS, viabilizada através da Saúde da Família.

Seguindo os preceitos do SUS, o setor saúde de Olinda está dividido territorialmente em dois Distritos Sanitários – DS, 5 Regiões de Saúde (como demonstra a figura 1) e 67 equipes da Estratégia de Saúde da Família – ESF (Olinda, 2013). Entenda-se por Região de Saúde a aplicação sumária da diretriz do SUS, a Regionalização, que compreende uma redistribuição de poder entre os entes

governamentais, agentes, instituições e cidadãos, na expectativa de integração das ações de saúde, de forma coordenada e cooperativa.

Figura 1 - Regionais de Saúde de Olinda.



Fonte: NUGEO - PMO, 2013.

Para instrumentalizar cientificamente esse estudo, não ficando apenas nas considerações empíricas e inquietações, mesmo que reais, do discurso dos profissionais de saúde que atuam na Estratégia de Saúde da Família - ESF, utilizar-se-á alguns dos indicadores sociais do Atlas de Desenvolvimento Humano (2010).

O Atlas de Desenvolvimento Humano é uma produção do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento – PNUD, em parceria com o Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada (Ipea) e a Fundação João Pinheiro, que tem por objetivo disponibilizar um instrumento de análise que possibilite conhecer em profundidade diversos aspectos da realidade socioeconômica em níveis geográficos do município e intramunicípio para a Região Metropolitana. Contém um conjunto de indicadores, sendo os mais recentes referentes ao ano de 2010, obtidos através dos

questionários dos censos demográficos do IBGE e agrupados nos seguintes temas: Demografia, Educação, Renda, Habitação, Vulnerabilidade e Trabalho.

Ele apresenta também o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal - IDHM e os subíndices que o constituem. O IDH sintetiza o nível de sucesso atingido pela sociedade quanto a três necessidades básicas e universais do ser humano: educação, longevidade e renda.

Uma condição para a construção do Atlas é a formação de Unidades de Desenvolvimento Humano - UDHS, que são agregações de setores censitários que atendam às exigências do IBGE para extração dos indicadores. As UDHS são aproximações dos bairros constituídos (por lei) ou reconhecidos (identificação popular), logo, ela não representa exatamente a área de abrangência de uma USF, mas confere uma ideia acerca do território.

O Recife e sua Região Metropolitana é formado por 460 UDH(s). Olinda, uma das cidades da RM de Recife, é constituída por 48 delas, apresentando as seguintes UDHS:

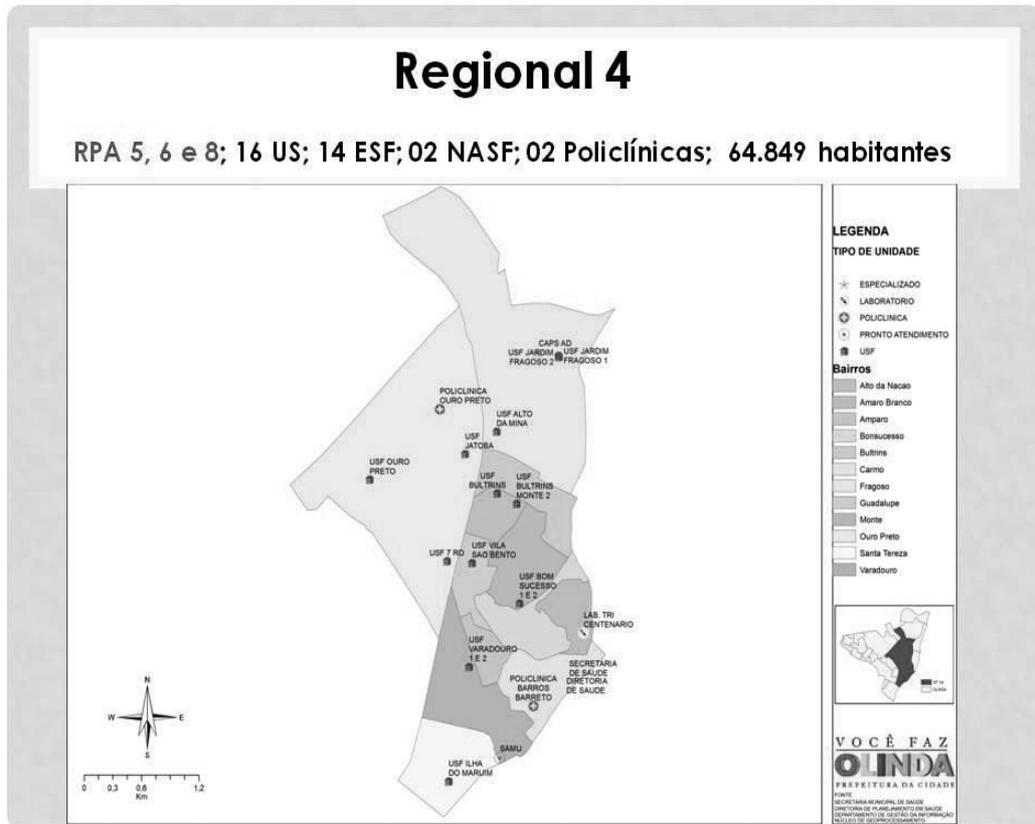
Casa Caiada / Bairro Novo / Rio Doce: Orla;
 Casa Caiada / Bairro Novo / Carmo : Av. Gov. Carlos de Lima Cavalcante;
 Rio Doce: Etapas II, III, IV e V;
 Jardim Atlântico: Rua das Flores;
 Rio Doce (Vila Aparecida): Rua Eduardo Gomes;
 Rio Doce (Beira Rio);
 Rio Doce (Nápoles / Rosa de Oliveira);
 Rio Doce (Colibri-Por do Sol); Jardim Atlântico: Vila da Inocoop;
 Jardim Atlântico (Ilha de Santana / Mangue Seco);
 Casa Caiada / Fragoso (Praia Verde / Ilha das Cobras);
 Fragoso / Jardim Atlântico: FUNESO / Rua Esmeralda;
 Jardim Atlântico / Fragoso: Rua Sirinhaém / Av. Humberto de Lima Mendes;
 Tabajara / Fragoso / Jardim Atlântico: Casa da Rebeca / Rua Cobre / Rua da Amizade;
 Tabajara: Av. Tabajara / PE 015 ;
 Tabajara: Cidade Tabajara / Av. Dinamarca;
 Tabajara: UPA / Maternidade Brites de Albuquerque ;
 Ouro Preto (Morro do Peludo);

Ouro Preto / Jardim Brasil: II Perimetral / Canal da Malária;
 Ouro Preto (Jatobá);
 Jardim Brasil: Jardim Brasil I e II;
 Peixinhos / Vila Popular: Feira de Peixinhos;
 Peixinhos: II Perimetral / Av. Presidente Kennedy;
 Peixinhos (Rua do Veleiro / Cabo Gato / Triângulo de Peixinhos);
 Salgadinho / Sítio Novo / Santa Teresa;
 Varadouro (V8 / V9 / V10 e Beira Rio);
 Amaro Branco / Bonsucesso / Amparo / Monte / Guadalupe;
 Guadalupe / Monte / Alto da Nação / Bultrins (Alto da Mina);
 São Benedito / Sapucaia / Caixa D'Água;
 Sapucaia / Aguazinha;
 Águas Compridas;
 Caixa D'Água / Passarinho (Alto do Cajueiro);
 Alto da Bondade / Alto da Conquista / Alto do Sol Nascente;
 Área Rural / Águas Compridas / Aguazinha / Sapucaia : Av. Batalha do Tuiti;
 Bultrins: Av. Chico Science;
 Amaro Branco: Rua da Macaibeira;
 Jardim Brasil Av. Antônio da Costa Azevedo / II Perimetral;
 Peixinhos - Rua Vasco Rodrigues;
 Rio Doce: Rua Belo Horizonte;
 Rio Doce: Rua B Doze / Rua C Quatro ;
 Rio Doce: Etapa I;
 Ouro Preto: 7ª RO;
 Ouro Preto: Rua Lucilo Varejão;
 Fragoso / Bultrins : Rua Barão de São Borja;
 Jardim Atlântico: Rua Manoel Graciliano de Souza;
 Jardim Atlântico: Rua São João Batista;
 Rio Doce (Av. Nápoles);
 Rio Doce (Bica).

Serão estudados os indicadores socioeconômicos do Atlas de Desenvolvimento Humano - PNUD das 17 UDHS que compõe, na sua totalidade ou não, a Regional de Saúde 4, delimitada na figura 2, de forma que essa análise

possibilite a identificação do perfil socioeconômico local, e destaque as áreas de maior vulnerabilidade às iniquidades sociais em saúde.

Figura 2 - Regional de Saúde 4.



Fonte: NUGEO - PMO, 2012.

- UDH Ouro Preto – Morro do Peludo;
- UDH Ouro Preto – Jatobá;
- UDH Ouro Preto: 7^a RO;
- UDH Ouro Preto: Rua Lucilo Varejão;
- UDH Fragoso / Jardim Atlântico: FUNESO / Rua Esmeralda;
- UDH Guadalupe / Monte / Alto da Nação / Butrins (Alto da Mina);
- UDH Bultrins: Av. Chico Science;
- UDH Varadouro (V8 / V9 / V10 e Beira Rio);
- UDH Salgadinho / Sítio Novo / Santa Teresa;
- UDH Tabajara / Fragoso / Jardim Atlântico: Casa da Rabeca / Rua Cobre / Rua da Amizade;
- UDH Jardim Atlântico / Fragoso: Rua Sirinhaém / Av. Humberto de Lima Mendes;

UDH Casa Caiada / Fragoso (Praia Verde / Ilha das Cobras);

UDH Fragoso / Bultrins: Rua Barão de São Borja;

UDH Amaro Branco / Bom Sucesso / Amparo / Monte / Guadalupe;

UDH Amaro Branco / Rua da Macaibeira;

UDH Casa Caiada / Bairro Novo / Carmo: Av. Gov. Carlos de Lima Cavalcante;

UDH Ouro Preto / Jardim Brasil: II Perimetral / Canal da Malária.

Outra consideração importante, que será abordada mais adiante, é a divisão do território da ESF em microáreas com características sociais e sanitárias comuns. A USF-Jatobá, inicialmente, apresentava-se com sete microáreas, porém sofreu modificações no decorrer da pesquisa, em virtude da readequação do seu território.

REFERENCIAL TEÓRICO

1 TERRITORIALIZAÇÃO – UMA FERRAMENTA DA GEOGRAFIA A SERVIÇO DA SAÚDE

1.1 Reflexões sobre o Território

Na ciência geográfica, a categoria do território surge como objeto de análise recorrente nos mais variados estudos. Torna-se bastante pertinente uma consideração teórica a esse respeito, uma vez que é a partir do diagnóstico situacional local pelo esquadramento territorial dos municípios, que a política pública de saúde brasileira na instância da Atenção Básica sob representação da Estratégia de Saúde da Família busca planejar e implementar as suas ações, dentre elas, minimizar as situações de iniquidades em saúde de grupos vulneráveis para o enfrentamento dos problemas de saúde da população.

A busca de uma periodização do território brasileiro é um partido essencial para um projeto ambicioso: fazer falar a nação pelo território. Assim como a economia foi considerada como a fala privilegiada por Celso Furtado, o povo, por Darcy Ribeiro, e a cultura, por Florestan Fernandes, pretendemos considerar o território como a fala privilegiada da nação. (SANTOS e SILVEIRA, 2012, p. 27).

A palavra território tem origem latina: *terri* que significa Terra, e *torium* que denota a característica de pertencimento. Primariamente empregado pela botânica e zoologia, significando uma área específica onde havia grande concentração, predominância de uma determinada espécie, vegetal ou animal, sendo utilizado desde as descrições de Darwin.

Posteriormente, surgindo sob a concepção positivista ratzeliana, permeada por seu significado etimológico – com ideias de poder e pertencimento que remete ao espaço, mas sem encerrar-se nele, agregando a ideia da participação de atores sociais.

Em uma sociedade política os indivíduos se articulam por meio de relações reguladas e possui princípios mínimos de organização. Essa organização só se viabiliza quando existe um *poder* habilitado a coordenar todos aqueles que se encontram em um determinado espaço. Por isso, quando se analisam os coletivos humanos ao longo da história, só se destaca a noção de território a partir das primeiras sociedades políticas. Com isso, corrobora-se a hipótese de que um elemento indissociável da noção de poder é o território, dado que não há organização sem poder (NUNES, 2006, P. 71).

O geógrafo alemão Fredrich Ratzel, no final do século XIX, aborda a temática do território trazendo-o como “Espaço Vital”, destacando o papel do Estado como o provedor do seu desenvolvimento, descrevendo esse território à luz do poder - Estado-nação, vivenciado por ele com a expansão e a consolidação territorial alemã daquela época e definido como uma porção da superfície terrestre apropriada por um grupo humano. “Para o geógrafo alemão Fredrich Ratzel, no fim do século XIX e início do século XX, o território constituía-se no “espaço vital”, onde o Estado é o provedor do seu desenvolvimento mediante a ação do seu povo com a terra “ (CORREA, 2001).

Contra-pondo-se a essa concepção política de território, Raffestein (1993), na sua obra “Por uma geografia do poder”, diferencia o espaço do território, afirmando que o espaço antecede o território, uma vez que o território é produzido a partir da ação dos atores no espaço.

O território (...) é um espaço onde se projetou um trabalho, seja energia e informação, e que, por consequência, revela relações marcadas pelo poder. O espaço é a “prisão original”, o território é a prisão que os homens constroem para si... Ao apropriar de um espaço concreta ou abstratamente (por exemplo, pela representação), o ator “territorializa” o espaço. (RAFFESTEIN, 1993, p. 50 e 2).

O território não é imutável, tem um caráter dinâmico, estruturado a partir da sucessão e interação dos mais variados segmentos, horizontalidades e verticalidades, possuindo quatro concepções distintas e interdependentes: a concepção política – fomentada por ações de poder, dos agentes públicos, em especial; a concepção simbólica – que diz respeito à apropriação simbólica do espaço pelos atores sociais; a concepção naturalista – baseada nas relações da sociedade e natureza; e a concepção econômica.

O território não é apenas o conjunto dos sistemas naturais e de sistemas de coisas superpostas; o território tem que ser entendido como território usado, não o território em si. O território usado é o chão mais a identidade... O território é fundamento do trabalho; o lugar da residência, das trocas materiais e espirituais e do exercício da vida... é o território usado que é uma categoria de análise (SANTOS, 2011, p. 14).

Nessa perspectiva, encontra-se o “território vivo” de Milton Santos: anteposto ao espaço, influenciado pelo tempo, permeado de objetos, atores, de horizontalidades - essas mais íntimas, podendo ser estabelecidas como um contato

na vizinhança, e de verticalidades - sendo originadas da ação de um mundo globalizado, capital centrado; todos e tudo numa interação e construção constantes. “O conceito de território permite então, explicar tanto o papel do contexto quanto do espaço social, em sua diversidade e singularidade, caracterizando o território como ‘vivo’” (SANTOS, 2006, 2011, 2012).

1.2 A Territorialização em Saúde

O SUS foi organizado a partir de uma crise de poder do Estado, sendo constituído, fundamentalmente, sob a perspectiva da territorialidade. A territorialização, apesar em muitos casos, de não ser usada em sua plenitude, por conta das condutas técnicas impregnadas do legado positivista, tem se mostrado uma importante ferramenta para o alicerçamento do sistema enquanto política pública de caráter universal, equânime, integral e social, desde a sua estruturação nacional até o exercício diário nas práticas profissionais de saúde local, buscando no território a identificação sociocultural de um povo para o desenvolvimento coerente das suas atividades (TEIXEIRA C. F.; PAIM J. S.; VILLASBÔAS, 1998).

Ciente das relações que o território possui, sabe-se ainda que o mesmo não é estático. Trata-se de um panorama dinâmico, mutável e diante de sua operacionalização no Sistema Único de Saúde – SUS, reforça a propriedade do conceito de rede – a Rede de Assistência à Saúde - RAS, que por sua vez, estabelece a referência e contrarreferência dos usuários no sistema conforme a complexidade do cuidado, fundindo o conceito de rede e território-rede.

A territorialização pode expressar também a pactuação no que tange à delimitação de unidades fundamentais de referência, onde devem se estruturar as funções relacionadas ao conjunto da atenção à saúde. Envolve a organização e gestão do sistema, a alocação de recursos e a articulação das bases de oferta de serviços por meio de fluxos de referência intermunicipais. Como processo de delineamento de arranjos espaciais, da interação de atores, organizações e recursos, resulta de um movimento que estabelece as linhas e os vínculos de estruturação do campo relacional subjacente à dinâmica da realidade sanitária do SUS no nível local. Essas diferentes configurações espaciais podem dar origem a diferentes padrões de interdependência entre lugares, atores, instituições, processos e fluxos, preconizados no Pacto de Gestão do SUS. (FLEURY, OUVÉRY, 2007).

Destacando o caráter dinâmico da territorialidade, o território é um espaço animado por estruturas: fixos – que são os diversos atores e dispositivos sociais: professores e escola, sacerdotes e igrejas, associação de moradores e moradores e fluxos - vias de transporte, redes de referência (SANTOS, 2006, 2011, 2012).

No setor saúde os territórios estruturam-se por meio de horizontalidades que se constituem em uma rede de serviços que deve ser ofertada pelo Estado a todo e qualquer cidadão como direito de cidadania. Sua organização e operacionalização no espaço geográfico nacional pautam-se pelo pacto federativo e por instrumentos normativos, que asseguram os princípios e as diretrizes do Sistema Único de Saúde - SUS, definidos pela Constituição Federal de 1988. Não obstante os avanços na saúde nos últimos 20 anos, alicerçados em bases teóricas sólidas da Reforma Sanitária, o setor padece de problemas organizacionais, gerenciais e operacionais, demandando uma nova reorganização de seu processo de trabalho e de suas estruturas gerenciais nas três esferas de gestão do sistema – da União, do Estado e do Município, de modo a enfrentar as desigualdades e iniquidades sociais em saúde, delineadas pela tríade econômico-política, globalização/ mundialização e neoliberalismo. (GONDIM, MONKEN, 2009).

Essa apropriação do território é fundamental por orientar a cartografia social local, que para a Saúde tem papel preponderante para o desenrolar de suas práticas, elencando as potencialidades e vulnerabilidades da área de cobertura da ESF, fazendo delas seus instrumentos de trabalho considerando o conceito ampliado de saúde.

A ESF tem como fundamento e diretriz o território adscrito, de forma a permitir o planejamento, a programação descentralizada e o desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais com impacto na situação, nos condicionantes e determinantes da saúde das coletividades que constituem aquele território sempre em consonância com o princípio da equidade.

Entenda-se adscrito, o estado, condição ou qualidade daquele que está submetido ou dependente, remetendo a ideia original de poder que o território denota e que, em suma, é exercido pelos agentes públicos, como os trabalhadores da saúde. Outra definição para a adscrição é procedente da etimologia, onde adscrito significa ao lado, subsequente.

Assim está a Estratégia de Saúde da Família - ESF sob o contexto territorial e por que não dizer, geográfico, da comunidade a que assiste: abrigo a estrutura

física da unidade de saúde e se relacionando com o usuário de forma intimista, pertencendo ao seu cotidiano, arraigado nas suas simbologias, com vínculos terapêuticos que muitas vezes extrapolam o âmbito do trabalho.

Uma proposta transformadora de saberes e práticas locais concebe a territorialização de forma ampla – um processo de habitar e vivenciar um território; uma técnica e um método de obtenção e análise de informações sobre as condições de vida e saúde de populações; um instrumento para se entender os contextos de uso do território em todos os níveis das atividades humanas (econômicos, sociais, culturais, políticos etc.), viabilizando o “território como uma categoria de análise social” ;um caminho metodológico de aproximação e análise sucessivas da realidade para a produção social da saúde (SOUZA, 2004).

Numa perspectiva teórica, a apropriação do território, mais uma vez esquadrihado, agora em microáreas - num recorte escalar ainda mais fino, promove uma observação apurada da realidade, que possivelmente levará a uma tomada de decisão mais acertada, onde a conduta terapêutica tende a perceber com maior clareza a multicausalidade do processo saúde-doença. Um serviço hipoteticamente fácil de acessar, próximo das pessoas e conhecedor das particularidades de cada caso, de modo a agir de maneira que garanta o princípio doutrinário da equidade, deixando os indivíduos num patamar linear de oportunidades, pelo menos no que concerne ao atendimento e tratamento, já que em outras instâncias, em especial no âmbito social, tem pouco a contribuir.

2 A SAÚDE E A DOENÇA – O ETERNO DUELO DE PARADIGMAS

2.1 Processo Saúde-Doença – dos xamãs às terapias complementares

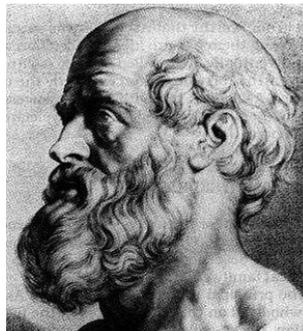
Na busca por definições que contemplassem o significado de saúde e de doença adentra-se pela retórica histórica da trajetória evolutiva dessas concepções, traçando alguns paradigmas fundamentais para o seu entendimento.

Barros (2002) afirma que na antiguidade, a medicina mágico religiosa defendia que a doença tratava-se de uma transgressão individual ou coletiva, sendo necessário rituais, intermediados por sacerdotes, xamãs e feiticeiros, para que o(s) indivíduo(s) reatasse(m) o enlace com as divindades e atingisse(m) a cura.

A medicina conhecida como empírica-racional, contemporânea a Hipócrates, Galeno e Paracelso, surgiu no Egito, 3.000 A.C. desvirtuando o foco da doença dos fenômenos sobrenaturais, trazendo-o para os fenômenos naturais.

Hipócrates - 460 – 377 A.C.(Figura 3), na sua conhecida obra “Ares, Águas e Lugares”, aborda a teoria dos humores onde as doenças apresentam correlação com os quatro elementos da natureza - água, fogo, terra e ar; esses, por sua vez, se relacionam com os fluidos corporais humanos – fleugma, bile amarela, bile e sangue, e com as estações do ano - inverno, verão, outono e primavera, respectivamente. Até o século XVII, o processo saúde-doença embasava-se na teoria miasmática, acreditando que a origem das doenças são os odores venenosos, gases ou resíduos nocivos oriundos do solo ou da atmosfera, fazendo referência à insalubridade. Na atualidade, a medicina tradicional tibetana ou *ayurvédica* e a *unani*, indiana, admitem a teoria hipocrática.

Figura 3- Hipócrates.



Fonte: BRASIL, 2008.

O modelo biomédico ou mecanicista, contemporâneo ao período renascentista, é marcado pela visão nosográfica, isto é, baseado na descrição clínica dos achados propiciados pela patologia. Tem como seu principal representante, Descartes, que ficou conhecido pelo seu método cartesiano, fundamentado em evidências, que fragmenta o doente, o cuidado, isolando-o por partes, ordenando-o da lógica do mais simples para o mais complexo, através de um processo de revisão sistemática.

Mais adiante, surge a teoria infecciosa, bacteriológica ou microbiológica, fundamentada pelos experimentos de Louis Pasteur, na França, com a identificação de micro-organismos como causadores de doenças. Teoria que perdura até a atualidade, em dualidade e antagonia à Teoria dos Determinantes Sociais de Saúde – DSS. Surge no século XIX a teoria do contágio, defendida por Snow, “pai da geografia da saúde” que, ao mapear as bombas que forneciam o abastecimento de água em Londres num surto de cólera, verificou que havia uma associação dos casos com o consumo de água contaminada e concluiu que a doença era veiculada pela água e causada por algo que era capaz de passar do indivíduo doente para o são e multiplicar-se (BARROS, 2002).

O referido autor ratifica que a era bacteriológica reforça o modelo e ganha legitimidade com a relação unicausal da doença, reconhecidamente o microorganismo. Nessa perspectiva, o corpo é comparado a uma máquina, e a doença trata-se de uma deficiência da máquina; para que ocorra a cura, é necessário o uso de uma substância específica – o medicamento. O advento da medicalização surge com a Revolução Industrial, ganhando conotação capitalista através da mercantilização da medicina, fazendo com que a concepção de saúde (bem-estar) esteja atrelada ao acesso a tecnologias diagnóstico-terapêuticas mais sofisticadas e, por isso, mais efetivas. Ele carrega ainda a falsa ideia de doença que abarca inclusive questões de ordem fisiológica, como o parto, não contemplando questões econômico-sociais, como as relações de vulnerabilidade ao adoecimento que a pobreza desencadeia, assim como o papel extra-técnico oferecido aos medicamentos, onde todo problema é doença, e toda doença tem remédio, perpetuando o poder mágico da antiguidade.

Apesar das atuais circunstâncias, esse modelo perdura até os dias de hoje, quando se observa a valorização dos sinais e sintomas da doença e não do doente, e quando se busca por especialidades cada vez mais obsoletas - como quando o

indivíduo busca um ortopedista/traumatologista para tratar de uma fratura óssea no dedo indicador. Nesse caso, tem que buscar um ortopedista, especialista em mão, não se surpreendendo se houver especialistas para mão direita e para mão esquerda, assim como para cada dedo, e ainda quando não incorpora/banaliza, no diagnóstico e no plano terapêutico, informações de natureza psicológica e/ou socioeconômica. Nada se tem contra as especializações, mas isso acaba refletindo no campo da saúde pública que deixa de agir em consonância do seu ideário original, pautado numa consciência política e social abrangente, no qual o foco seria a busca por condições de vida mais igualitárias, e passa a uma perspectiva reducionista que meramente “controla as doenças” – em uma conversa mais íntima nem isso é capaz de fazer, uma vez que alguns problemas perpassam o seu raio de ação.

A influência de Milton Santos nas pesquisas em saúde pública brasileira pode ser observada pela fragilidade, que se revela numa certa incapacidade da ciência epidemiológica no entendimento do processo saúde-doença no contexto de profundas mudanças sociais do período: mudança do perfil epidemiológico; processo de urbanização e a intensificação das relações sociais; novas possibilidades epidêmicas causadas pelo processo de globalização, surgimento de novas doenças e o reaparecimento de doenças potencialmente controladas, impactos ambientais e sua relação com a saúde, etc. O quadro se vê agravado pela dificuldade da Epidemiologia em superar uma abordagem descritiva e reducionista, influenciada por certo positivismo herdado do século XIX, que a torna bastante debilitada para fazer relações importantes na explicação do fenômeno biológico. Citam-se, por exemplo, as questões paradigmáticas e ainda não resolvidas da relação entre o individual e o coletivo, o biológico e o social ou entre a sociedade e a natureza (FARIA, BORTOLOZZI, 2009, p. 33).

No Brasil, mais recentemente, tem se observado tentativas de abordagens holísticas que buscam estimular os mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde por meio de tecnologias eficazes e seguras, com ênfase na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade. Outros pontos compartilhados pelas diversas abordagens abrangidas nesse campo são a visão ampliada do processo saúde-doença e a promoção global do cuidado humano, especialmente do autocuidado, com ênfase na atenção básica. Denomina-se de Práticas Alternativas e Complementares de Saúde, sendo inserida enquanto Política no SUS desde 2006, com as práticas de Homeopatia, Plantas Medicinais e Fitoterápicas, Medicina Tradicional Chinesa/Acupuntura, Medicina Antroposófica e Termalismo Social – Crenoterapia. Lamentavelmente, a AB ainda não atingiu uma oferta adequada

desses serviços, seja pela ausência de profissionais capacitados e/ou pelo desinteresse da gestão.

2.2 As Iniquidades Sociais em Saúde e a abordagem aos modelos de determinação social da saúde

Na perspectiva da Promoção da Saúde, instituída enquanto política no Brasil, em 2006, já recomendada na Conferência de Alma-Ata, em 1978, e na Carta de Ottawa, em 1986, a busca pela equidade é uma constante, objetivando reduzir as diferenças do estado de saúde da população, assegurando oportunidades e recursos igualitários, e capacitando profissionais e usuários a realizar plenamente os seus potenciais. Para tanto, a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, e vai além de um estilo de vida saudável, conclamando o conhecimento da causa, a participação da sociedade e a ação governamental intersetorial.

Um compromisso com a promoção da saúde baseados em ações intersetoriais... é atuar pela diminuição do fosso existente, quanto às condições de saúde, entre diferentes sociedades e distintos grupos sociais, bem como lutar contra as desigualdades em saúde produzidas pelas regras e práticas desta mesma sociedade (OTTAWA, 1986, p. 4/4).

No Brasil é histórica e estrutural a divergência entre o desenvolvimento econômico e o desenvolvimento humano e social, apesar das mudanças que aconteceram nos últimos anos, com ações governamentais específicas, as quais, apesar de toda a crítica que perdura, fizeram avançar o campo das políticas públicas, reduzindo a situação de pobreza extrema. Certamente, o estudo desse descompasso levaria a outra temática, que não é o foco deste trabalho, porém, torna-se imprescindível o destaque do setor social como propulsor de uma melhor condição de saúde dos indivíduos e das coletividades, passando pelo estabelecimento da equidade dos direitos dos cidadãos.

A Declaração de Alma-Ata, em 1978, com o movimento Saúde para Todos, deram visibilidade às questões de igualdade na área de saúde e a importância da ação intersetorial, no que concerne aos Determinantes Sociais em Saúde – DSS. Nas últimas décadas, as agendas internacionais de saúde têm se preocupado com esses aspectos, oscilando entre duas questões primordiais: a primeira, refere-se a

uma assistência médica baseada em tecnologias e intervenções de saúde pública; a segunda, trata-se da compreensão da saúde como um fenômeno social, que requer formas mais complexas de ação - as políticas de cunho intersetorial.

Uma das principais metas sociais dos governos, das organizações internacionais e de toda a comunidade mundial na próxima década deve ser a de que todos os povos do mundo, até o ano 2000, atinjam um nível de saúde que lhes permita levar uma vida social e economicamente produtiva... Os cuidados primários de saúde constituem a chave para que essa meta seja atingida, como parte do desenvolvimento, no espírito da justiça social... envolvem além do setor saúde, todos os setores e aspectos correlatos do desenvolvimento nacional e comunitário, mormente a agricultura, a pecuária, a produção de alimentos, a indústria, a educação, a habitação, as obras públicas, as comunicações e outros setores (WHO, 1978, p. 1 e 2/3).

Para a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), os DSS são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população (WHO, 2010).

Os modelos econômicos neoliberais dominantes durante os anos de 1980 e 1990 impediram a materialização desses ideais em políticas efetivas que minimizassem as desigualdades em muitos cenários. O fim dos anos 90 e o começo dos anos 2000 testemunharam o aumento das evidências em relação ao fracasso das políticas de saúde existentes para a redução das desigualdades e o ímpeto para o crescimento de novas e focadas abordagens de equidade, especialmente em nações ricas.

A saúde é resultado dos modos de organização da produção, do trabalho e da sociedade em determinado contexto histórico e o aparato biomédico não consegue modificar os condicionantes nem os determinantes mais amplos desse processo, operando um modelo de atenção e cuidado marcado, na maior parte das vezes, pela centralidade dos sintomas. Há inúmeros fenômenos que concorrem para a produção das condições de saúde da população, e que no Brasil e no mundo, são objetos de programas e ações de órgãos pertencentes a diferentes setores sociais.

Para estabelecer relações entre o ambiente, a saúde e o território, devemos romper com visões fragmentadas de problemáticas relacionadas a distintos campos do saber, pois as conexões entre as transformações atuais de uma economia globalizada, as radicais mudanças no ambiente natural e a complexidade dos problemas de saúde das populações merecem um esforço de investigação que avance sobre o paradigma cartesiano positivista, mediante investigações cada vez mais transdisciplinares (BEZERRA, 2012, p. 79).

Para Lima-Costa, Rouquayrol, Almeida Filho (2003) a epidemiologia brasileira é formada por uma tripla carga de doenças – as doenças infecto-parasitárias, doenças crônicas não-transmissíveis e de causas externas; fortemente corroborada pela transição demográfica que o envelhecimento populacional agregou, denotando a confluência de doenças do passado, que não foram superadas ou controladas, e da atualidade, fazendo coexistir problemas que convergem para uma raiz social comum, oriundas da omissão da sociedade no protagonismo das suas questões de saúde e da ausência ou insuficiência de ações governamentais de cunho intersetorial, com políticas públicas articuladas e de simples operacionalização, menos verticalizadas.

Diante desses desafios, no âmbito nacional foi criado pela OMS, em 2005, a Comissão sobre Determinantes Sociais em Saúde – CDSS; e no Brasil, pelo MS, em 2006, a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais em Saúde - CNDSS, que se trata de um fóruns estratégicos que promovem a organização do conhecimento sobre determinantes sociais em saúde, para fortalecer e combater as iniquidades sociais em saúde, sendo formado por membros da esfera política, da sociedade civil e da academia.

O combate às iniquidades sociais em saúde acontece por meio de ações sobre os Determinantes Sociais em Saúde – DSS, reforçando o processo da reforma sanitária brasileira, contribuindo para promover uma ampla tomada de consciência da nossa sociedade sobre as graves iniquidades sociais em saúde que ainda persistem e que somente poderão ser combatidas com intervenções sociais baseadas no conhecimento científico e numa ampla base de sustentação política.

Entenda-se por iniquidade em saúde toda situação evitável e injusta, de desigualdade em saúde, que confere ao indivíduo ou à coletividade, o adoecimento. Destacando que ora a iniquidade aparece como consequência, ora como causa do adoecimento. A epidemiologia social contemporânea tem três explicações teóricas para a ocorrência e distribuição das doenças: a abordagem psicossocial, a produção social de doenças e as estruturas eco-sociais. Nesse estudo, o enfoque será dado à produção social das doenças nas coletividades humanas, considerando as dimensões política, econômica e social do processo saúde-doença. “As iniquidades em saúde, ou seja, as desigualdades de saúde entre grupos populacionais que, além de sistemáticas e relevantes, são também evitáveis, injustas e desnecessárias” (WHITEHEAD, 2000).

A dinâmica das iniquidades sociais em saúde é traçada a partir do entendimento dos Determinantes Sociais de Saúde – DSS e nessa perspectiva, do conceito ampliado em saúde, conforme proposto nos modelos de Diderichsen e Hallqvist; e do Modelo de Determinação Social da Saúde por Dahlgren e Whitehead que serão aqui discutidos, atentando para fato de que a relação da determinação não é direta, como uma relação causa e efeito, mas que consiste numa ordem de fatores de vários segmentos da vida humana que influenciam na situação de saúde dos indivíduos e das coletividades, e que o seu estudo viabiliza a chave para minimização das iniquidades sociais em saúde.

É através do conhecimento deste complexo de mediações que se pode entender, por exemplo, por que não há uma correlação constante entre os macroindicadores de riqueza de uma sociedade, como o PIB, com os indicadores de saúde. Embora o volume de riqueza gerado por uma sociedade seja um elemento fundamental para viabilizar melhores condições de vida e de saúde, o estudo dessas mediações permite entender por que existem países com um PIB total ou PIB per capita muito superior a outros que, no entanto, possuem indicadores de saúde muito mais satisfatórios (BUSS & PELLEGRINI, 2007, p. 81).

No Modelo de Determinação Social da Saúde por Dahlgren e Whitehead (figura 4), de 1999, é observada a disposição de três níveis/esferas fundamentais: o macro, o intermediário e o micro.

Figura 4 - Modelo de Determinação Social da Saúde por Dahlgren e Whitehead.



Fonte: BUSS; PELLEGRINI, 2007, p.84.

O Nível Macro, representado pelas Condições Macrodeterminantes, Sócioeconômicas, Culturais e Ambientais Gerais da sociedade, compreende a esfera de atuação das políticas públicas e pode ser representado através das políticas macroeconômicas e de mercado de trabalho, de proteção ambiental e de

promoção de uma cultura de paz e solidariedade, que visem a promover um desenvolvimento sustentável, reduzindo as desigualdades sociais e econômicas, as violências, a degradação ambiental e os seus efeitos sobre a sociedade.

A exemplo, citam-se as históricas desigualdades etnicossociais apresentadas pela população negra no Brasil e amplamente confirmadas por estudos científicos e por vivências profissionais diárias, que fomentaram a criação de uma macropolítica, de caráter intersetorial, na qual uma das práticas para garantir o monitoramento dos dados epidemiológicos, para a fidelização de futuras pesquisas e minimizar o racismo institucional, está em introduzir o quesito “cor” nos impressos utilizados no SUS, onde a resposta deve ser fornecida pelo usuário do sistema, e não ser ofertada pelo profissional que o atende.

A construção de equidade racial em saúde para a população negra é um compromisso firmado pelo Ministério da Saúde na portaria 992/2009, que instituiu a Política Nacional de Saúde Integral para a População Negra, cuja marca é: “reconhecimento do racismo, das desigualdades étnicorraciais e do racismo institucional como determinantes sociais e condições de saúde, com vistas à promoção da equidade em saúde (BRASIL, 2012, p. 9).

O Nível de caráter intermediário denota um panorama mais geral, representado pelas condições sócio-econômicas, culturais e ambientais - produção e distribuição de alimentos, educação, trabalho, saneamento básico, habitação, acesso e qualidade dos serviços de saúde, entre outros. São originadas a partir da organização social do espaço, sendo fortemente dependentes do capital social, para tanto, é necessário o fortalecimento das redes sociais e comunitárias. Caracteriza-se por ser o nível que melhor proporciona a atuação dos profissionais da saúde pública, onde deve ser trabalhado o resgate da cidadania e o empoderamento social em prol da melhoria dessas condições.

O terceiro e último, é o Nível Micro, e diz respeito às condições individuais como idade, gênero e fatores hereditários que, na sua maioria, eram considerados imutáveis no processo do adoecimento. Ressalva-se, entretanto, as condições tidas como de ordem genética, uma vez que passaram por grandes avanços nas últimas décadas, a exemplo do audacioso Projeto Genoma Humano – PGN, que tem como meta decodificar todos os genes do corpo humano, e que pode, no futuro, vir a ser uma categoria mutável. Outra nuance que merece destaque se refere ao estilo de vida dos indivíduos que sempre foi fortemente atrelado a sua autonomia e autorresponsabilização sobre suas questões de saúde. Porém, em uma abordagem

mais ampla, observa-se que tais posturas foram adquiridas e sedimentadas ao longo de suas vidas, através das informações recebidas e da sua relação com o mundo.

Os determinantes sociais latentes das desigualdades na saúde operam por meio de um grupo de determinantes intermediários de saúde para moldar os resultados na saúde. O vocabulário dos "determinantes estruturais" e "determinantes intermediários" sublinha a prioridade causal dos fatores estruturais. As principais categorias de determinantes intermediários da saúde são: circunstâncias materiais - habitação e qualidade de bairro (figura 5), potencial de consumo (ex: os meios financeiros para comprar comida saudável, roupas para o frio) e o ambiente do trabalho físico; circunstâncias psicossociais - perturbadores psicossociais, circunstâncias estressantes de vida e relacionamentos, apoio social e maneira de lidar com a situação (ou a falta disto); fatores de comportamento e/ou biológicos - nutrição, atividade física, consumo de tabaco e álcool, os quais são distribuídos diferentemente entre distintos grupos sociais, e os fatores genéticos; e o próprio sistema de saúde como determinante social (WHO, 2010).

Figura 5 - Iniquidade Social em Saúde – Determinante Social em Saúde Intermediário.



Fonte: A autora, 2014.

A estrutura CDSS parte de muitos modelos prévios através da conceituação do próprio sistema de saúde como um determinante social da saúde. O papel do sistema de saúde se torna particularmente relevante por meio do tema do acesso, o qual incorpora diferenças em relação à exposição e vulnerabilidade; e através da

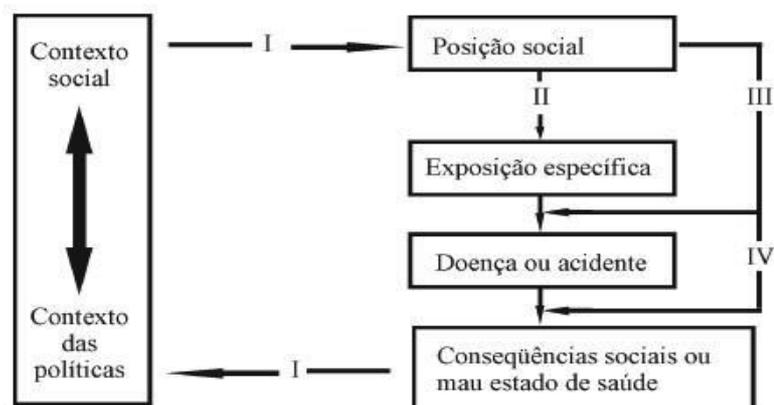
ação intersetorial, guiada a partir de dentro do setor de saúde, mediando as consequências diferenciais de doenças na vida das pessoas.

Os conceitos de coesão social e capital social ocupam um lugar evidente e contestado nas discussões de DSS. O capital social está ligado às dimensões estrutural e intermediária, simultaneamente. O foco no capital social traz o risco de reforçar abordagens despolitizadas em relação à saúde pública e aos DSS. O papel do estado na promoção da igualdade deve ser reforçado, nutrindo as relações de cooperação entre cidadãos e instituições através da facilitação do acesso aos serviços de saúde e da participação dos cidadãos.

A primeira tentativa de diagramação dos DSS aconteceu com o modelo de Diderichsen e Hallqvist (figura 6), em 1998, que foi adaptado posteriormente por e Diderichsen, Evans e Whitehead, em 2001, que prevê que o contexto social dos indivíduos lhes confere uma posição social específica - conquistada a partir do nível educacional que possui e da lacuna do mercado de trabalho que ocupa; corroborando para uma estratificação social característica que pode deixá-lo mais vulnerável/susceptível ou não a certas doenças.

As consequências sociais, econômicas e outras consequências de formas específicas das doenças variam significativamente, dependendo da posição social da pessoa que fica doente, tendo um impacto indireto na posição socioeconômica dos indivíduos. Da perspectiva da população a magnitude de certas doenças podem impactar diretamente nos fatores contextuais chave (ex: a performance das instituições). A posição social está no centro do modelo de Diderichsen (1998) dos mecanismos das desigualdades na saúde.

Figura 6 - Modelo de Diderichsen e Hallqvist dos determinantes sociais.



Os “contextos sociais” criam a “estratificação social” e desloca os indivíduos para posições sociais diferentes. A “estratificação social”, por sua vez, gera uma exposição diferencial às condições prejudiciais de saúde e vulnerabilidade diferencial, em termos de condições de saúde e disponibilidades de recursos materiais. A “estratificação social”, da mesma maneira, determina consequências diferenciais de problemas de saúde para grupos mais e menos privilegiados – incluindo consequências sociais e econômicas, assim como resultados diferenciados na saúde.

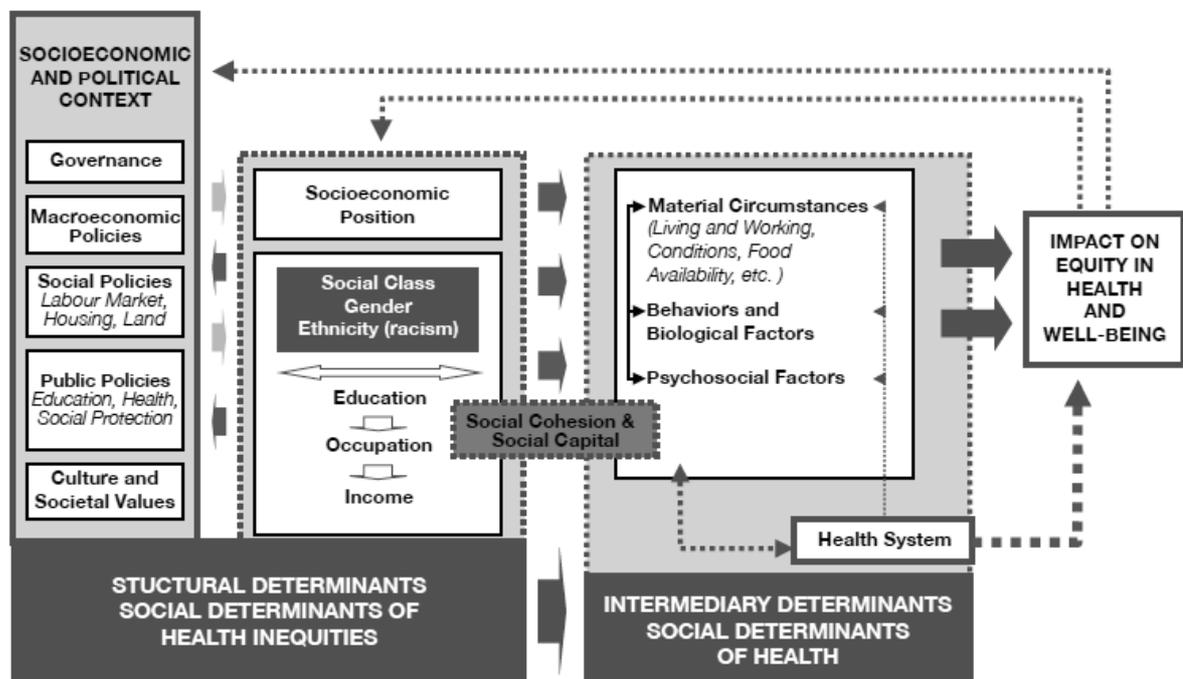
As modalidades de exercício da política do poder público e da política das empresas têm fundamento na divisão territorial do trabalho e buscam modificá-la à sua imagem... A divisão do trabalho pode, também, ser vista como um processo pelo qual os recursos disponíveis se distribuem social e geograficamente. É o trabalho e a divisão social do trabalho que forma a divisão social das classes. (RAFFESTEIN, 1993, p. 86 e 88).

O “contexto” é definido em linhas gerais para incluir todos os mecanismos sociais e políticos que geram, configuram e mantêm hierarquias sociais, como mercado de trabalho, sistema educacional, instituições políticas e outros valores culturais e sociais. Entre os fatores contextuais que afetam poderosamente a saúde estão o estado de bem-estar social e suas políticas redistributivas (ou ausência de tais políticas).

Na estrutura da CDSS os mecanismos estruturais são aqueles que interagem entre o contexto e a posição socioeconômica, gerando e reforçando divisões de classe que definem a posição socioeconômica do indivíduo dentro da hierarquia de poder, de prestígio e de acesso a recursos. Os mecanismos estruturais estão enraizados nas instituições em políticas do contexto socioeconômico e político. Os mais importantes indicadores incluem renda, educação, ocupação, classe social, gênero, raça/etnia.

Juntos – contexto, mecanismos estruturais e as posições socioeconômicas, resultantes dos indivíduos – são “determinantes estruturais” e são a estes determinantes que se referem os determinantes sociais das desigualdades na saúde. Logo, os mecanismos estruturais que moldam as hierarquias sociais, segundo esses estratificadores chaves, são a causa primária das desigualdades na saúde, como observado no esquema da figura 7.

Figura 7 - Quadro Conceitual da CDSS.



Fonte: WHO, 2010, p.6.

Observando o impacto final dos processos sociais na igualdade na saúde, descobre-se que fatores estruturais associados aos componentes da posição socioeconômica estão na raiz das desigualdades no nível populacional. Essa relação é confirmada por um corpo de evidência sólido: as diferenças correlacionadas com a posição socioeconômica das pessoas são encontradas por taxas de mortalidade e morbidade de quase todas as doenças e condições. Os componentes de posição socioeconômica também estão ligados à prevalência, ao curso de doenças e à auto-percepção de saúde. A magnitude de certas doenças pode afetar, diretamente, características do contexto socioeconômico e político através de altos índices de prevalência e níveis de mortalidade e morbidade.

A pandemia de HIV/AIDS na África subsaariana oferece um exemplo, com seu impacto na agricultura, crescimento econômico e capacidades setoriais em áreas tais como saúde e educação. A estrutura mostra o quanto mecanismos sociais, econômicos e políticos dão origem à posições socioeconômicas pelas quais populações são estratificadas segundo renda, educação, ocupação, gênero, raça/etnia e outros fatores; estas posições socioeconômicas, por sua vez moldam determinantes específicos de status de saúde (determinantes intermediários),

reflexos do lugar das pessoas dentro das hierarquias sociais; com base no seu respectivo status social, os indivíduos experimentam diferenças (WHO, 2010).

No Brasil, outro exemplo a ser citado é a endemia de filariose vivida por alguns municípios como Recife, Olinda, Paulista e Jaboatão dos Guararapes; no qual a iniquidade social levou ao adoecimento e a doença mantém a iniquidade, nesse caso, a iniquidade de renda. Sabidamente, essa doença ocorre em indivíduos desfavorecidos socioeconomicamente, que vivem em condições sanitárias precárias, susceptíveis ao mosquito contaminado; em contrapartida, uma vez doente, os sintomas/complicações (a elefantíase) dificultam a (re)inserção desse indivíduo no mercado de trabalho, favorecendo a instalação de um ciclo mórbido.

Na exposição e vulnerabilidade em relação às condições de saúde precárias as doenças podem “dar uma pista” no que concerne à posição social de um indivíduo, por exemplo, por meio do comprometimento de oportunidades de emprego e redução da renda. Algumas doenças epidêmicas podem, da mesma forma, “dar uma pista” em relação a afetar o funcionamento de instituições sociais, econômicas e políticas. Ao se juntar os determinantes sociais da saúde e os processos sociais que moldam a distribuição desigual destes determinantes pode seriamente induzir ao erro a política.

Os objetivos da política serão definidos de forma bem diferente, dependendo se o intuito é concentrar-se nos determinantes de saúde ou nos determinantes das desigualdades na saúde. Nas últimas décadas, as políticas econômicas e sociais têm estado associadas a tendências agregadoras positivas: em fatores sociais determinantes da saúde (ex. capacidade educacional e de renda); e também têm estado associados com desigualdades persistentes na distribuição destes fatores nos grupos populacionais.

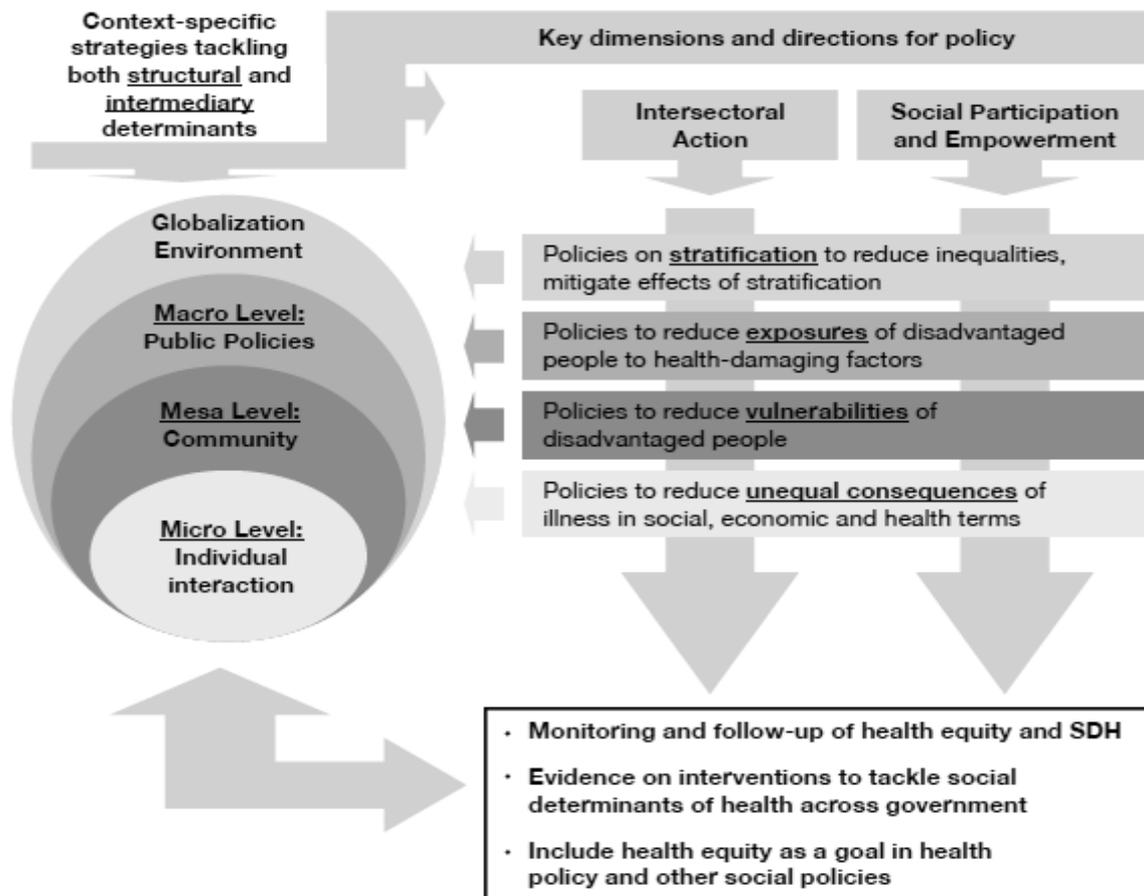
Dessa forma, Graham (WHO, 2010) argumenta acerca da importância de representar o conceito de determinantes sociais aos legisladores de maneira que esclareça a distinção entre os fatores sociais que influenciam a saúde e os processos sociais que determinam a sua distribuição desigual. A indefinição desta distinção pode alimentar a suposição política de que as desigualdades na saúde podem ser diminuídas por políticas que incidam apenas sobre os determinantes sociais da saúde. A estrutura da CDSS tenta cumprir este objetivo.

A figura 8 mostra as três abordagens mais amplas para reduzir as desigualdades na saúde, podem ser identificadas, com base em programas

direcionados para populações desfavorecidas; combate às diferenças entre os grupos privilegiados e os desfavorecidos; e foco no gradiente de saúde social, em relação à população como um todo. Uma abordagem igualitária consistente para os DSS levar ao foco no gradiente. No entanto, estratégias baseadas no combate às desvantagens e abismos na saúde e gradientes não são mutuamente excludentes. Eles podem complementar, capitalizar e desenvolver os desfavorecidos.

Estruturas políticas de desenvolvimento, incluindo aquelas de Stronks et al. e Diderichsen (WHO, 2010), podem ajudar analistas e legisladores a identificar níveis de intervenção e pontos de entrada para ações no que concerne aos DSS, indo de políticas que combatem os determinantes estruturais latentes à abordagens focadas no sistema de saúde e na redução de desigualdades como consequências em relação a problemas de saúde experimentados por grupos sociais diferentes.

Figura 8 - Manejo dos DSS e das iniquidades.



Fonte: WHO, 2010, p.8.

O princípio ético que guia a CDSS é a igualdade na saúde, definida como a ausência de diferenças injustas e evitáveis ou remediáveis na saúde entre grupos sociais, sendo a responsabilidade primária dos governos. A estrutura da CDSS sugere um número de direções amplas para ação política, destacando as principais: as estratégias de contexto específico para combater determinantes estruturais e intermediários; a ação intersetorial; e a participação e fortalecimento social (figura 8). As políticas de DSS devem ser desenvolvidas com cuidadosa atenção às especificidades contextuais, as quais devem ser rigorosamente caracterizadas usando-se metodologias desenvolvidas pela ciência política e ciência social.

A estrutura internacional dos Direitos Humanos é a estrutura conceitual e legal apropriada com a qual se deve avançar em direção da igualdade na saúde pela ação em relação aos DSS – Determinantes Sociais em Saúde. O cumprimento do direito humano à saúde implica no fortalecimento das comunidades privadas de seus direitos a exercer maior controle possível sobre fatores que determinam sua saúde. A CDSS garante que países em desenvolvimento são capazes de transformar o crescente conhecimento em relação aos DSS e abordagens práticas em ação política eficaz.

A estrutura da CDSS se diferencia de algumas outras pela sua ênfase no contexto socioeconômico e político dos determinantes estruturais de desigualdade na saúde. Uma teorização explícita de poder ser útil para guiar a ação para combater os DSS e para melhorar a igualdade na saúde; talvez utilizando-se da ferramenta da territorialidade como a Estratégia de Saúde da Família tenta fazer. Qualquer esforço sério para reduzir as desigualdades na saúde envolverá mudanças na distribuição de poder dentro da sociedade para o benefício de grupos desfavorecidos.

Mudanças nas relações de poder podem ir do nível micro – de domicílios individuais ou locais de trabalho, para a esfera macro - das relações estruturais entre os eleitorados sociais, mediados por instituições econômicas, sociais e políticas. O nível micro será insuficiente para reduzir as desigualdades na saúde, a menos que seja apoiado por mudanças estruturais. Isso significa que a ação concernente aos determinantes sociais das desigualdades na saúde é um processo político que engaja, tanto a atividade das comunidades desfavorecidas como a responsabilidade do Estado.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

3 A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA – UMA ANÁLISE QUALI-QUANTITATIVA EM ESCALA MUNICIPAL

As iniquidades em saúde podem ser avaliadas, indiretamente, pela área geográfica em que o cidadão reside. Dessa forma, o Sistema Único de Saúde - SUS, na instância governamental brasileira denominada de Atenção Básica - AB, buscou a alternativa de esquadramento dos municípios, em territórios pré-definidos, com o objetivo de observar, na posição privilegiada da escala local, as suas especificidades e, logo, os Determinantes Sociais de Saúde – DSS, fazendo surgir a Estratégia de Saúde da Família - ESF, cuja prática é fundamentalmente estruturada a partir da ferramenta da territorialização.

A Estratégia de Saúde da Família é uma política instituída enquanto programa do Ministério da Saúde desde 1994 – inicialmente como Programa Agentes Comunitários de Saúde - PACS, posteriormente, como Programa de Saúde da Família - PSF; cuja linha do cuidado era desenvolvida basicamente pelas ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde de uma população num território específico – adscrito à área de abrangência da unidade de saúde.

A capilaridade e descentralização são características dessa estratégia e desempenham a função de aproximar o comando à gestão das demandas reais, vivenciadas nas comunidades, além do estabelecimento do vínculo terapêutico entre o usuário e o profissional que a proximidade traz e que favorece a saúde da população. É o serviço mais difundido no território brasileiro e estrutura básica do sistema; utiliza-se fortemente da Geografia, uma vez que está fundamentado sob uma base territorial distinta, o território adscrito, onde todas as suas ações são organizadas a partir do diagnóstico local e pensadas a partir da análise desse espaço.

Contudo, o diálogo transdisciplinar enriquecedor entre as ciências da saúde e sociais reforça a importância da articulação intersetorial em prol do bem comum que a saúde representa para a sociedade, perpetuando um legado que legitima a construção social do SUS fundamentado desde a Constituição Federal de 1988.

A ESF desenvolve as suas ações sob a responsabilidade técnico-sanitária de uma equipe de saúde multidisciplinar – médico, enfermeiro, técnico de enfermagem

e agentes comunitários de saúde, podendo ainda agregar a equipe de saúde bucal – dentista, técnico em saúde bucal e auxiliar de saúde bucal.

A ESF conta também com uma outra equipe: o Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF, que tem como objetivo ampliar o escopo de resolutividade da AB. Pode também ser composto por variados profissionais dependendo da escolha da gestão e das equipes de ESF, baseado nas suas necessidades diárias, podendo ser formado por assistente social, profissional de educação física, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, profissional com formação em arte e educação (arte educador), nutricionista, psicólogo, terapeuta ocupacional, médico ginecologista/obstetra, médico homeopata, médico pediatra, médico veterinário, médico psiquiatra, médico geriatra, médico internista (clínica médica), médico do trabalho, médico acupunturista, e profissional de saúde sanitaria. Assim, a organização dos processos de trabalho dos NASFs deve ter como foco o território sob sua responsabilidade, e deve ser estruturada priorizando o atendimento compartilhado e interdisciplinar, com troca de saberes, capacitação e responsabilidades mútuas, gerando experiência para todos os profissionais envolvidos (BRASIL, 2014).

A ESF funciona como alicerce da AB e “porta de entrada” do SUS, servindo como o primeiro ponto da Rede de Assistência à Saúde – RAS, a partir de um diagnóstico local, considerando aspectos epidemiológicos e sociais da comunidade, representando o mais alto grau de descentralização e capilaridade do sistema.

A Atenção Básica, através da Estratégia da Saúde da Família, é considerada como a “porta de entrada” do sistema de saúde e tem como fundamento e diretriz ter território adstrito, de forma a permitir o planejamento, a programação descentralizada e o desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais com impacto na situação, nos condicionantes e determinantes da saúde das coletividades que constituem aquele território sempre em consonância com os princípios do SUS (BRASIL, 2011).

Trata-se de um serviço que possui grande capacidade de solução dos problemas de saúde a um baixo custo, fazendo o referenciamento apenas dos casos que não competem a sua esfera de atenção, tornando-se um serviço imprescindível à população e ao bom funcionamento do SUS.

A figura 9 demonstra como a proximidade com a realidade das pessoas e a capacidade de acolhimento, vinculação, responsabilização e resolutividade tornam a

ESF um serviço promissor, uma vez que possibilita a longitudinalidade do cuidado - a relação pessoal de longa duração entre os profissionais de saúde e os pacientes em suas unidades de saúde; que pode, por exemplo, ser evidenciado pelo acompanhamento regular do Agente Comunitário de Saúde – ACS.

Figura 9- Trabalho da Agente Comunitária de Saúde.



Fonte: A autora, 2014.

A lógica se desenrola sob a forma de quanto mais próximo o comando estiver do problema de saúde, mas facilmente ele será resolvido/amenizado – seja por otimizar o tempo, reconhecer recursos disponíveis e acioná-los e/ou poder conferir uma ação mais direta, pela relação de proximidade que tem com o evento.

Na atualidade observa-se que uma demanda crescente carece desse serviço básico, uma vez que o panorama epidemiológico brasileiro é confluyente com problemas de saúde do passado e do presente: doenças infecciosas não controladas, por conta de condições sanitárias precárias ainda não sanadas; grupos prioritários, como crianças e gestantes, apresentando dificuldades, muitas vezes oriundas de oferta insuficiente dos serviços de saúde ou de sua baixa resolutividade; convivendo com necessidades emergentes de grupos populacionais específicos, como os idosos, que demandam questões de contexto do envelhecimento, e de

portadores de transtornos mentais, que surge como resultado do estilo de vida da atualidade - competitividade desenfreada, individualismo/egocentrismo e uso/abuso de substâncias entorpecentes; e àqueles procedentes da dinâmica do cotidiano, como o aumento das doenças crônicas e das causas externas - casos de violência e acidentes de trânsito.

Além disso, o crescimento populacional brasileiro, que segundo o último censo do IBGE, em 2010, atingiu o valor de 201.032.714 habitantes, e a organização inicial da proposta, do até então, Programa de Saúde da Família - PSF, que priorizava a inserção do programa em locais de maior vulnerabilidade social, já que essas estão mais propícias ao adoecimento, contribuíram para que a distribuição atual da ESF se mostre insuficiente, existindo verdadeiros vazios assistenciais no território pela descontinuidade física, impactando negativamente na saúde das populações.

Sabe-se que o Ministério da Saúde (MS, 2012) sugere a inserção da ESF em sua rede de serviços como tática prioritária de organização da AB, preconizando uma máxima de até 4.000 indivíduos por ESF, sendo recomendada uma média de 3.000 indivíduos, e salientando que deve ser considerado o critério de grau de vulnerabilidade das famílias daquele território, ou seja, a prática é fundamentalmente estruturada a partir da ferramenta da territorialização.

Logo, quanto mais iniquidades no território, menor deverá ser a quantidade de pessoas assistidas por equipe, certamente, atribuídas pelo maior nível de complexidade que envolve essa realidade.

3.1 As áreas adscritas e a geografia social de Olinda com base em indicadores quantitativos – Unidade de Desenvolvimento Humano (UDH)

Já se tornou evidente a importância da apropriação do território para a boa execução do trabalho na Estratégia de Saúde da Família, em especial, para orientar o planejamento de ações específicas aos grupos de maior vulnerabilidade social, na tentativa de minimizar as iniquidades sociais em saúde na esfera dos determinantes intermediários, com a possibilidade de interferência também na esfera dos macrodeterminantes – campo das políticas públicas, através, por exemplo, do resgate do capital social dos indivíduos. Bitoun (apud ROSEMBERG, 2013, p. 98), afirma que “o aumento escalar consiste em passar da pequena escala, do espaço

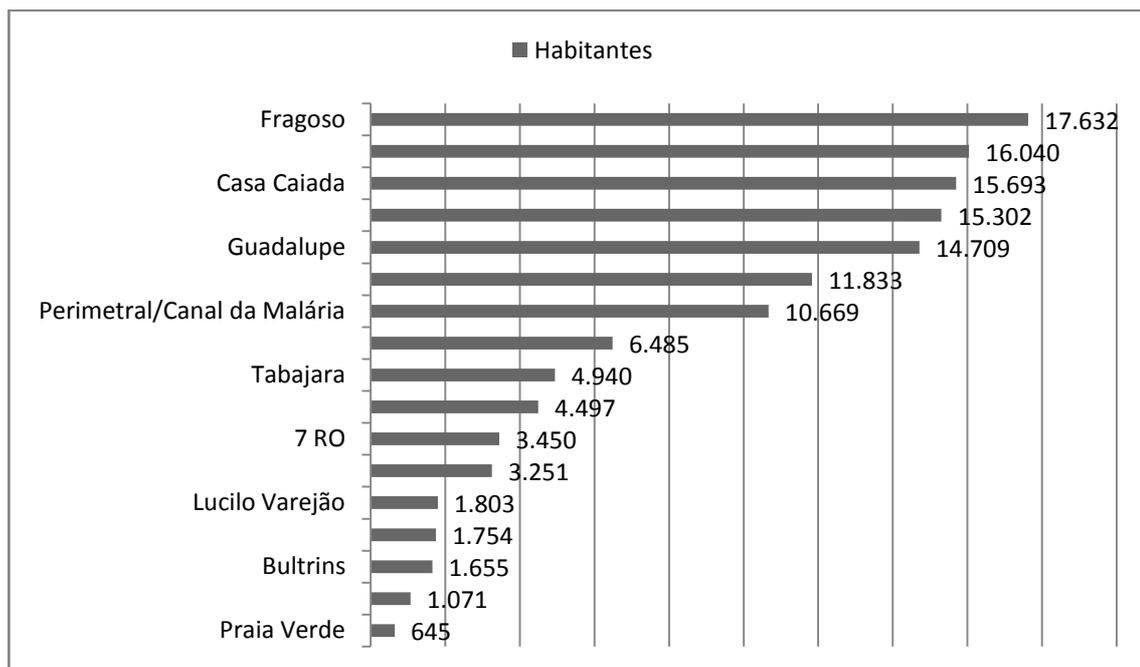
maior, mais abstrato e aparentemente mais homogêneo para a grande escala, isto é, para o espaço mais próximo do vivido destacando a heterogeneidade”.

Para tanto, o referido estudo selecionou alguns indicadores socioeconômicos dos eixos estratégicos: Demografia, Educação, Renda, Habitação, Vulnerabilidade e Trabalho que constam no Atlas de Desenvolvimento Humano, do PNUD, e compreendem a área de atuação da Regional de Saúde 4.

A Densidade Demográfica é um indicador de suma importância, em especial para o planejamento das atividades nas políticas públicas. Porém, o Atlas não dispõe desse dado, tampouco da área total de cada UDH, o que possibilitaria o cálculo da Densidade, uma vez que a Quantidade Total de Habitantes/Área em Km² resultaria no valor da Densidade Demográfica. A informação disponível é o número de habitantes por Unidade de Desenvolvimento Humano que foram, portanto, trabalhadas nesse módulo.

De acordo com o gráfico 1, as UDHS de Fragoso, Morro do Peludo, Casa Caiada, Salgadinho, Guadalupe, Amaro Branco/Bonsucesso e Perimetral/Canal da Malária apresentaram nessa ordem, os maiores quantitativos de habitantes da Regional, contrastados com valores muito inferiores, observados nas UDHS Praia Verde, Macaibera, Bultrins, Jatobá e Lucilo Varejão.

Gráfico 1- Número de Habitantes das UDHS da Regional 4.

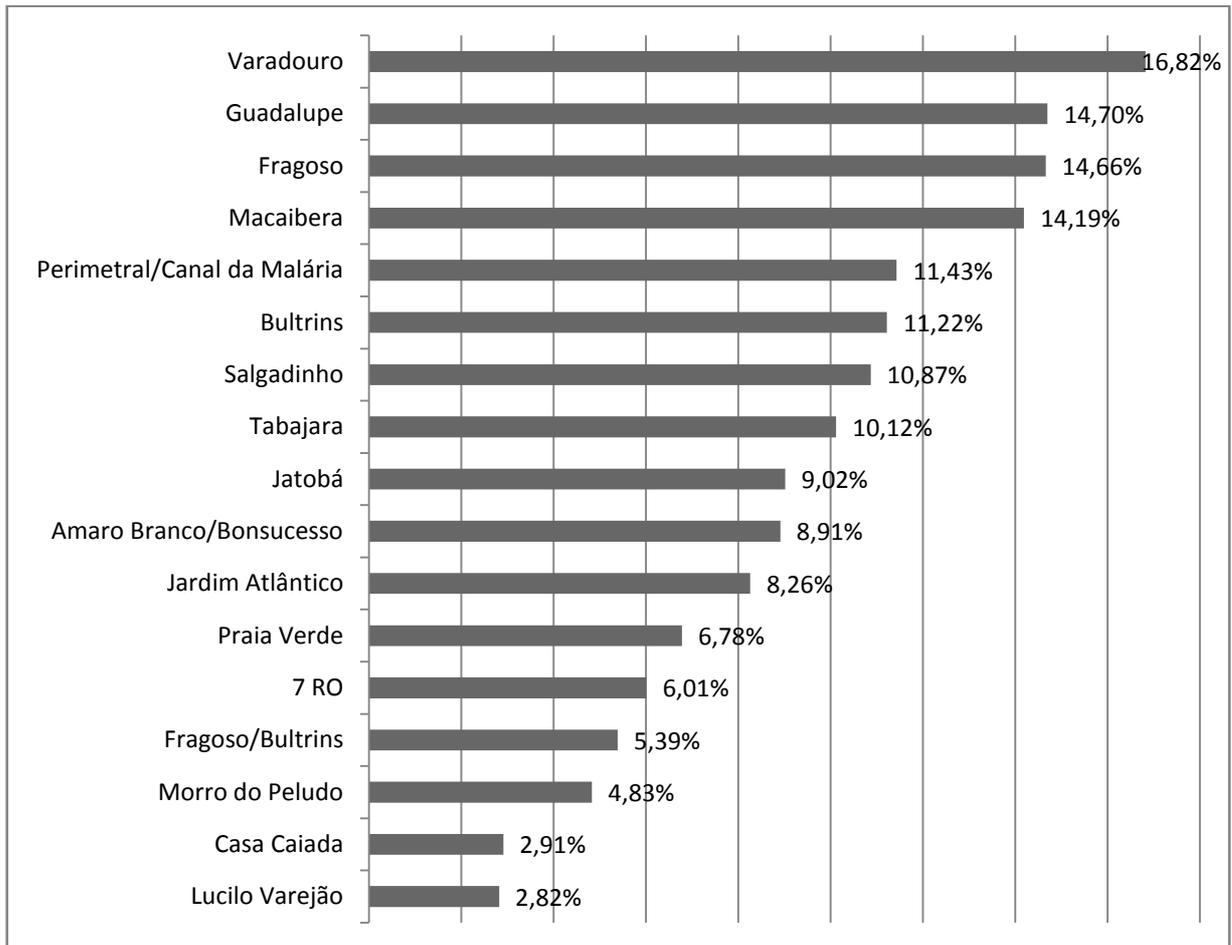


Fonte: Tabulação manual – dados das UDHS, RM do PNUD

Sem dúvida, a Educação é um tema que diz muito sobre a realidade das pessoas e impacta diretamente sobre as suas condições de vida e saúde, tanto pela questão do número de anos de estudo estarem relacionados diretamente a uma maior renda, quanto pelo fato do estudo melhorar a capacidade crítica de percepção de mundo dos indivíduos. Por isso, vários indicadores tentam contemplá-la no Atlas. Foram selecionados alguns, como o indicador Taxa de Analfabetismo da População com 15 anos ou mais de idade, que compreende a razão entre a população de 15 anos ou mais de idade que não sabe ler nem escrever um bilhete simples e o total de pessoas nesta faixa etária, multiplicada por 100.

Os resultados encontrados no gráfico 2 destacam valores que giram em torno de 16,82% da população com 15 anos ou mais que são analfabetas, na UDH Varadouro, além dos valores de 14,7%, 14,66% e 14,19%, das UDHs de Guadalupe, Fragoso e Macaibera, respectivamente.

Gráfico 2 - Taxa de Analfabetismo na população de 15 anos ou mais nas UDHs da Regional 4.

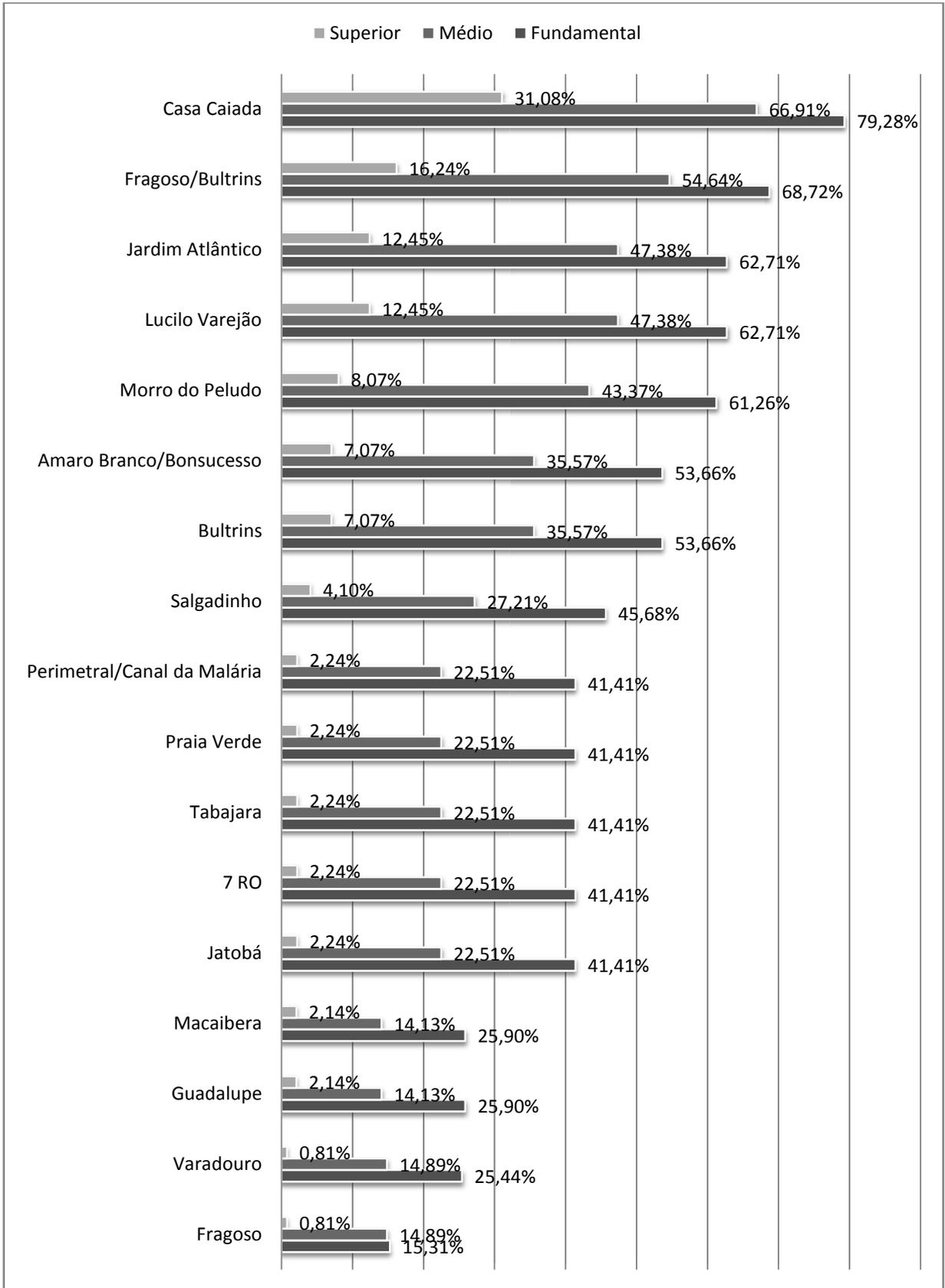


Fonte: Tabulação manual – dados das UDHs, RM do PNUD

Outros indicadores selecionados sobre essa temática compreendem o percentual da população de 25 anos ou mais com Ensino Fundamental Completo, que é a razão entre a população de 25 anos ou mais de idade que concluiu o ensino fundamental, em qualquer de suas modalidades (regular seriado, não seriado, EJA ou supletivo), e o total de pessoas nesta faixa etária, multiplicada por 100; o percentual da população com 25 anos ou mais com Ensino Médio Completo, que é a razão entre a população de 25 anos ou mais de idade que concluiu o ensino médio, em qualquer de suas modalidades (regular seriado, não seriado, EJA ou supletivo) e o total de pessoas nesta faixa etária, multiplicada por 100. Foram consideradas como tendo concluído o ensino médio as pessoas frequentando a 4ª série desse nível. E o percentual da população com 25 anos ou mais com Ensino Superior Completo, que se trata da razão entre a população de 25 anos ou mais de idade que concluiu pelo menos a graduação do ensino superior e o total de pessoas nesta faixa etária, multiplicada por 100.

O Gráfico 3 demonstra o déficit que ainda persiste no acesso ao nível superior, apesar da sua expansão nos últimos anos, decorrente dos incentivos de programas governamentais, como o Programa Universidade para Todos – PROUNI (que concede bolsas de estudo, totais ou parciais, em cursos de graduação e sequenciais de formação específica, em instituições de ensino superior privadas para estudantes egressos do ensino médio da rede pública ou da rede particular, na condição de bolsistas integrais, com renda familiar per capita máxima de três salários mínimos) e do Sistema de Seleção Unificado – SISU (que oferece vagas em universidades públicas aos candidatos participantes do Exame Nacional do Ensino Médio - ENEM), e da reserva de vagas em algumas universidades brasileiras por meio de cotas para os candidatos que se declararem pretos, pardos ou indígenas.

Gráfico 3 - Percentual de Escolaridade da População de 25 anos ou mais das UDHS da Regional 4.



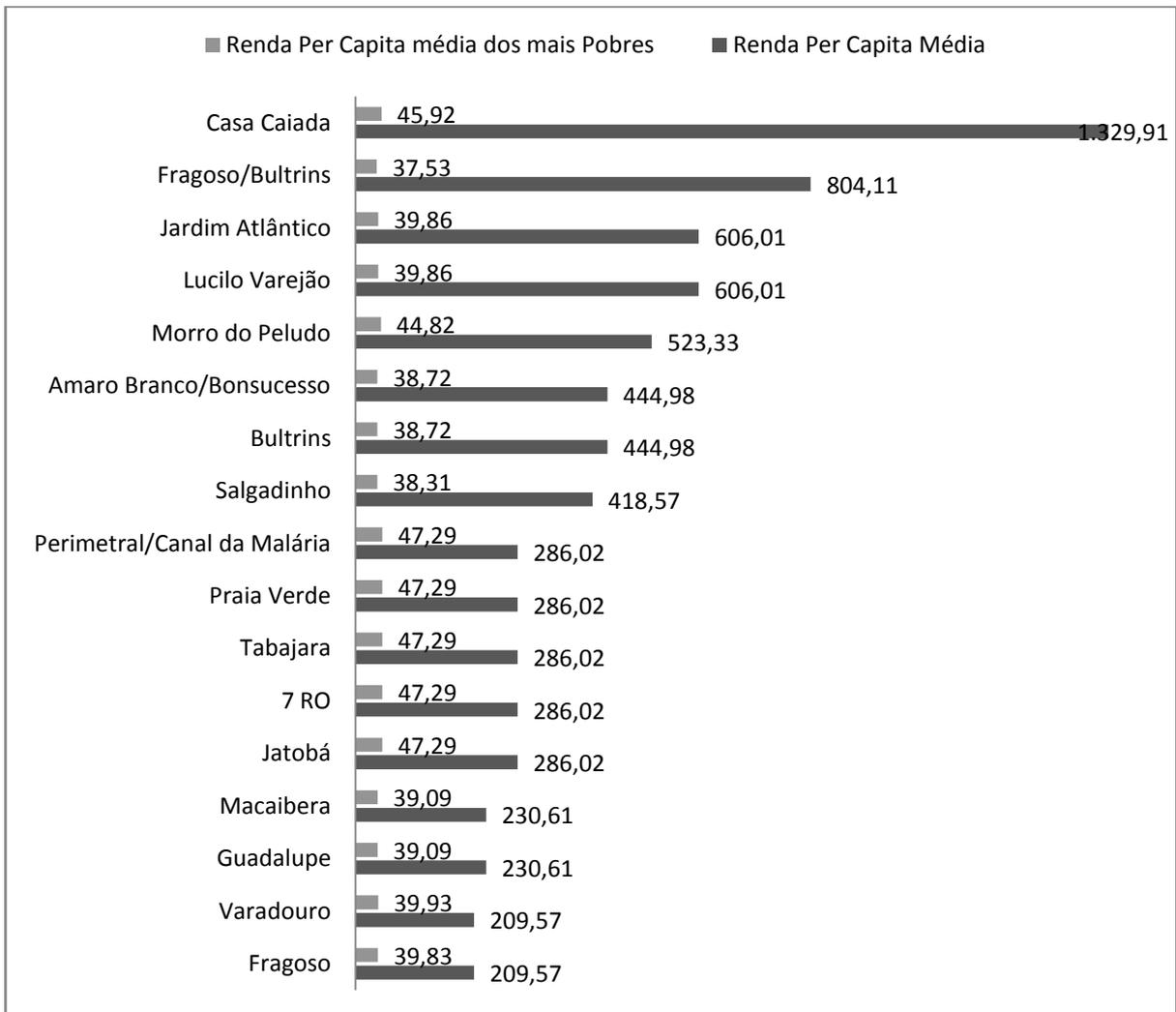
Fonte: Tabulação manual – dados das UDHS, RM do PNUD.

Outras questões preocupantes referem-se à conclusão do Ensino Médio, que oscila do chocante valor de 14,13% da população, nas UDHs Macaibera e Guadalupe, até o valor de 66,91%, na UDH Casa Caiada, além da conclusão do Ensino Fundamental, que atingiu o valor mais alto com o percentual de 66,91%, na referida unidade, e o mais baixo percentual na UDH Fragoso, com 15,31%. Esse resultado reforça a precariedade da educação no país, especialmente, quando se considera que a amostra desse estudo se reporta a uma população cuja faixa etária compreende 25 anos ou mais de idade, o que, certamente, representa uma população que não tem expectativa de retornar às salas de aula para retomar ou galgar seus estudos, visto ser composta, na sua maioria, de uma mão de obra ativa – que trabalha em torno de oito horas diárias, dependente financeiramente do salário e envolvida com toda demanda que a vida dos adultos suscita, como por exemplo, a criação dos filhos.

Os indicadores selecionados para verificar a situação de Renda, como se pode conferir no gráfico 4, foram: Renda Per Capita Média, que é composto pela razão entre o somatório da renda de todos os indivíduos e Renda Domiciliar Per Capita Média dos Extremamente Pobres, que compreende a média da renda domiciliar per capita das pessoas com renda igual ou inferior a R\$ 70,00 mensais, ambos com base nos valores de agosto de 2010 e o universo de indivíduos sendo limitado àqueles que vivem em domicílios particulares permanentes.

Sabendo-se que o salário mínimo neste período estava fixado em R\$ 510,00, a Renda Per Capita Média da Regional 4 se estabeleceu entre os contraditórios valores de R\$ 1.329,91 e R\$ 209,57, destacando as UDH Casa Caiada, como a melhor renda, e as UDHs Varadouro e Fragoso, como as piores. A Renda Per Capita Média dos Mais Pobres oscilou entre R\$ 47,29 (para um bloco específico de UDHs: Perimetral/Canal da Malária, Praia Verde, Tabajara, 7º RO e Jatobá), e de R\$ 37,53, na UDH Fragoso/Bultrins, o que mostra que a maioria da população mais pobre dessa área vivia/vive com rendimentos menores que o salário mínimo.

Gráfico 4 - Renda Per Capita Média das UDHs da Regional 4.



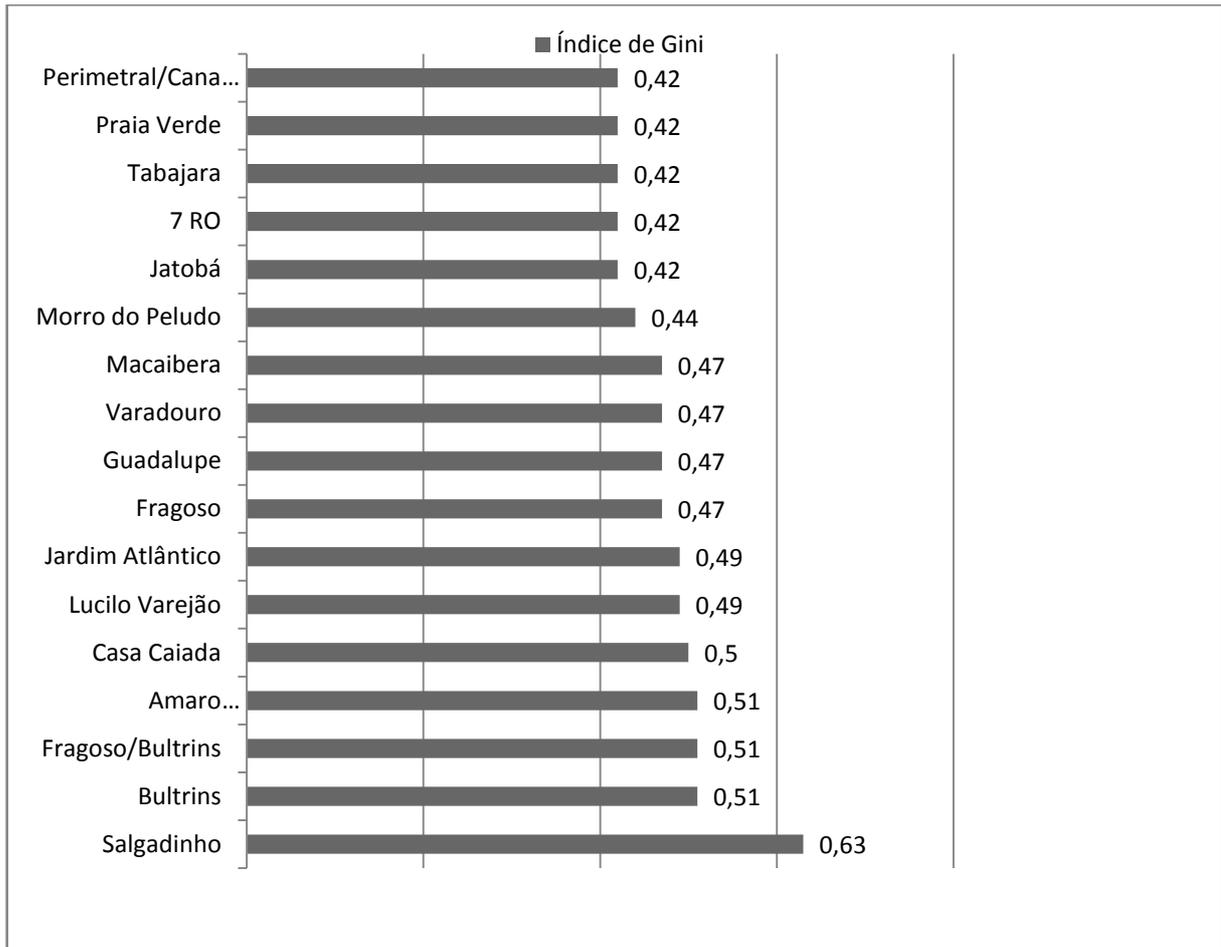
Fonte: Tabulação manual – dados das UDHs, RM do PNUD.

Outro indicador pertinente a Renda é o Índice de Gini, que mede o grau de desigualdade existente na distribuição de indivíduos segundo a renda domiciliar per capita. Seu valor é 0 (zero), quando não há desigualdade (a renda domiciliar per capita de todos os indivíduos tem o mesmo valor), e tende a 1, à medida que a desigualdade aumenta. O universo de indivíduos é limitado àqueles que vivem em domicílios particulares permanentes.

O maior Índice de Gini encontrado foi de 0,63, que compreende a UDH Salgadinho, denotando que se trata de uma área com grandes desigualdades econômicas (Gráfico 5). A maioria manteve-se entre os valores de 0,42 e 0,51, onde os menores valores foram encontrados nas UDHs Perimetral/Canal da Malária, Praia Verde, Tabajara, 7º RO e Jatobá, e os maiores nas UDHs Bultrins, Fragoso/Bultrins e Amaro Branco/Bonsucesso. Lembrando que esse indicador demonstra

desigualdade na distribuição de renda per capita, pode-se concluir que as áreas mais desfavorecidas ou de padrão econômico mediano, em relação à própria Regional 4, não apresentam grandes divergências econômicas e apresentam uma tendência à homogeneidade dos rendimentos, ou seja, menos desigualdade entre as rendas dos seus moradores.

Gráfico 5 - Índice de Gini das UDHS da Regional 4.

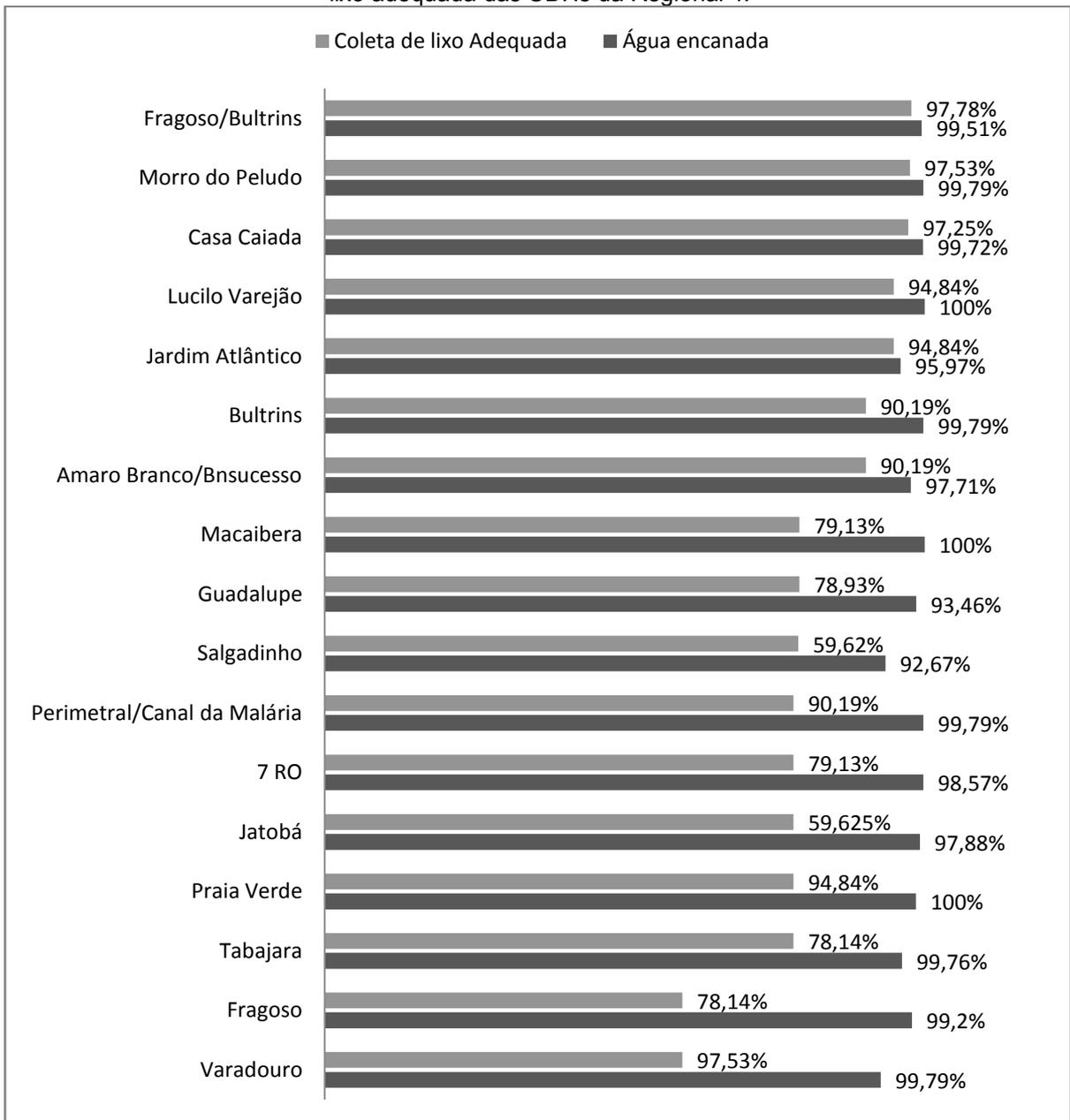


Fonte: Tabulação manual – dados das UDHS, RM do PNUD.

O tema da Habitação (gráfico 6) foi explorado a partir dos indicadores de Percentual da População que vive em Domicílios com Água Encanada, que é a razão entre a população que vive em domicílios particulares permanentes com água canalizada para um ou mais cômodos e a população total residente em domicílios particulares permanentes, multiplicada por 100; e o Percentual da população que vive em domicílios urbanos com serviço de coleta de lixo, que compreende a razão entre a população que vive em domicílios com coleta de lixo e a população total residente em domicílios particulares permanentes, multiplicada por 100.

Estão incluídas as situações em que a coleta de lixo é realizada diretamente por empresa pública ou privada, ou o lixo é depositado em caçamba, tanque ou depósito fora do domicílio, para posterior coleta para a prestadora de serviço. Tanto para o indicador de lixo, quanto para o indicador de água são considerados apenas os domicílios particulares permanentes localizados na área urbana.

Gráfico 6 - Percentual da população que vive em domicílios com água encanada e coleta de lixo adequada das UDHS da Regional 4.



Fonte: Tabulação manual – dados das UDHS, RM do PNUD.

O gráfico 6 mostra resultados satisfatórios acerca do acesso à água encanada, que giram, na sua maioria, em torno dos 100%. O que merece evidência é a forma como acontece o abastecimento, quando pela rede geral é regido por um sistema de racionamento, como é em toda RM do Recife, que nem sempre é regular, em especial pelas obras que ocorreram e que ainda estão acontecendo na via que permeia quase toda a Regional 4 – a PE-15. Outra observação importante para esse indicador é que a água pode ser proveniente de poço, de nascente ou de reservatório abastecido por água das chuvas ou carro-pipa, o que abrange o leque de possibilidades. Outro viés percebido é a forma como a população reserva a água que chega aos domicílios, tanto oriunda da falta de esclarecimento/informação do modo mais adequado para armazená-la, quanto atrelado à situação financeira, na qual as pessoas não dispõem de recursos para adquirir o recipiente adequado para o armazenamento, reutilizando recipientes sem a vedação eficaz.

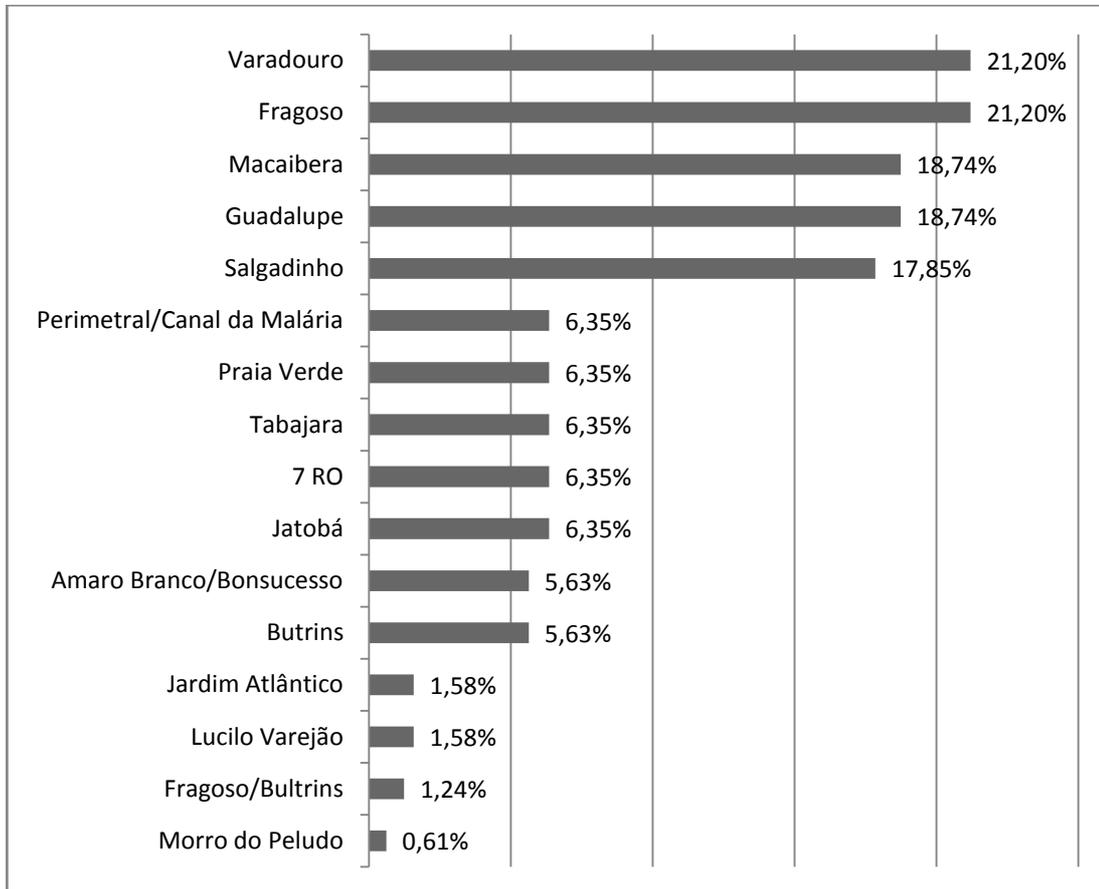
Os resultados também apontam para uma coleta de lixo que precisa melhorar, cujo menor índice é de 59,62%, em plena área urbana, encontrados em duplicidade, tanto na UDH Fragoso, quanto na UDH Varadouro. Destaca-se ainda, a situação de algumas áreas que tem a sua coleta de lixo prejudicada pela falta de pavimentação, pelas condições impostas pelo relevo e pelo diâmetro das vias. Corroborando para essa situação, encontra-se, muitas vezes, a população, que não realiza a destinação correta do seu lixo.

Trabalhando a temática da Habitação, encontra-se o indicador de Percentual de Pessoas em Domicílios com Abastecimento de Água e Esgotos Inadequados, que é a razão entre as pessoas que vivem em domicílios cujo abastecimento de água não provém de rede geral e cujo esgotamento sanitário não é realizado por rede coletora de esgoto ou fossa séptica, multiplicada por 100. São considerados apenas os domicílios particulares permanentes.

Os resultados mostrados no gráfico 7 são alarmantes nas UDHs Fragoso e Varadouro, cujo percentual para ambas é de 21,2%; as UDHs Guadalupe e Macaibera, com 18,74%; e Salgadinho, com 17,85%. Mais dramático ainda é saber que o esgoto ligado a uma rede geral não quer dizer, necessariamente, que a sua destinação está sendo adequada, uma vez que pode estar conectado às galerias de águas pluviais, vindo a transbordar no período chuvoso e contaminar a população, ou que os dejetos podem estar sendo descartados em mananciais (como rios, lagos

ou mar), sem tratamento prévio. Portanto, acredita-se que o percentual possa estar subestimado se forem consideradas tais situações.

Gráfico 7 - Percentual de pessoas que vivem em domicílios com abastecimento de água e esgoto inadequados das UDHS da Regional 4.

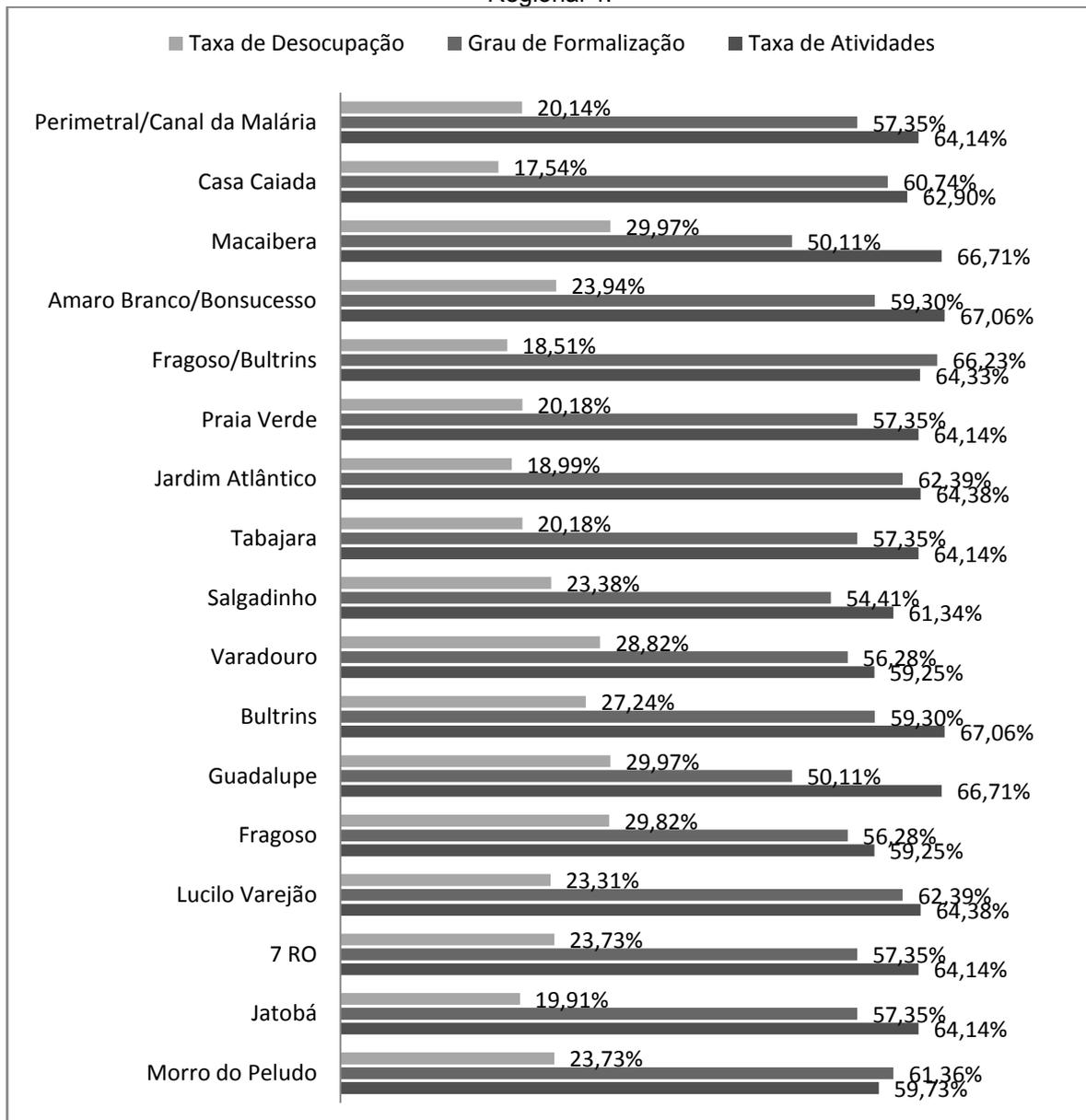


Fonte: Tabulação manual – dados das UDHS, RM do PNUD.

No tema Trabalho (gráfico 8) foram selecionados os indicadores: Taxa de Atividades de Pessoas de 18 anos ou mais de Idade, que compreende a razão entre as pessoas de 18 anos ou mais de idade que eram economicamente ativas, ou seja, que estavam ocupadas ou desocupadas na semana de referência do Censo e o total de pessoas nesta faixa etária, multiplicada por 100 (considera-se desocupada a pessoa que, não estando ocupada na semana de referência, havia procurado trabalho no mês anterior a essa pesquisa); e o Grau de Formalização do Trabalho das Pessoas Ocupadas, que é a razão entre o número de pessoas de 18 anos ou mais, formalmente ocupadas e o número total de pessoas ocupadas nessa faixa etária, multiplicada por 100 (foram considerados como formalmente ocupados os empregados com carteira de trabalho assinada, os militares do Exército, da Marinha,

da Aeronáutica, da Polícia Militar ou do Corpo de Bombeiros, os empregados pelo regime jurídico dos funcionários públicos, assim como os empregadores e trabalhadores por conta própria que eram contribuintes de instituto de previdência oficial). A Taxa de Desocupação da População de 18 anos ou mais de idade compreende o percentual da população economicamente ativa (PEA) nessa faixa etária que estava desocupada, ou seja, que não estava ocupada na semana anterior à data do Censo, mas havia procurado trabalho ao longo do mês anterior à data dessa pesquisa.

Gráfico 8 - Taxa de atividades de pessoas com 18 anos ou mais de idade; Grau de Formalização da Ocupação/atividade e Taxa de Desocupação de pessoas com 18 anos ou mais de idade na Regional 4.



Fonte: Tabulação manual – dados das UDHS, RM do PNUD.

Os resultados obtidos (Gráfico 8) apontam uma Taxa de Atividade relativamente alta, que corresponde a 67,06% nas UDHs Amaro Branco e Bultrins, oscilando até 59,25%, nas UDHs de Fragoso e Varadouro, para os maiores de 18 anos, acompanhadas de uma Taxa de Desocupação, que varia de 29,97% na UDH Macaibera e Guadalupe, variando até 17,54% na UDH de Casa Caiada. Buscando uma análise mais minuciosa da situação trabalhista local, realizou-se a verificação da formalização da ocupação, utilizando o indicador de Taxa de Formalização da Ocupação, numa perspectiva de averiguar a “segurança” do vínculo empregatício no que tange ao cumprimento das legalidades/formalidades pertinentes ao trabalhador, como salário, férias, auxílio doença, seguro desemprego, dentre outros, que podem vir a influenciar na situação de saúde do indivíduo. Foram encontrados percentuais que variam de 66,23% na UDH Fragoso/Bultrins, até 50,11%, nas UDHs Macaibera e Guadalupe.

De acordo com o Atlas de Desenvolvimento Humano (2010) e abordando o tema da Vulnerabilidade, foram trabalhados os Índices de Desenvolvimento Humano das Dimensões:

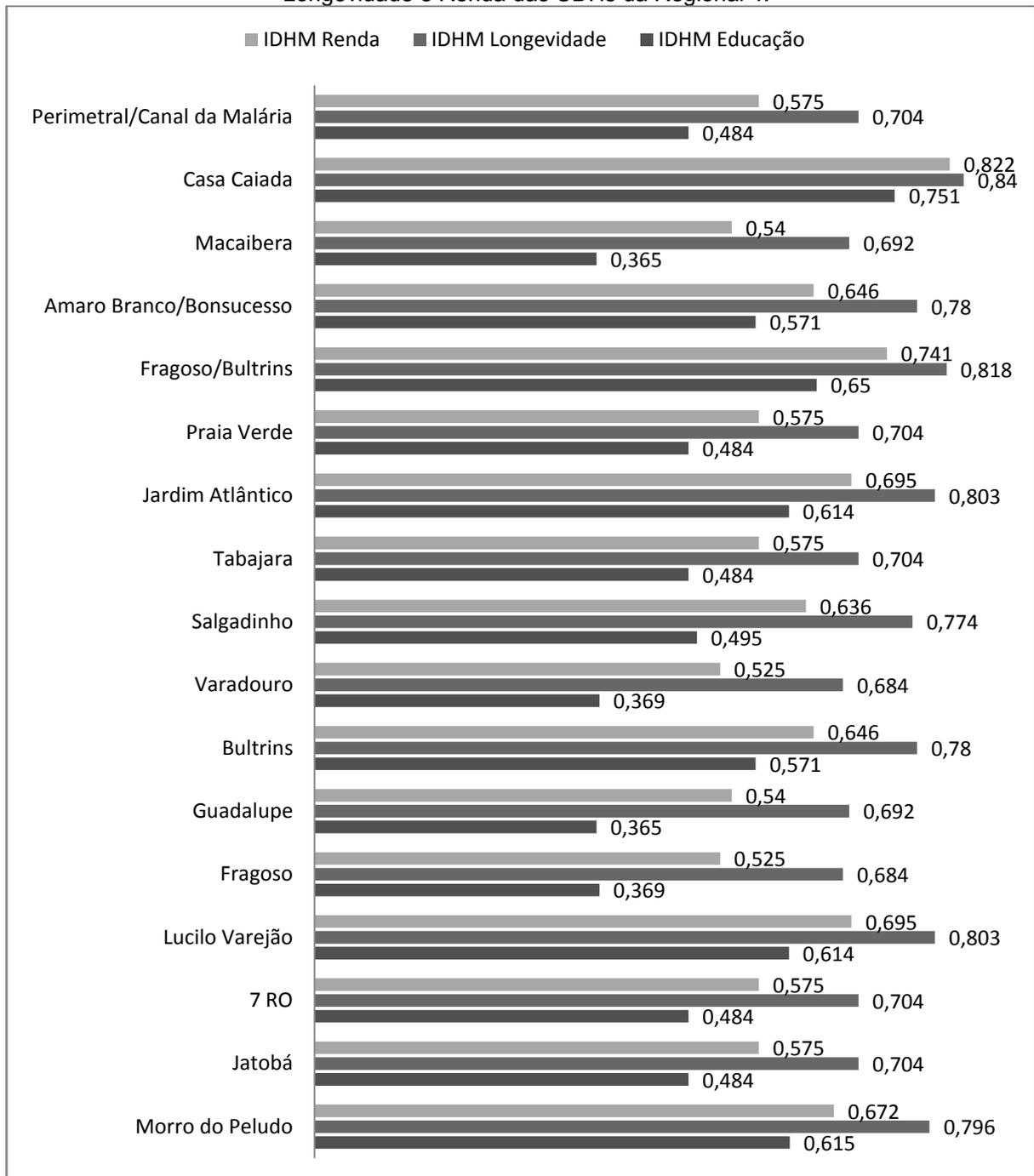
- ✓ Educação - que é obtido através da média geométrica do subíndice de frequência escolar, com peso de 2/3, e do subíndice de escolaridade, com peso de 1/3.
- ✓ Longevidade - que é obtido a partir do indicador Esperança de vida ao nascer, através da fórmula: $[(\text{valor observado do indicador}) - (\text{valor mínimo})] / [(\text{valor máximo}) - (\text{valor mínimo})]$, onde os valores mínimo e máximo são 25 e 85 anos, respectivamente;
- ✓ Renda – que é obtido a partir do indicador Renda per capita, através da fórmula: $[\ln(\text{valor observado do indicador}) - \ln(\text{valor mínimo})] / [\ln(\text{valor máximo}) - \ln(\text{valor mínimo})]$, onde os valores mínimo e máximo são R\$ 8,00 e R\$ 4.033,00 (valores de agosto de 2010).

O índice varia de 0 a 1, sendo que quanto mais próximo de 1, maior o desenvolvimento humano.

O gráfico 9 mostra IDHM_E que gira em torno de 0,615, em áreas como a UDH Morro do Peludo, e valores extremamente baixos, como 0,365, na UDH Guadalupe. Sabe-se que a dimensão Educação do IDHM é uma composição de indicadores de escolaridade da população adulta - medida pelo percentual da população de 18 anos ou mais de idade com o ensino fundamental completo), do

fluxo escolar da população jovem - medido pela média aritmética do percentual de crianças de 5 a 6 anos frequentando a escola, do percentual de jovens de 11 a 13 anos frequentando os anos finais do ensino fundamental regular, do percentual de jovens de 15 a 17 anos com ensino fundamental completo e do percentual de jovens de 18 a 20 anos com ensino médio completo.

Gráfico 9 - Índices de Desenvolvimento Humano Municipal das dimensões: Educação, Longevidade e Renda das UDHS da Regional 4.



Fonte: Tabulação manual – dados das UDHS, RM do PNUD.

A escolaridade da população adulta reflete o funcionamento do sistema educacional em períodos passados e considera que a população adulta brasileira deveria ter completado, pelo menos, o ensino fundamental em sua passagem pelo sistema educacional, algo que não foi possível para a maioria da população maior de 18 anos.

Entendendo-se que longevidade pode ser interpretada como a oportunidade de viver uma vida longa e saudável, de acordo com o Atlas (2010), o IDHM_L nacional ficou em torno de 0,816, em 2010. Com o crescimento, a expectativa de vida do brasileiro aumentou em 9,2 anos, passando de 64,7 anos, em 1991, para 73,9 anos, em 2010, fato que, de certa forma, também foi acompanhado na menor escala, onde os índices variam de 0,818 à 0,684.

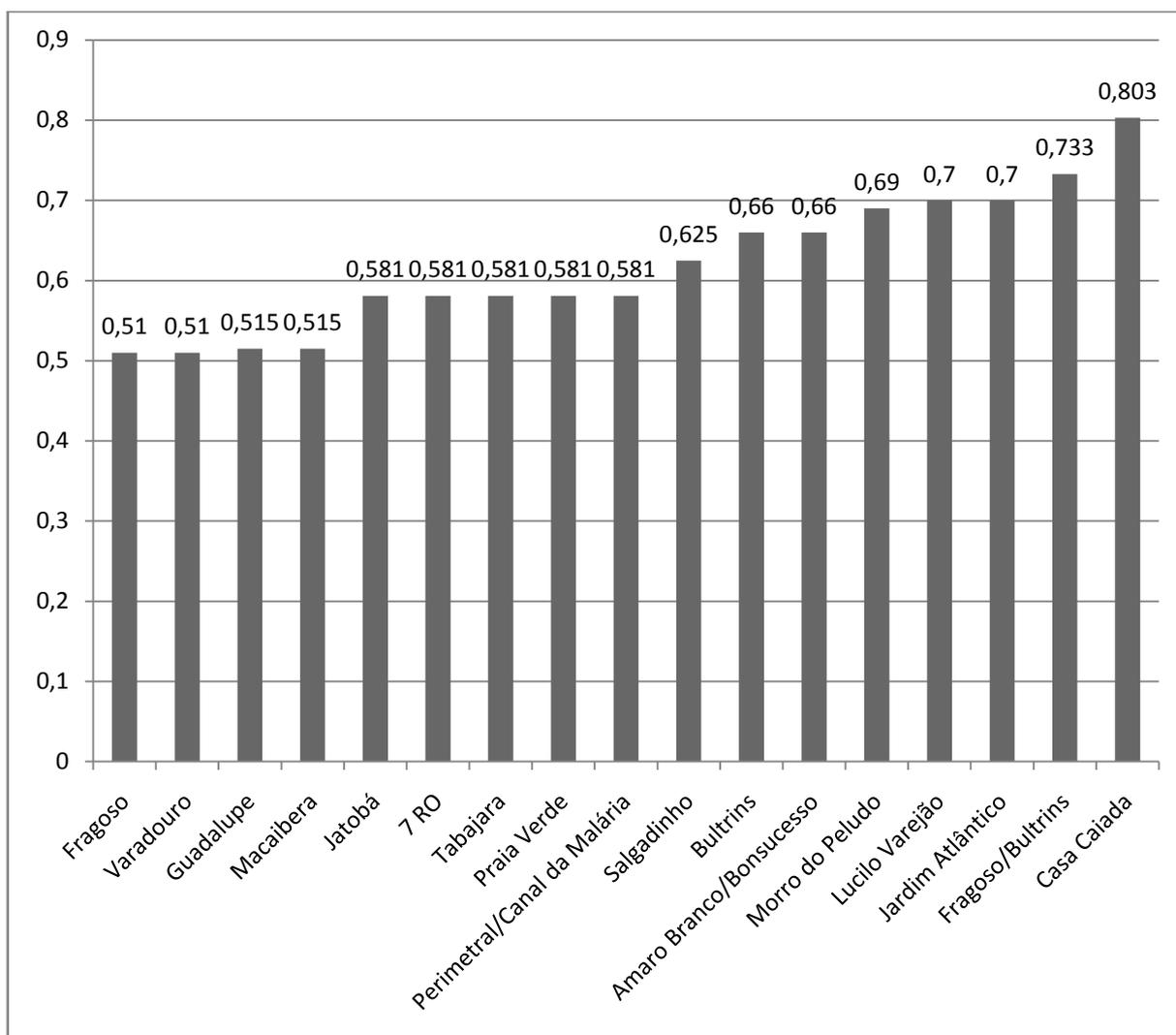
O gráfico 9 denota um crescimento do IDHM_R que varia de 0,822, na UDH Casa Caiada, à 0,525, nas UDHS de Fragoso e Varadouro. A dimensão renda do IDHM remete a ideia de ter um padrão de vida que garanta as necessidades básicas. Segundo o Atlas (2010), a renda per capita mensal do brasileiro cresceu R\$ 346 nas últimas duas décadas, tendo como base agosto de 2010. Ainda assim, os 5.565 municípios brasileiros aparecem na categoria de baixo e médio desenvolvimento neste índice.

Outro indicador da esfera da Vulnerabilidade que merece destaque é o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM), gráfico 10, formado pela média geométrica dos índices das dimensões Renda, Educação e Longevidade, com pesos iguais. De acordo com o Atlas (2010), em 1991, 85,5% das cidades brasileiras tinham IDHM considerado muito baixo, em 2010, o percentual passou para 0,6% dos municípios. De acordo com o levantamento, em 2010, o índice de municípios com IDHM considerado alto e médio chegou a 74%, enquanto em 1991, não havia cidade brasileira alguma com IDHM considerado alto, e 0,8% apresentavam índice médio. Pela escala do estudo, é considerado muito baixo o IDHM entre 0 e 0,49; baixo, entre 0,5 e 0,59; médio, de 0,6 e 0,69; alto, 0,7 e 0,79; e muito alto entre 0,8 e 1,0.

Acompanhando uma tendência nacional, os Índices de Desenvolvimento Humano Municipal da Regional 4 estabelecem valores que oscilam de 0,51 à 0,803, das UDHS Varadouro e Fragoso, e da UDH Casa Caiada, respectivamente, denotando um perfil que varia do baixo até o muito alto IDHM. Em busca de uma correlação teórica, inicialmente havia se tentado estabelecer um *ranking* a partir da seleção de um indicador (do bloco dos indicadores previamente selecionados para a

pesquisa) de cada área temática (Densidade, Educação, Renda, Habitação, Vulnerabilidade e Trabalho). Porém, foi averiguado que dessa forma o estudo não traria resultados fidedignos, pois o conjunto de informações pertinentes a cada UDH seria muito restrito (se comparada à totalidade dos indicadores que o Atlas dispõe) para estabelecer o critério de risco para desenvolvimento das iniquidades.

Gráfico 10 - Índices de Desenvolvimento Humano Municipal das UDHs da Regional 4.



Fonte: Tabulação manual – dados das UDHs, RM do PNUD.

Em uma análise mais ampla desses indicadores (quadro 1), utilizando o próprio IDHM, que mensura a qualidade de vida da população e o seu grau de desenvolvimento econômico, através da verificação dos setores econômicos e sociais, originalmente distribuídos sobre as temáticas de: Educação, Longevidade e Renda, pode-se dividir a área da Regional 4 em três segmentos distintos, quanto ao

grau de risco para o desenvolvimento das iniquidades sociais em saúde (sabendo-se da sua relação com esses setores). São eles: alto grau de vulnerabilidade, médio grau de vulnerabilidade e baixo grau de vulnerabilidade. Destaca-se que o baixo risco para desenvolver iniquidades em saúde não implica na inexistência do risco, em especial, porque o estudo trata de um recorte, e que o risco para desenvolvimento das iniquidades é inversamente proporcional ao IDHM.

Quadro 1 - Classificação das UDHS quanto ao risco de desenvolvimento das Iniquidades Sociais em Saúde utilizando o IDHM local.

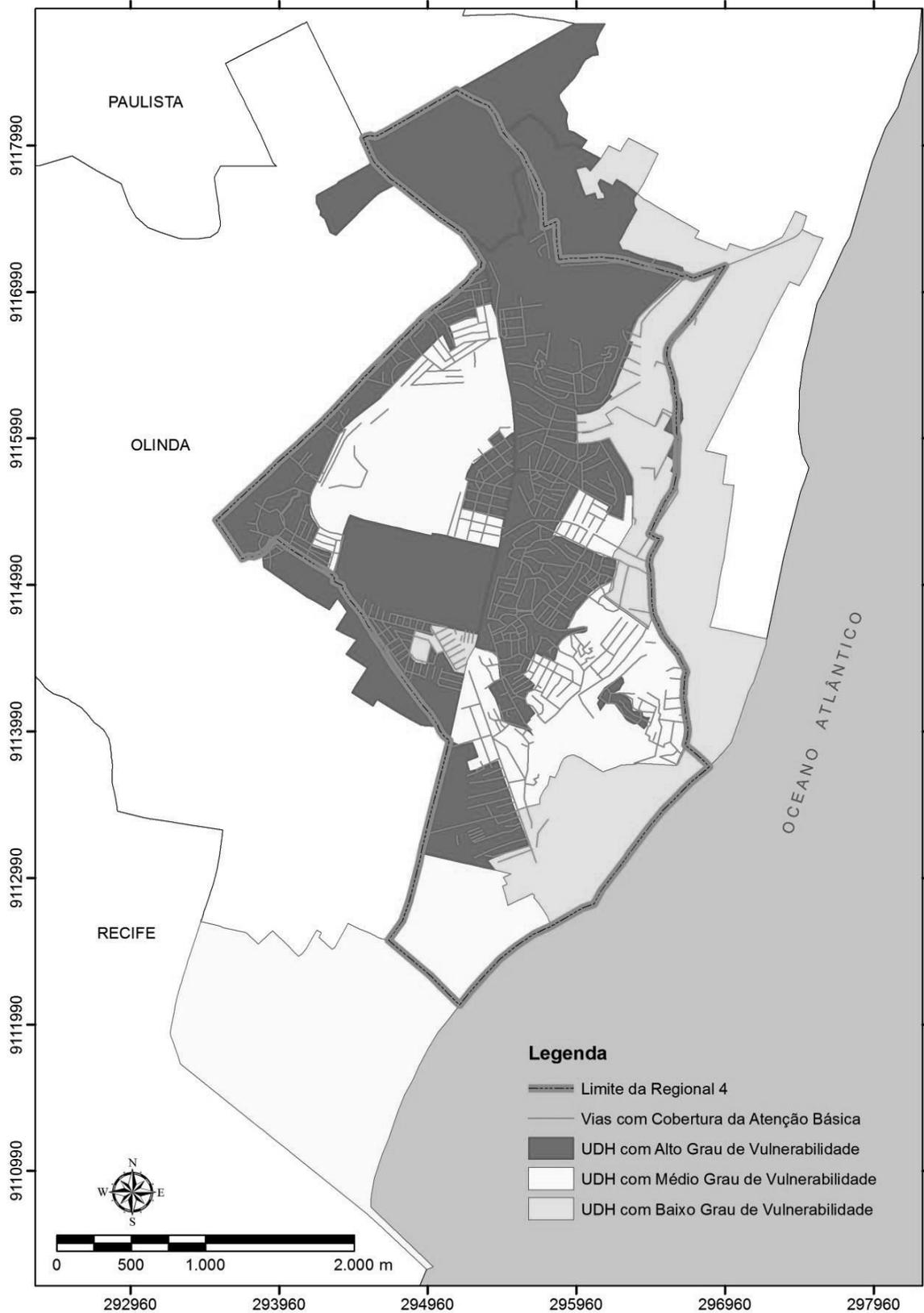
Classificação do IDHM	Classificação de Risco para o desenvolvimento das Iniquidades Sociais em Saúde	UDHS
0 – 0,59	Alto 	Jatobá, 7º RO, Fragoso, Guadalupe, Varadouro, Tabajara, Praia Verde, Macaibera, Perimetral/Canal da Malária
0,6 – 0,69	Médio 	Morro do Peludo, Bultrins, Salgadinho, Amaro Branco/Bonsucesso
0,7 – 1,0	Baixo 	Lucilo Varejão, Jardim Atlântico, Fragoso/Bultrins, Casa Caiada

Fonte: A autora, 2014.

O quadro 1 reforça a participação das UDHS de alto risco para o desenvolvimento das iniquidades (Jatobá, 7º RO, Fragoso, Guadalupe, Varadouro, Tabajara, Praia Verde, Macaibera, Perimetral/Canal da Malária) na posição de áreas mais vulneráveis, como foi discutido e comprovado nos gráficos anteriores, por intermédio de outros indicadores das áreas correlatas, e que por desfrutarem desse perfil merecem uma atenção especial dos gestores de saúde local e dos trabalhadores de saúde que atuam nessas áreas. Intencionalmente, foi desenvolvido um mapa dessa realidade (figura 10) que pudesse sinalizar de forma clara as áreas prioritárias para a expansão da ESF no município, onde as áreas em vermelho

compreendem as áreas de alto grau de vulnerabilidade, as em amarelo são de grau mediano, e as em verde são de baixo grau de vulnerabilidade.

Figura 10 – Áreas prioritárias para expansão da ESF na Regional 4.



Fonte: A autora, 2015.

O recorte dado nessa pesquisa correspondeu ao estudo, da área de atuação da Regional 4, através da abordagem das 17 UDHS, que, concomitantemente, compreendem, na sua maioria ou na sua totalidade, a área de abrangência de territórios adscritos de 14 USFs – USF Ouro Preto; USF Jatobá; USF 7º RO; USF Fragoso 1 e 2; USF Alto da Mina; USF Bultrins 1 e 2; USF Vila de São Bento; USF Bom Sucesso 1 e 2; USF Varadouro 1 e 2; e USF Ilha do Maruim – para que dessa forma se possa ter uma ideia acerca do território, verificando as áreas de maior risco para o desenvolvimento das iniquidades sociais em saúde, comparando-as com a distribuição do serviço de ESF ofertado pelo município, sendo constatado que há um déficit importante na sua distribuição e cobertura nas áreas classificadas como de alto e médio risco para o desenvolvimento das iniquidades.

3.2 O território adscrito da Unidade de Saúde da Família de Jatobá – análise qualitativa a partir dos setores operacionais (Microáreas)

A equipe da ESF tem a responsabilidade sanitária sob o seu território adscrito – área de abrangência, formada a partir da conjuntura das microáreas. Os limites das áreas/microáreas devem considerar barreiras físicas e vias de acesso e transporte da população às unidades de saúde. Este conjunto de requisitos torna a tarefa de definição das áreas um processo intrincado de administração de interesses por vezes contraditórios. Segundo estes requisitos, a área deve ser delimitada segundo critérios técnico-administrativos - populacionais, político-comunitários, fisiográficos, epidemiológicos e de organização dos serviços, que são de difícil convergência para o setor saúde. O PSF deve procurar atuar em territórios onde as condições de urbanização são piores do ponto de vista ambiental e de infraestruturas de saneamento, redes de transporte, serviços públicos e de renda, definidos através das suas condições de vida e situação de saúde. São áreas “segregadas espacialmente” que circunscrevem uma área de atuação para a equipe de saúde, por se tratarem de contextos de vulnerabilidade para a saúde (BRASIL, 2008).

De certa forma, como a ESF é o serviço prioritário da Atenção Básica e é a instância preferencial de acesso ao SUS, deveria ser ofertado a todos os cidadãos, atendendo o princípio da universalidade, independente de condições

socioeconômicas ou sanitárias que os indivíduos vivenciem, já que, constitucionalmente, todos têm o direito à saúde.

Outro ponto importante, mas ainda nessa linha de raciocínio é que enquanto Política da Atenção Básica, a ESF atende os preceitos do SUS, dentre eles, a universalidade, que remete ao livre acesso dos usuários aos serviços de saúde do sistema. No entanto, pelo caráter territorial que a ESF possui, ela ordena o seu atendimento/demanda a partir do esboço exclusivo da sua área de abrangência, “ficando de fora” aqueles indivíduos que não residem na sua área de atuação. Excetuando-se os serviços de vacinação e de urgência na AB, todos os serviços da ESF obedecem essa premissa.

A proposta é que isso se torne cada vez mais efetivo, uma vez que se vislumbra a implantação do software e-SUS AB em escala nacional, processo pelo qual haverá a informatização da transmissão de dados dos sistemas de informação em saúde, trazendo uma informação fidedigna e em tempo real, porém com o recorte territorial bem marcado, já que grande parte dos repasses financeiros estão atrelados às questões informadas pela ESF.

O e-SUS é uma das estratégias do Ministério da Saúde para desenvolver, reestruturar e garantir a integração desses sistemas, de modo a permitir um registro da situação de saúde individualizado por meio do Cartão Nacional de Saúde - CNS. O nome, e-SUS, faz referência a um SUS eletrônico, cujo objetivo é, sobretudo, facilitar e contribuir com a organização do trabalho dos profissionais de saúde, elemento decisivo para a qualidade da atenção à saúde prestada à população (MS, 2014).

A priori, isso não seria um entrave se toda a população tivesse a ESF como um serviço disponível, porém, não é o que ocorre. Por vezes, os vazios assistenciais - áreas descobertas por assistência de ESF, produzem situações conflitantes, em que o usuário encontra-se segregado pela armadilha da territorialidade, onde o seu atendimento está condicionado a residir na área sob adscrição da USF, se assim não residir ou se residir e não pertencer, fatalmente não será atendido pela estratégia, tendo que recorrer ao sistema tradicional dos postos de saúde, que organizam o seu atendimento sob demanda espontânea (quando o usuário busca o serviço por ter uma necessidade), em uma marcação caótica mensal e sem o acompanhamento sistemático que caso muitas vezes requer.

O objeto desse estudo é a descrição da experiência profissional da Estratégia de Saúde da Família de Jatobá, no município de Olinda – PE, frente às iniquidades sociais em saúde que fomentam o processo saúde-doença. Para tanto, faz-se necessário uma discussão sobre o seu recorte territorial.

Inicialmente o território da USF Jatobá (figura 11), era formado por sete microáreas, porém diante das insatisfações da equipe e da população, no que tange a distância percorrida e as barreiras físicas vivenciadas pelos Agentes Comunitários de Saúde – ACS, no seu cotidiano, e a ausência do acompanhamento do profissional ACS em uma área vizinha ao posto contribuíram para que a equipe buscasse alternativas para reorganizar a assistência prestada em seu território adscrito.

Figura 11 – Unidade de Saúde da Família de Jatobá.



Fonte: A autora, 2014.

O panorama territorial da unidade esboçava a microárea 2 sem acompanhamento sistemático do ACS há mais de 5 anos, apesar de assistida sob a forma de atendimento da demanda espontânea pelos demais membros da equipe, fato que não minimizava a pressão social exercida pela população, uma vez que a microárea é muito próxima à unidade. Outros fatores também agravavam a situação como a ocorrência frequente de diagnósticos tardios, abstenção de consultas e ausência de dados confiáveis para alimentação do SIAB, já que o cadastro estava desatualizado.

A microárea 4, demonstrada na figura 12, não se encontrava bem distribuída, de forma que assistência da ACS não configurava uma continuidade territorial até mesmo em uma única rua – Rua Moreno, onde a mesma atendia/visitava um lado da rua e o outro não, gerando ainda mais conflitos e questionamentos. Com a redistribuição, toda a rua foi excluída.

Figura 12 - Rua Moreno, antiga Microárea 4.



Fonte: A autora, 2014.

A microárea 5 encontra-se fragmentada em sua faixa territorial, possuindo características sociais e epidemiológicas distintas, como pode ser observado na figura 13. Em um recorte trazia um perfil socioeconômico mais precário, fato percebido pela manifestação de intenso tráfico de drogas e eventos violentos, maior ocorrência de gestação em menores de 20 anos e incidência de doenças infecto-contagiosas em maior número que as demais microáreas; em outro recorte ainda na mesma microárea, o perfil se assemelhava às demais microáreas da unidade.

Figura 13 - Antiga Microárea 5.



Fonte: A autora, 2014.

As microáreas 6 e 7, além de trecho da microárea 5 possuem a característica de não estarem inseridas no contexto de continuidade territorial, uma vez que ficam, em média, 4 km afastadas da unidade de Jatobá - situada na zona urbana de Olinda (observar a figura 12), o que acaba prejudicando o acesso dos moradores ao serviço de saúde, em especial, os idosos, as gestantes, as crianças e todos aqueles com dificuldade de locomoção. Salienta-se também que há dois serviços de saúde – a Policlínica Ouro Preto e o Centro de Saúde do Fragoso, que por serem mais próximos, territorialmente dessas microáreas eram mais acessados pelos usuários do que a própria USF.

Em todas as áreas é observado que existem domicílios que estão territorialmente inseridos na área de abrangência da unidade, mas que não usufruem desse benefício, uma vez que não eram cadastrados pelos ACS, visto a sobrecarga do número de indivíduos/famílias que a equipe possui (figura 14).

Figura 14 – Antigo mapa de abrangência da USF Jatobá.



Outro detalhe percebido é a descontinuidade do território como um todo, produzindo uma grande lacuna entre as microáreas 1,2,3,4 e trecho da 5, e as microáreas 6 e 7 e o outro trecho da 5; evidenciado claramente pela visualização do antigo mapa da área de abrangência da unidade, na figura . Por si só, a descontinuidade territorial não pode ser considerada relevante para a definição da área de atuação da ESF, porém, no âmbito urbano, com limitações oriundas do campo social, econômico, epidemiológico, fisiográfico e seguindo as recomendações do MS, ela pode auxiliar na reconfiguração de um território adscrito.

Sob o julgo ético e profissional, inúmeras tentativas foram empreitadas, inclusive com a manutenção do quadro pela equipe, aguardando a tomada de decisão por parte da gestão, porém os problemas estavam impactando diretamente no trabalho e nas vidas das pessoas. Então, diante do conhecimento científico adquirido pela autora e de sua prática profissional, a equipe decidiu redefinir as suas bases territoriais atendendo as expectativas quali-quantitativas do MS onde o número de ACS deve ser suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por ACS. E dessa forma ocorreu: sob o conhecimento da gestão, porém sem o seu auxílio técnico.

A área foi distribuída com os seis ACS da equipe: as microáreas 1, 2, 3 e 4 – retirando desta a R. Moreno, a qual só era atendida um lado; assim como parte da microárea 5, ficando a área próxima ao posto, retirando as ruas Falcão e a Comunidade da Constelação. Outra questão foi deixar de atender as microáreas 6 e 7.

Fazendo o levantamento de todo quantitativo de pessoas que restou nas microáreas 1, 2, 3, 4 e 5 foi redistribuído entre os seis ACS, tentando manter uma média de 150 famílias ou 750 pessoas por ACS. Agora devendo cadastrar todo morador da nova área de abrangência.

No entanto, observa-se, mesmo ainda em processo de conclusão do novo recadastramento, em algumas microáreas, que o quantitativo de famílias ainda permanece elevado, apesar do número de indivíduos estar dentro da média. Certamente, esse fato pode ser atribuído aos novos arranjos familiares que remete a sociedade contemporânea, por isso a importância de ater-se a nova tendência de considerar o número de indivíduos para estimar a média preconizada.

Segundo dados do SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica da USF Jatobá (quadros 2 e 3), sob os meses de competência de março e de novembro de 2014, onde o primeiro mês remete ao período anterior a redefinição do território de adscrito, e o segundo, ao período de readequação do novo território, já é possível perceber, sob uma perspectiva meramente quantitativa, o alinhamento do trabalho na ESF com as recomendações do MS.

Quadro 2 - Distribuição do Número de Famílias por Microáreas – Antes da Redefinição do Território.

Microárea	Número de Famílias Cadastradas
1	223
2	Não há dados concretos, sem ACS
3	223
4	211
5	242
6	270
7	278
TOTAL	1447

Fonte: SSA 2, março/2014.

Quadro 3 - Distribuição de Número de Indivíduos e Famílias por Microáreas.

Microárea	Número de Indivíduos	Número de Famílias
1	403	190
2	537	185
3	697	200
4	639	178
5	609	180
6	304	140
TOTAL	3189	1073

Fonte: SSA 2, novembro/2014.

Até o presente momento, tem-se a expectativa de que essas áreas que ficaram desprovidas de assistência da ESF sejam contempladas com a instalação de uma nova equipe, cuja sede da unidade fique mais próxima aos usuários, como foi sugerido e fundamentado com o grande número de famílias em relatórios

enviados pela equipe da USF Jatobá à gestão. Também se aguarda que a gestão legitime o processo de redefinição da área informadas as readequações ao Ministério da Saúde – MS, até mesmo para garantir a fidelidade dos dados informados junto ao SIAB.

Atualmente, a USF Jatobá tem o território desenhado sob seis microáreas distintas, que convergem, de uma forma geral, com suas características socioespaciais e que apresentam uma relação de continuidade territorial mais estreitada com a unidade.

Em fase final de cadastramento, com a confecção da Ficha A e do prontuário da família, o processo torna-se moroso pelo fato de fazê-lo concomitantemente com as atividades regulares do ACS, em um processo de “idas e vindas”, reconsiderando e refazendo, o que talvez fosse mais rápido se utilizasse ferramentas do geoprocessamento e se dedicasse, exclusivamente, a esse feito.

Apropriar-se dessa nova realidade é mais um desafio para a equipe, mas pertinente quando se trabalha as questões do processo saúde-doença. Desenhando o território adscrito pode-se localizar fixos e fluxos que o animam e que mostram a cartografia social daquele lugar, os potenciais e as vulnerabilidades, viabilizando traçar uma estratégia de ação. Os dispositivos sociais são diversos, cada um com uma característica que o torna peculiar.

A Associação de Moradores de Jatobá (figura 15) não possui tanta articulação com a comunidade e suas demandas, tampouco com a unidade de saúde, costuma enfatizar questões de cunho eleitoreiro, já que por vezes o seu diretor tentou investir na carreira política. Há a distribuição de leite tipo C duas vezes por semana para moradores carentes, atendendo um cadastro prévio.

Figura 15 - Associação de Moradores de Jatobá.



Fonte: A autora, 2014.

As escolas são um espaço de oportunidades, porém limitam-se a parcerias de natureza focal com o setor saúde, como o que ocorre com a Escola Estadual Floriano Peixoto, observada na figura 16, que só permite interação com a unidade quando há campanhas de vacinação. Registra-se que já houve tentativas de realizar o PSE – Programa de Saúde na Escola na referida instituição mas não houve êxito por conta de divergências dos interesses assistenciais entre a direção e a equipe de saúde.

Figura 16 - Escola Estadual Floriano Peixoto.



Fonte: A autora, 2013.

Talvez por pertencer à mesma instância governamental que a USF - o município, a Escola Municipal Wilson Souza tem uma relação mais parceira, ainda que com ressalvas, uma vez que há encontros semanais da saúde e educação, através do PSE.

São desenvolvidas as mais diversas ações no âmbito da educação em saúde, evidenciadas na figura 17, como a Campanha de Profilaxia de Geo-helmintíases – onde é administrada uma dose de anti-helmíntico (remédio para combater verminoses) de forma massificada; aferição das medidas antropométricas dos alunos – onde verifica-se o peso, a altura e o Índice de Massa Corpórea – IMC, diagnosticando os casos de obesidade, mais comuns na atualidade, e de desnutrição; verificação da acuidade visual – diante do exame dos estudantes usando a Escala de Snellen, onde é feita uma triagem oftalmológica pelos próprios profissionais da unidade e ofertando consulta com o oftalmologista, quando necessário, onde o óculos é oferecido gratuitamente ao aluno carente, através do Programa Olhar Brasil, do governo federal; verificação da acuidade auditiva e do

desenvolvimento da linguagem, realizada pelo profissional fonoaudiólogo; aplicação de flúor e triagem odontológica, pela odontologia; campanhas de vacinação e a atualização do cartão de vacinas; campanhas de diagnóstico precoce e tratamento das doenças negligenciadas, como a hanseníase; desenvolvimento de ações que reforcem uma cultura de paz, combate ao *bullying* e resgate da cidadania e respeito ao meio ambiente, dentre outros.

Apesar do caráter campanhista de algumas ações, originado pela prática biomédica dominante do setor saúde, o PSE se mostra uma oportunidade interessante pois o objeto de seu trabalho são os estudantes – no caso da Escola Wilson Souza, crianças e adolescentes, indivíduos em formação, onde pode ser construída ou “despertada” uma posição mais ativa e crítica, frente às demandas do planeta e da comunidade.

Figura 17 - PSE na Escola Wilson Souza.



Fonte: A autora, 2014.

Atualmente, uma observação a ser feita aos trabalhos realizados na Escola Wilson Souza diz respeito ao fato dela estar situada em outra área de abrangência – Ilha do Maruim, sendo ofertado à comunidade de Jatobá o transporte dos seus estudantes por ônibus da prefeitura; uma vez que o prédio original da escola, situado

o bairro, encontra-se fechado, por causa oficial desconhecida, há rumores que o mesmo aguarda por reforma.

A ausência de creches e escolas particulares na área define as dificuldades vividas pelas mães para conciliar o trabalho com a maternidade, assim como podem dar pistas do poder aquisitivo local (baixo), o que dificulta a fixação de escolas privadas. Há uma creche em funcionamento fora da área de cobertura da USF Jatobá, apesar de pertencer ao mesmo bairro, a Creche Tancredo Neves, localizada na Rua Romeu Jacobino, que é bastante utilizada pela comunidade.

De uma forma geral, a representatividade religiosa local se mostra a partir do grande número de denominações evangélicas em ascensão no território, são cinco na nova área de abrangência da USF Jatobá (Figura 18): Congregação Evangélica Betesda - na microárea 1; Igreja Evangélica Pentecostal Raiz de Davi Leão de Judá – na microárea 2; Caminho da Vida em Cristo – na microárea 3; Assembleia de Deus – na microárea 5; e um Ponto de Pregação – na microárea 6. Com a conjuntura da área de abrangência anterior, somam-se a essas mais duas igrejas evangélicas da Assembleia de Deus (Figura 19).

Figura 18 - Representação das Igrejas Evangélicas do território de Jatobá.



Fonte: A autora, 2014.

Figura 19: Igrejas evangélicas na antiga área de cobertura.



Fonte: A autora, 2014.

Outrora, diga-se, com a configuração de área anterior à distribuição, existia uma Igreja Batista, situada na microárea 7, que cedia o espaço do seu salão para realização das reuniões mensais do HIPERDIA – Hipertensão e Diabetes (figura 20), já que a maioria dos usuários frequentadores era composta de idosos e pessoas com dificuldade de locomoção, pertencentes à religião protestante, e a unidade de saúde situava-se distante dessa microárea. Atualmente, a igreja mudou-se.

Figura 20 - Reunião HIPERDIA na Igreja Batista.



Fonte: A autora, 2012.

A figura 21 demonstra a representação católica da Igreja de Nossa Senhora da Ajuda (A) que se mostra colaborativa em alguns trabalhos como na prática de atividade física, supervisionada pela educadora física do NASF, nas

segundas e sextas-feiras às 8 horas. Nesse mesmo espaço, há o funcionamento do programa federal PETI – Programa de Erradicação do Trabalho Infantil, que atende crianças de 7 a 14 anos e funciona a Pastoral dos Idosos que promove grupos/reuniões com idosos da comunidade frequentemente (B).

Figura 21 – Representação católica: A - Igreja Nossa Senhora da Ajuda e B – Grupo dos Idosos.



A

B

Fonte: A autora, 2014.

Pode-se afirmar que a prática religiosa é, sobretudo, uma atividade de lazer para a população de Jatobá, já que atividades prazerosas, de lazer/recreação e de esportes, são muito restritas, uma vez que a comunidade não dispõe de equipamentos de lazer como praças, parques, dentre outros, há apenas uma área de lazer improvisada pelos moradores na microárea 1 (figura 22). O que, certamente, deixa os grupos de crianças e adolescentes ociosos e mais vulneráveis ao contexto de violência local, em especial o tráfico de drogas. Um espaço que talvez pudesse ser mais bem aproveitado para essa função é a quadra poliesportiva da Escola Floriano Peixoto, que por motivos de natureza desconhecida não funciona dessa forma.

Figura 22 - Área de lazer improvisada.



Fonte: A autora, 2014.

Outra nuance que contempla as questões de lazer no bairro pertence à esfera dos estabelecimentos que comercializam bebida alcoólica, os bares. Muitos em situação precária e com funcionamento diuturno, multiplicam-se subsidiados pela indústria das bebidas (alcoólicas e não alcoólicas, como os refrigerantes) que fornecem incentivos como mobília (cadeiras, mesas, refrigeradores) e ambientação (decoreção do espaço com seus logotipos). Foram empreitadas algumas tentativas de documentar esse aspecto com fotografias, entretanto, não foi possível realizá-las, pois nem os proprietários e nem os frequentadores sentiram-se à vontade para colaborar com a pesquisa.

A representatividade das religiões afro-descendentes - os terreiros, observado na figura 23, são escassos ou ocultados, certamente pela pressão religiosa vivida no território, em especial no que compreende a religião protestante.

Figura 23: Centro de candomblé.



Fonte: A autora, 2013.

Na antiga área de abrangência da USF há uma representação da doutrina espírita, kardecista, o Centro Espírita André Luiz, figura 24, frequentado por moradores locais e por inúmeros visitantes de diversas outras localidades da RM, pois é considerado um Hospital Espiritual. Arelado a este centro religioso estava previsto a construção de uma creche para atender a comunidade, porém, por conta de obras inerentes a utilidade pública - ligação da 2ª Perimetral Norte à Ponte do Janga, que tem a conclusão prevista até o ano de 2017; haverá a desapropriação das edificações locais. Esse fato também corroborou para a redefinição da área, já que algumas das ruas que foram “descredenciadas” deixarão de existir de fato.

Figura 24 - Centro Espírita André Luiz.



Fonte: A autora, 2014.

Quanto ao abastecimento de água: é promovido pela COMPESA – Companhia Pernambucana de Saneamento, de maneira regular, um dia com água para dois ou três sem, dependendo da microárea. Porém, a periodicidade obriga a reserva de água por parte dos usuários, o que nem sempre se dá de forma adequada apesar das orientações, em especial dos Agentes de Combate à Endemias – ACE, evidenciado na figura 25.

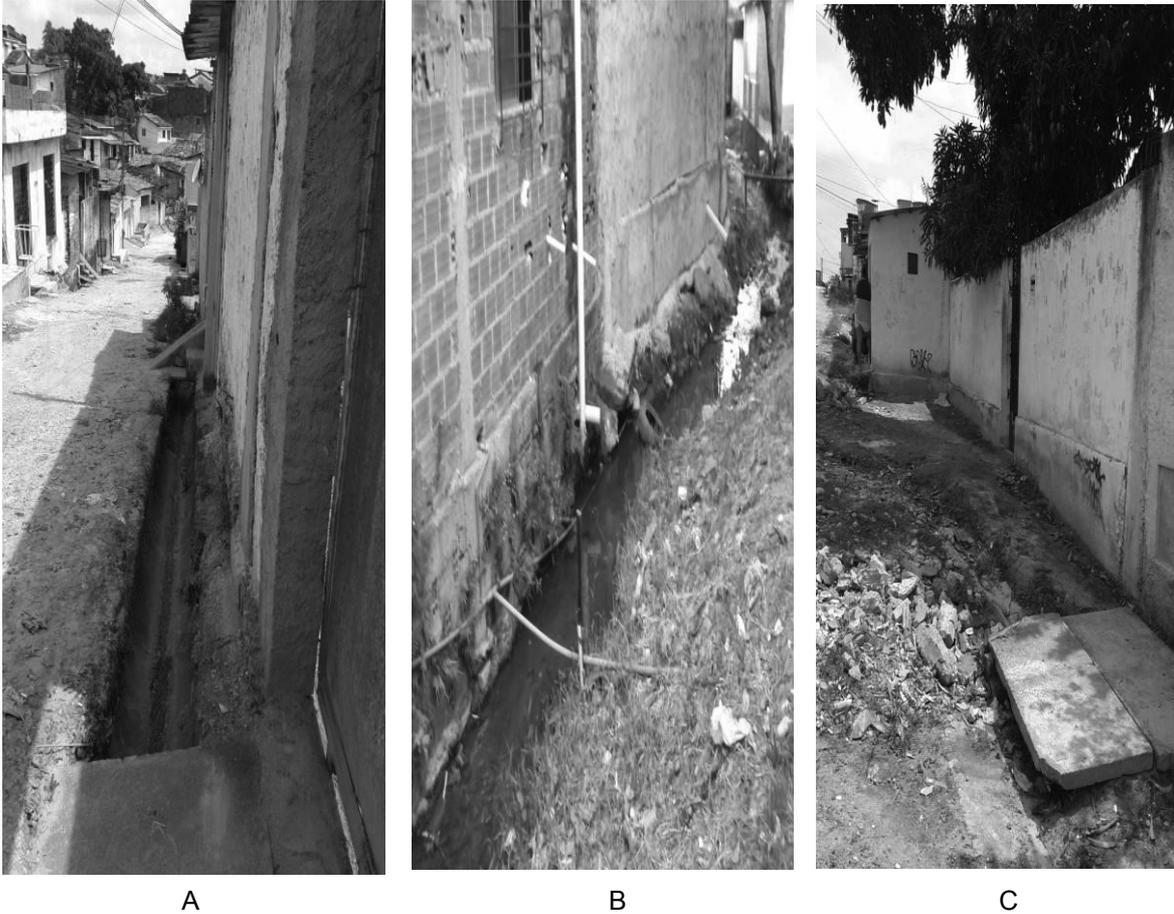
Figura 25- Acondicionamento inadequado de água potável.



Fonte: A autora, 2014.

A figura 26 mostra que na maioria das residências o esgoto é recolhido por sistema de canaletas abertas e improvisadas que, além dos dejetos, conduzem as águas pluviais (A), muitas vezes encontrando-se com os canos que levam água potável de forma clandestina às casas (B). Boa parte do esgoto, sem nenhum tratamento prévio, é conduzida até o Riacho de Ouro Preto e o Canal dos Bultrins, que pertencem a Bacia do Paratibe. Outra possibilidade bastante encontrada é a fossa séptica construída pelos próprios moradores (C).

Figura 26 – Situação do esgoto: A – Canaletas abertas; B – Ligações clandestinas; e C- Fossa séptica.



Fonte: A autora, 2014.

A oferta de rede elétrica é satisfatória na comunidade, sendo prestada pela CELPE – Companhia Elétrica de Pernambuco, mas há a presença de ligações clandestinas em algumas residências. A iluminação pública poderia ser melhorada com a substituição das lâmpadas por uma tecnologia mais eficiente, assim como, há pontos que ainda precisam receber iluminação (figura 27).

Figura 27- Iluminação precária.



Fonte: A autora, 2014.

O lixo é um dos problemas mais evidentes na comunidade, como o é para o planeta. A coleta de lixo em algumas áreas é realizada diariamente, exceto aos domingos. Entretanto, nas áreas onde o relevo é mais íngreme o caminhão não tem acesso; nesses locais os moradores depositam o seu lixo em “pontos estratégicos” (locais onde os moradores convencionaram usar como depósito irregular para o lixo) para que aconteça a coleta posterior pela prefeitura ou não, simplesmente depositam o lixo, o que leva ao acondicionamento inadequado, a proliferação de insetos e roedores, e das doenças, concomitantemente (figura 28). Arraigado em costumes antigos, a prática da queima do lixo é outra evidência, o que prejudica muito a situação respiratória de crianças e idosos vulneráveis.

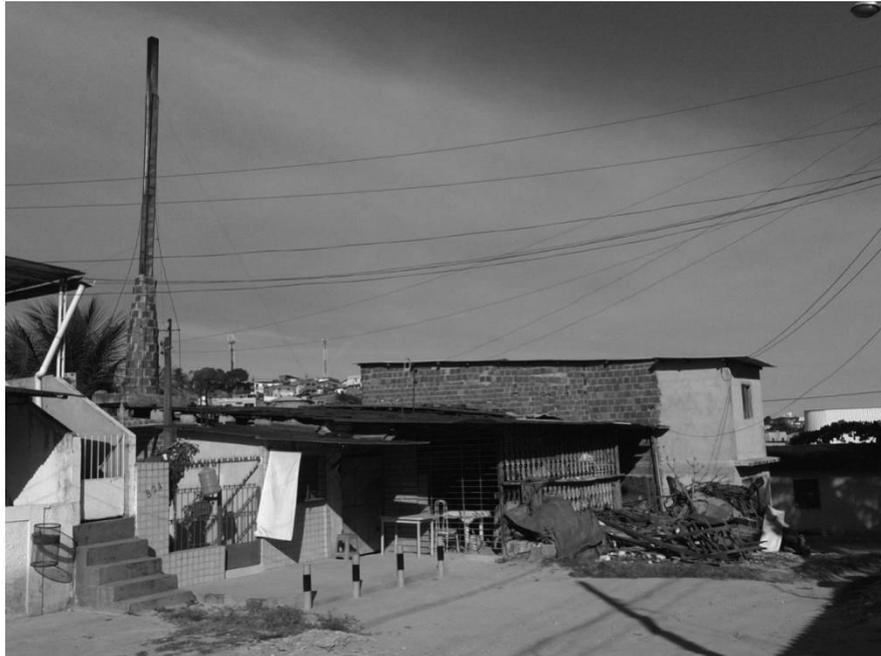
Figura 28 - Ponto de depósito de lixo.



Fonte: A autora, 2014.

A qualidade do ar também é prejudicada pela presença de uma via de grande tráfego de veículos, o Corredor Norte/Sul – PE – 15, que margeia quase toda área de abrangência, e pela instalação de uma olaria - fábrica de cerâmica/peças de barro, próximo às residências na microárea 1, observada na figura 29. Outro fato que merece destaque é a destruição da vegetação nativa para dar lugar a novas edificações. Nas antigas microáreas 6 e 7, nos domicílios que não sofreram grandes transformações físicas, observa-se o cultivo de árvores frutíferas nos quintais por parte dos moradores, dentre as principais frutas estão manga, coco verde, jambo e acerola.

Figura 29 - Fábrica de cerâmica na área residencial.



Fonte: A autora, 2014.

A pavimentação em algumas ruas é feita com pistas de asfalto e/ou de paralelepípedos; em outras, por iniciativa própria dos moradores ou de vereadores do município utilizando-se de resíduos de concreto (figura 30); e em outras ainda, não há qualquer tipo de pavimentação, o que compromete muito a locomoção dos idosos e dos deficientes físicos. As escadarias, na sua maioria, são construídas por iniciativa própria dos moradores e são desprovidas de conformidades técnicas.

Figura 30 - Pavimentação improvisada.



Fonte: A autora, 2014.

O acesso das pessoas ao transporte público não acontece de forma satisfatória, pois faz os indivíduos percorrerem grandes distâncias até o ponto de ônibus mais próximo, especialmente evidenciado na antiga área de abrangência da USF. Contudo, o grande corredor de transporte público que margeia a área - Corredor Norte/Sul (PE-15) - mostra-se muito eficiente, apesar de outrora conferir um grande risco à comunidade, pela alta incidência de atropelamentos. Merece destaque, no entanto, a necessidade da implantação de ciclovias nesta via, uma vez que a bicicleta é um meio de transporte bastante usual.

As edificações, de maneira geral, são de alvenaria, nem todas lajeadas, exceto quando se tem a expectativa de utilizar esse outro pavimento para moradia ou para complementação da renda da casa – com uma construção de um estabelecimento comercial (figura 28) ou de uma nova residência para alugar, ou até mesmo designando à venda da laje, como fez uma moradora vendendo a área da laje acima de sua casa para viabilizar a construção de sua residência, na área térrea (figura 32).

Figura 31 - Comércio e moradias.



Fonte : A autora, 2014.

Figura 32 – Venda da laje.

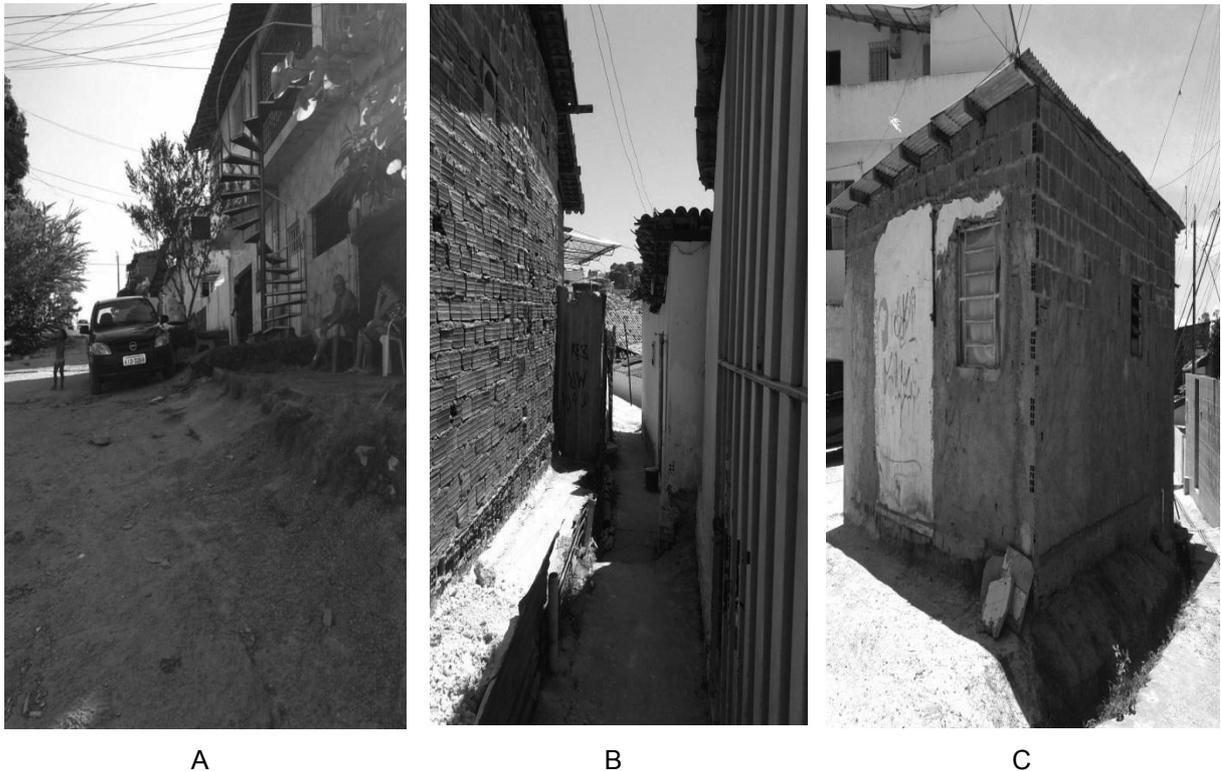


Fonte: A autora, 2014.

A maioria dos telhados são cobertos por telha canal, recobrando a laje ou com revestimento interno de PVC, mas há ainda coberturas com telhas tipo brasilit. Os pisos variam do barro batido, passando pelos variados tipos de cerâmica até o porcelanato.

Todo o espaço é aproveitado, seja horizontal ou verticalmente, sem nenhum planejamento ou ordenamento urbano/arquitetônico (figura 32), sem considerar o espaço público, como as calçadas, que em alguns casos, nem existe e em outros servem de espaço para outras formações, como as escadas (A). Vuelas são consideradas ruas, como na Rua Leonel Maciel Monteiro – microárea 6 (B), e as ruas podem ser um espaço promissor para uma edificação, como ocorre na Rua João Figueredo Gouveia Matos – microárea 2 (C), onde foi construída uma casa há anos.

Figura 33 – Aproveitamento irregular dos espaços: A – Escada na calçada; B- Viela; e C – Edificação na rua.



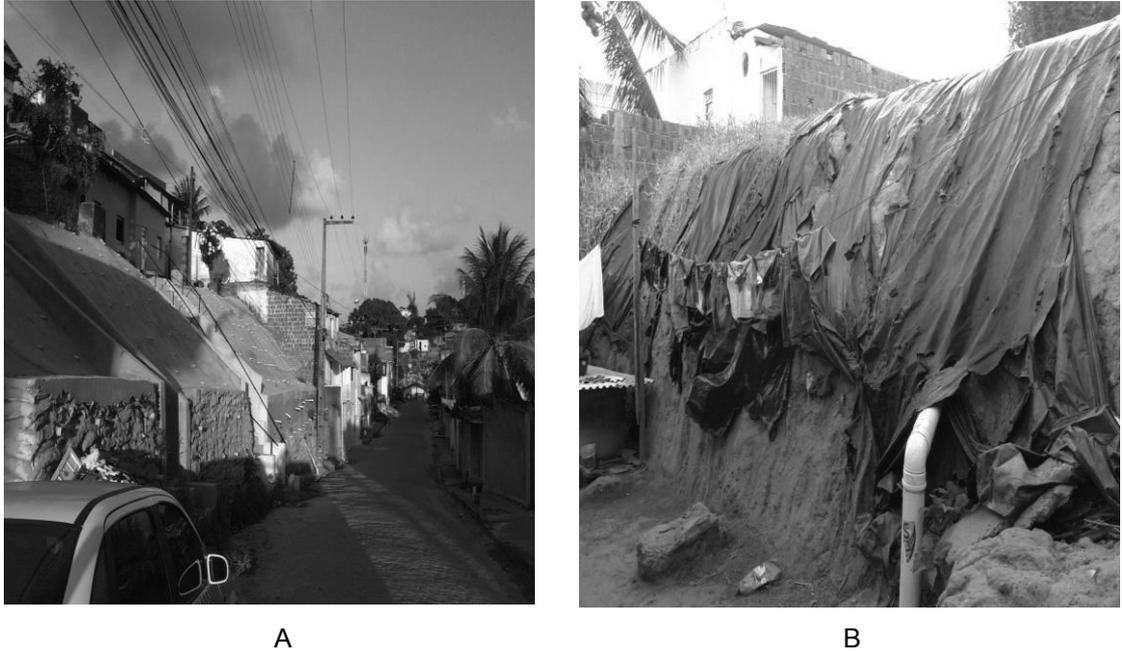
Fonte: A autora, 2014.

Há uma necessidade iminente de expandir o domicílio, atribuído muitas vezes ao crescimento do núcleo familiar, é o (a) filho (a) ou o (a) neto (a) que constituiu família e não tem onde morar e vai ficando com os pais ou avós, assim como outros familiares, como os irmãos, que pela falta de trabalho ou rendimento satisfatório, acabam nessa mesma circunstância.

Como a comunidade tem uma situação considerada melhorada, diante de outras comunidades pobres da RM, principalmente no que diz respeito à oferta de serviços públicos e à uma localização privilegiada em relação aos centros urbanos de Olinda e Recife, as novas gerações sem condições econômicas de adquirir imóvel de maneira legalizada permanecem na comunidade.

E nessa expectativa de expansão territorial ocorre outra situação preocupante: a ocupação das encostas de forma aleatória levando ao risco inerente de deslizamentos (figura 34). Em algumas áreas muros de arrimo foram construídos (A) ou proteção com lonas plásticas foram instaladas pela prefeitura (B); outros não tiveram a mesma sorte, e culminaram com acidentes, como o último que ocorreu em 2013, na antiga microárea 6, fazendo vítimas não-fatais.

Figura 34 – Ocupação das encostas: A - Muro de Arrimo; e B - colocação de lonas plásticas nas encostas.



A

B

Fonte: A autora, 2014.

Questões pertinentes ao relevo da cidade, formado por planícies e morros, conferem à Jatobá uma característica muito peculiar no que tange a acessibilidade, em especial para os idosos e deficientes físicos ou pessoas com dificuldade de locomoção, como os portadores de obesidade mórbida, indivíduos mais susceptíveis ao isolamento social por não conseguirem transpor as barreiras físicas do território. Algumas alternativas, como a construção de escadarias improvisadas são realizadas pelos próprios moradores, como observa-se na figura 35.

Figura 35 - Escadaria construída pelos moradores.



Fonte: A autora, 2014.

3.3 Práticas da equipe de Saúde da Família de Jatobá

A territorialização é a principal ferramenta de trabalho da ESF; é a partir de sua apropriação que se desenrola o planejamento das ações em saúde. É função de todos os profissionais conhecê-la para que, dentro de suas atribuições específicas, busquem otimizar potencialidades e minimizar riscos, melhorando a qualidade de vida das pessoas.

A equipe da USF Jatobá, por iniciativa própria e na observância dos critérios do MS frente às discussões regulares dos indicadores quantitativos do Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB e da Sala de Situação da Atenção Básica (*on line*), e da interpretação do território adscrito, realizando análises criteriosas de suas microáreas, redistribuiu a sua área original de cobertura com a finalidade de minimizar as iniquidades em saúde e readequar o número de famílias/indivíduos assistidos, tentando conduzir a gestão a melhorar a cobertura da AB no município, quando deixou evidente a necessidade latente de mais equipes para assistir as áreas agora descobertas e atender os vazios assistenciais que sempre existiram no território.

O SIAB é um sistema (software), desenvolvido pelo DATASUS em 1998, cujo objetivo é agregar, armazenar e processar as informações relacionadas à AB usando como estratégia central a ESF. Este sistema é parte necessária da ESF, pois contém os dados mínimos para o diagnóstico de saúde da comunidade, das intervenções realizadas pela equipe e os resultados sócio-sanitários alcançados. Dessa forma, todos os profissionais das Equipes de Atenção Básica (EAB) devem conhecer e utilizar o conjunto de dados estruturados pelo SIAB a fim de traçar estratégias, definir metas e identificar intervenções que se fizerem necessárias na atenção da população das suas respectivas áreas de cobertura, bem como avaliar o resultado do trabalho desenvolvido pela equipe (MS, 2014).

O SIAB possui informações que podem nos ser úteis. Porém, é limitado pelo fato de estar relacionado a uma cobertura ainda não universal. – mas ele possibilita fazer recortes. Talvez seja ele o sistema que mais se aproxima da nossa discussão, posto fornecer informações mais vinculadas à lógica de determinantes (ROSEMBERG, 2013, p. 219).

O processo de trabalho dos profissionais na ESF Jatobá assemelha-se ao processo de trabalho das demais equipes do município: a) quando considera a formação hegemônica dos profissionais de saúde, que concentra as suas ações na doença e seus sintomas, por vezes, desconsiderando o doente, executando, assim, uma prática curativista; b) quando se observa a condução do processo de trabalho, que é arraigado em resultados meramente quantitativos, obedecendo a lógica perversa institucional, concebida local e nacionalmente, centrada no cumprimento de metas e sedimentadas em agendas “engessadas” ; e c) pelo fato da população em geral não deter o conhecimento, tampouco, a consciência, do bem genuinamente social que a saúde se presta.

Talvez a problemática em questão seja corroborada pela ausência do profissional sanitário, enquanto coordenador da equipe NASF. Em alguns municípios, como no Recife, a atuação desse profissional já ocorre desde 2011. Reconhecidamente, ainda que não com exclusividade, esse ator possui habilidades pertinentes à saúde pública, sendo capaz de fortalecer elos entre a ESF, o NASF e a comunidade – utilizando-se do apoio matricial e do conhecimento amplo sobre o território que maneja, além do fato de ter maior disponibilidade de tempo para exercer essas atividades, já que não tem, necessariamente, uma agenda diária de atendimentos.

Entenda-se por apoio matricial a intervenção conjunta das equipes do NASF e ESF sobre riscos coletivos e vulnerabilidades no território; apoio à discussão de informações e indicadores e saúde; e o suporte à organização do processo de trabalho - acolhimento, cuidado continuado/programado, ações coletivas, gestão das agendas, articulação com outros pontos de atenção da rede, identificação de necessidades de educação permanente, dentre outros. O que, definitivamente, se aplica ao trabalho equânime e interdisciplinar que a Saúde Pública se propõe e precisa desenvolver.

O fato de alguns profissionais que atuam nas ESFs e NASFs de Olinda e de outros municípios do Brasil possuírem o título de especialista em Saúde Pública/ Coletiva, portanto, sanitários, não implica necessariamente na sanidade do problema, uma vez que não exercem a função de fato, mas a função da sua formação técnica dentro das equipes – enfermeiros sanitários - enfermeiros, médicos sanitários – médicos, nutricionistas sanitários - nutricionistas, e assim

por diante. Apenas poderiam agregar valor a sua prática profissional se assim pudesse utilizar os conhecimentos adquiridos.

A experiência evidenciada pela equipe da USF - Jatobá, amparada na experiência profissional da enfermeira, vislumbra uma alternativa quando compreende a importância do espaço na etiologia social do adoecimento, buscando identificar as iniquidades em saúde em tempo oportuno, tentando minimizá-las, no que diz respeito à sua esfera de governança, a partir do resgate da cidadania e da legitimidade do capital social, de forma a tentar empoderar os indivíduos através da informação – instrumento de mudança, objetivando a formulação de políticas públicas mais adequadas às demandas reais das coletividades humanas.

Entre as prioridades está a relevância do aprimoramento do acesso e da qualidade dos serviços prestados no SUS, com a ênfase no fortalecimento e na qualificação da Estratégia da Saúde da Família - ESF; na promoção, informação e educação em saúde, com ênfase na promoção de atividade física; na promoção de hábitos saudáveis de alimentação e vida; controle do tabagismo; controle do uso abusivo de bebida alcoólica; e cuidados especiais voltados ao processo de envelhecimento (BRASIL, 2006, p. 5).

Para tanto, utiliza-se os recursos de reuniões regulares (figura 36) com a comunidade, registrada no livro de atividades profissionais (figura 37), dirigida pela enfermeira e intermediada pelos ACSs, cuja temática original compreende as questões de saúde no sentido ampliado, onde o território mostra as múltiplas possibilidades que ele denota, e onde cada ator tem um papel a desempenhar: o de sujeito da sua própria saúde e o de corresponsabilidade pela saúde dos outros e do ambiente. Outro momento importante é o esclarecimento dos usuários quanto a Estratégia de Saúde da Família – seu funcionamento, sua equipe, suas atividades, suas limitações, dentre outros; e o Sistema Único de Saúde – SUS, que curiosamente mostra-se como um momento muito produtivo, sendo elucidadas várias indagações. Há, ainda, um espaço para que os usuários tragam alguma questão a ser discutida, de seu interesse, mas que tenha ligação com a coletividade.

Os demais profissionais da ESF, geralmente, não se sentem muito à vontade em participar, já que costuma ser uma atividade que demanda um esforço extra: em se fazer compreensível por todos e em discutir assuntos que nem sempre são considerados do setor saúde.

A ampliação do comprometimento e da corresponsabilidade entre trabalhadores da saúde, usuários e território em que se localizam, altera os modos de atenção e de gestão dos serviços de saúde, uma vez que a produção de saúde torna-se indissociável da produção de subjetividades mais ativas, críticas, envolvidas e solidárias e, simultaneamente; exige a mobilização de recursos políticos, humanos e financeiros que extrapolam o âmbito da saúde. Assim, coloca-se ao setor Saúde o desafio de construir a intersetorialidade (BRASIL, 2013).

Inicialmente, almejava-se realizar as reuniões com agendamento prévio, solicitando a presença de alguns convidados locais e/ou da gestão, porém os ACSs, baseados em experiências anteriores, não recomendaram acontecer dessa forma. Não que a ideia seja manter uma falsa tranquilidade ou satisfação com a discussão, a proposta realmente é “desatar os nós” ou tentar, pelo menos, mas há o temor da equipe em desencadear conflitos políticos no território.

A alternativa encontrada pela equipe foi viabilizar essas reuniões no momento da sala de espera – intervalo em que o usuário aguarda o chamado para a consulta, retardando um pouco esse chamado, com objetivo de concluir/lançar a ideia e estabelecer alguma troca (*feedback*). Reconhecidamente, não é a ideal, mas foi a possibilidade encontrada ao menos nessa fase inicial, de um contato tão íntimo e que ao mesmo tempo, proporciona “vez e voz” a um povo que não está habituado a essa dinâmica.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Essa pesquisa teve a proposição de averiguar as práticas da Estratégia de Saúde da Família - ESF frente às iniquidades sociais em saúde, sob a luz do território, seu objeto diário de trabalho. Foi realizado um debate acerca do território, das iniquidades sociais em saúde, dos Determinantes Sociais de Saúde - DSS e do conceito ampliado de saúde, nos primeiros capítulos.

A partir da acomodação dessas informações norteadoras foi realizado o mapeamento da cobertura da Estratégia de Saúde da Família/Atenção Básica, da Regional de Saúde 4, no município de Olinda – PE, comparando-as com as áreas da Unidade de Desenvolvimento Humano – UDH, que representavam, na totalidade ou em sua maioria, as áreas de atuação daquelas ESFs, apontando as áreas de maior risco para o desenvolvimento das iniquidades sociais em saúde, utilizando-se dos indicadores sociais do Atlas de Desenvolvimento Humano (PNUD - 2010), trabalhados nos gráficos sob os eixos temáticos de Densidade, Educação, Habitação, Renda, Vulnerabilidade e Trabalho. As possibilidades da atuação profissional da equipe de ESF frente às iniquidades em saúde foi observada a partir do relato de experiência da autora - membro da equipe da Unidade de Saúde da Família de Jatobá, pertencente a Regional de Saúde 4.

A capacidade de organização e estruturação da sociedade; e a sua relação com o meio, estabelecem os critérios para averiguação do real estado de saúde dos indivíduos e das coletividades, não se limitando, meramente, a ocorrência ou não da doença. Nessa perspectiva, surge o entendimento do caráter multicausal do processo saúde-doença e da participação do setor social no adoecimento, através da inferência dos Determinantes Sociais de Saúde – DSS.

O Sistema Único de Saúde – SUS vem trabalhando essa proposta e, enquanto política social, pode ser considerado como um grande legado para a população brasileira, já que além da pretensão de atender as questões de saúde da população, se propõe a ser um instrumento de resgate da cidadania, quando dispõe, em sua ideologia, sobre o papel fiscalizador e intermediador que a população deve ter frente às questões de saúde, além de focar as suas ações no princípio da equidade, demandando esforços para minimizar os riscos daqueles indivíduos considerados mais vulneráveis ao adoecimento/ a injúria. Para tanto, utilizou-se fortemente da ferramenta da territorialização, partindo do esquadramento do

território nacional em várias escalas e instâncias de atenção para compor a sua Rede de Assistência à Saúde – RAS, e oferecendo um serviço básico, facilmente acessado pela população, por pertencer ao seu contexto geográfico, físico e socialmente: a Estratégia de Saúde da Família, amplamente distribuído no país e cuja diretriz primordial é a apropriação do território, pela nuance da adscrição, para o planejamento e implementação das suas ações de saúde.

O estudo das iniquidades sociais em saúde tem se mostrado uma ferramenta importante para a busca da equidade. Didaticamente, é interessante a descrição de três momentos distintos: a descrição das relações entre pobreza e saúde; a descrição dos gradientes de saúde de acordo com vários critérios de estratificação socioeconômica; e o atual momento, que compete aos estudos dos mecanismos de produção das iniquidades, corroborados pela estratificação social, que deve ser objeto primário e permanente de trabalho do Estado, em um nível macro, através da construção de políticas públicas mais equânimes, que diminuam as diferenças e possibilitem o bem-estar social comum.

Os profissionais de saúde e a sociedade civil, numa instância menor, também têm a sua participação ativa no processo, através do fortalecimento do capital social, organizando-se em frentes de interesses comunitários, nutrindo as relações de cooperação e solidariedade entre cidadãos e instituições. Ainda que isoladamente, não tenha o efeito desejado, o conjunto desses posicionamentos, governamentais e não-governamentais, intersetoriais e transdisciplinares, podem propiciar mudanças positivas, a médio e longo prazo. Por tudo isso, uma prática de saúde pública diferenciada, que fuja das abordagens tradicionais (biomédicas, nosográficas) e com uma percepção territorial que não fique apenas no discurso piegas do “território pelo território” pode até causar estranheza e levar a questões conflitantes, mas tem garantido a promessa de dias melhores.

REFERÊNCIAS

BARROS, José Augusto C. Pensando o processo saúde-doença: a que responde o modelo biomédico? **Saúde Soc.**, Vol. 11, N° 1, São Paulo – SP, jan – jul 2002

BEZERRA, Anselmo César Vasconcelos. **A consolidação das ações de campo da vigilância em saúde ambiental**: heranças e desafios à territorialização. Recife: O autor, 2012.

BIFULCO, Lavinia. Strumenti in bilico: il Welfare locale in Italia tra frammentazione e innovazione. In: LACOUMES P. e GALÉS, Patrick. **Gli strumenti per governare**. Itália: Bruno Mondadori, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 116 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica, n. 39) Conteúdo: V.I – Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Sala de apoio à gestão estratégica**. Disponível em:<<http://189.28.128.178/sage/>>. Acesso em: 16 out.2013.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde da população negra** / Luís Eduardo Batista, Jurema Werneck e Fernanda Lopes, (orgs.). -- 2. ed. -- Brasília, DF : ABPN - Associação Brasileira de Pesquisadores Negros, 2012. -- (Coleção negras e negros : pesquisas e debates / coordenação Tânia Mara Pedroso Müller) Vários autores. ISBN 978-85-61593-53-7.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Política nacional de promoção da saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.p. 5

_____. , Ministério da Saúde. O território e o processo saúde-doença. **Educação Profissional e Docência em Saúde**: a formação e o trabalho do Agente Comunitário de Saúde - FIOCRUZ – EPSJV - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/pdts/index.php?id=3&prioridade=3>>. Acesso em: 16 ago.2013.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.488, de 21 out.2011. **Diário Oficial (da) República Federativa do Brasil**. Disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html
>Acesso em: 16out.2013.

BUSS, Paulo Marchiori; PELLEGRINI FILHO, Alberto. A Saúde e seus Determinantes Sociais. **Physis**: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 17(1), p.77-93, 2007.

CORREA, R. L. Espaço: um conceito-chave da geografia. In: CASTRO, I. E.; GOMES, P. C. C; CORREA, R. L (orgs). **Geografia**: conceitos e temas. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2001, p. 15 – 47.

FARIA, R. M.; BORTOLOZZI, A. **Espaço, território e saúde**: contribuições de Milton Santos para o tema da geografia da saúde no Brasil. Revista RA'EGA, Curitiba: Editora UFPR, n. 17, p. 31-41, 2009

FILHO, N.. **Epidemiologia e saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003.

FLEURY, S. M.; OUVENEY, A. M. **Gestão em redes**: a estratégia de regionalização da política de saúde. Rio de Janeiro: FGV, 2007.

GOMES *et al.* Fenomenologia, humanização e promoção da saúde: uma proposta de articulação. **Saúde soc.** vol.17, n.1, São Paulo, jan./mar. 2008.

GONDIM, Grácia Maria de Miranda; MONKEN, Maurício. Territorialização em Saúde. **Dicionário da Educação profissional em Saúde**. Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/tersau.html>> Acesso em: 16out.2013.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (2010). **Cidades@**. Rio de Janeiro. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/painel/painel.php?codmun=260960&search=pernambuco|olinda#historico>>. Acesso em: 23 mai.2013.

LIMA-COSTA, M. F.; ROUGUAYROL, Maria Zélia; ALMEIDA FILHO, Naomar de. **Epidemiologia do envelhecimento no Brasil**. Rio de Janeiro: Medsi, 2003. p.499-513

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Departamento da Atenção Básica, e-SUS, Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/esus.phpe-SUS>> Acesso em: 28 dez.2014.

_____. Sistema de Informação da Atenção Básica. **Portal da Saúde**. Departamento da Atenção Básica (SIAB). Brasília, 2012. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/siab.php>>. Acesso em: 03 jan.2015.

NUNES, P. H. F. A Influência dos recursos naturais na transformação do conceito de território. **Questiones Constitucionales**, n.15, Jul-Dic, p. 1-44, 2006.

OLINDA, Prefeitura Municipal. Olinda em dados. **A Cidade**. Disponível em: <<http://www.olinda.pe.gov.br/a-cidade/olinda-em-dados>>, Acesso em: 18 nov.2014.

PROGRAMA Nacional das Nações Unidas. **Atlas de Desenvolvimento Humano no Brasil**. Disponível em: <<http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/mapa/>> Acesso em: 23 dez_2014.

RAFFESTIN, C. **Por uma Geografia do Poder**. São Paulo: Ática, 1993.

ROSEMBERG, Felix J. (Org.) Fórum: “Classes Sociais, Território e Saúde: Questões Metodológicas e Políticas”. **Cadernos do Itaboraí**. Criação Coletiva Bilíngue. v.1, Editora Fiocruz, 6 – 8 jun. 2013.

SANTOS, M. **A natureza do espaço: técnica e tempo. Razão e emoção**. 4.ed. São Paulo: Edusp, 2006.

SANTOS, M. et al. **Território, territórios: ensaios sobre ordenamento territorial**. 3.ed. Rio de Janeiro: Lamparina, 2011.

SANTOS, M.; SILVEIRA, M.L. **O Brasil: território e sociedade no início do século XXI**. São Paulo: Record, 2012.

SAQUET, M. A. **Os tempos e os territórios da colonização italiana**. Porto Alegre: EST edições, 2003

SECRETARIA de Saúde de Olinda. Núcleo de Geoprocessamento – NUGEO **Sala de Informação & Planejamento em Saúde – Olinda**. Disponível em: <<http://dpsolinda.com.br/NUGEO1.html>> Acesso em: 03 jun.2014.

_____. Informação em Saúde. **Sala de informação e planejamento em saúde – Olinda**. Disponível em: <<http://testesaude.shservidores04.com.br/DPS/INFORMACAO%20EM%20SAUDE1.html>>. Acesso em: 16 dez.2014.

SOUZA, M. A. Uso do Território e Saúde. Refletindo sobre “municípios saudáveis”. In: SPERANDIO, Ana Maria Girotti (Org.). **O processo de construção da rede de municípios potencialmente saudáveis**. v.2 Campinas: IPES Editorial, 2004. p. 57-77.

TEIXEIRA C. F.; PAIM J. S.; VILLASBÔAS A. L. **SUS, Modelos assistenciais e vigilância da saúde**. Inf. Epidemiol. SUS, 7:7-28, 1998

WHITEHEAD, M. **The concepts and principles of equity and health**. EUR/ICP/RPD 414, 7734r, Geneva: WHO, 2000.

WHO, **A conceptual framework for action on the social determinants of health. Discussion Paper Series on Social Determinants of Health, 2**; 1. Socioeconomic factors. 2. Health care rationing. 3. Health services accessibility. 4. Patient advocacy. I.World Health Organization, World Health Organization; Geneva – 2010.

WHO, **Assembleia Mundial da Saúde**, Conferência Sanitária Internacional, New York – EUA, 19 – 22 jun. 1946. Disponível em: <<http://www.who.int/homepage/index.es.shtm>>, Acesso em: 11jun. 2012.

WHO, **Carta de Ottawa**, I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, Ottawa - Canadá, nov.1986.

WHO, **Declaração de Alma-Ata**, Conferência Internacional sobre Cuidados Primários se Saúde, Alma-Ata - URSS, 6-12 set.1978.

APÊNDICE A

DISTRIBUIÇÃO DAS MICROÁREAS DA USF - JATOBÁ

MICROÁREA	ACS	RUAS
1	A	RUA ANA MOREIRA LINAS CALDAS; RUA JOAQUIM DA COSTA MALTA.
2	B	RUA JOÃO FERREIRA DA SILVA; RUA JOÃO FIGUEREDO GOUVEIA MATOS.
3	C	RUA INÁCIO DE ALMEIDA SARINHO; RUA JOANA CABRAL DE VASCONCELOS; RUA ANTÔNIO BARRETO DE FREITAS.
4	D	RUA MARIA GOMES DA SILVA; RUA ENFERMEIRA PERCIDES RAMOS; RUA BERNADINO DE SENA DIAS; RUA JOSÉ ESTEVÃO DE OLIVEIRA.
5	E	RUA JOÃO FIGUEREDO MAIA; AVENIDA JOAQUIM NABUCO; RUA DOUTOR ANTÔNIO DE ALMEIDA PERNAMBUCO.
6	F	RUA LEONEL MACIEL MONTEIRO; RUA JOSÉ GABRIEL BELTRÃO PINTO; TRAVESSA JOÃO FERREIRA DA SILVA; RUA TEMISTOCLES VELOZ BOTELHO.

SITUAÇÃO DA MORADIA E SANEAMENTO

TIPO DE CASA		TRATAMENTO DA ÁGUA NO DOMICÍLIO	
Tijolo/Adobe		Filtração	
Taipa revestida		Fervura	
Taipa não revestida		Cloração	
Madeira		Sem tratamento	
Material aproveitado		ABASTECIMENTO DE ÁGUA	
Outro - Especificar:		Rede pública	
Numero de cômodos / peças		Poço ou nascente	
Energia elétrica		Outros	
DESTINO DO LIXO		DESTINO DA RESÍDUO SÓLIDO	
Calçado		Sistema de esgoto (rede geral)	
Queimado / Enterrado		Fossa	
Com aberto		Com aberto	

OUTRAS INFORMAÇÕES

Alguém da família possui Plano de Saúde?		Numero de pessoas cobertas por Plano de Saúde	
Nome do Plano de Saúde (_____)			
MEIOS DE DOENÇA PREVENÇÃO		PARTICIPA DE GRUPOS COMUNITARIOS	
Hospital		Cooperativa	
Unidade de Saúde		Grupo religioso	
Benedictina		Associações	
Farmácia		Outros - Especificar:	
Outros - Especificar:		MEIOS DE TRANSPORTE QUE MAIS UTILIZA	
MEIOS DE COMUNICAÇÃO QUE MAIS UTILIZA		Ônibus	
Rádio		Carro	
Televisão		Carroça	
Outros - Especificar:		Outros - Especificar:	
A família é beneficiária do Programa Bolsa Família?		NIS do Responsável	_____
A família está inscrita no Cadastro Único de Programas Sociais do Governo Federal (CAD-Único)?			

OBSERVAÇÕES

ANEXO B – FICHA D (DOS ACS)

 ATIVIDADES DIAS	FICHA DI	Agente Comunitário de Saúde: REGISTRO DIÁRIO DE ATIVIDADES E NOTIFICAÇÃO	MÊS:	TOTAL
Nº de Cadastros no início do Mês				
Ingresso no Programa				
Desligamento do Programa				
Nº de Cadastros no final do mês				
Total de Pessoas				
Total de Mulheres de 25 à 64 anos				
Total de Mulheres de 10 à 59 anos				
Nº de visitas Domiciliares família cadastrada				
Nº de visitas Domiciliares				
Nascidos vivos no mês				
RN pesados ao nascer				
RN pesados ao nascer, com peso < 2500g				
De 0 a 3 meses e 29 dias				
Aleitamento exclusivo				
Aleitamento misto				
Total de 0 a 11 meses e 29 dias				
De 0 a 11 meses e 29 dias acompanhados				
Com as vacinas em dia				
Pesadas				
Desnutridas				
Total de 12 a 23 meses e 29 dias				
De 12 a 23 meses e 29 dias acompanhados				
Com as vacinas em dia				
Pesadas				
Desnutridas				
Total de menores de 2 anos				
Menores de 2 anos acompanhados				
Que tiveram diarreia				
Que tiveram diarreia e usaram TRO				
Que tiveram infecção respiratória aguda				
Total de Crianças menores de 5 anos				
crianças menores 5 anos acompanhadas SISVAM				
Total de famílias beneficiadas cadastradas				
Total de famílias beneficiadas acompanhadas				
Total de Crianças do PSE				
Crianças PSE peso/altura				
Crianças PSE avaliação oftalmológica				
Cadastradas				
Acompanhadas				
Com vacina em dia				
Fez consulta de pré-natal no mês				
Com pré-natal iniciado no 1º TRI				

CRINÇA

ATIVIDADES DIAS ↗											TOTAL
Gestantes < 20 anos cadastradas											
Pessoas de 15+											
cadastrados											
acompanhados											
cadastrados											
acompanhados											
cadastradas											
acompanhadas											
cadastradas											
acompanhadas											
cadastradas											
acompanhadas											
Total de Pessoas 15 + alcoolistas											
Menores de 5 anos por pneumonia											
Menores de 5 anos por desidratação											
Por abuso de álcool											
Por complicações do Diabetes											
Por outras causas											
Total											
Internações em hospital psiquiátrico											
De menores de 28 dias											
Por diarreia											
Por infecção respiratória aguda											
Por outras causas											
De 28 dias a 11 meses e 29 dias											
Por diarreia											
Por infecção respiratória											
Por outras causas											
De menores de 1 ano											
Por diarreia											
Por infecção respiratória											
Por outras causas											
De mulheres de 10 a 49 anos											
De 10 a 14 anos											
De 15 a 49 anos											
Outros óbitos											
Total de óbitos											
De adolescentes (10-19 anos) por violência											

HOSPITALIZAÇÃO

ÓBITOS

ANEXO C – SSA 2

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE OLINDA SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA	Relatório		SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE OLINDA									
	SSA2	MUNICÍPIO: OLINDA	MUNICÍPIO (código): 26_09_16_00_00	SEGMENTO 0_1_1	UNIDADE	7	8	9	10	TOTAL	MÊS:	ANO: 2_0_11_
RELATÓRIO DA SITUAÇÃO DE SAÚDE E ACOMPANHAMENTO DAS FAMÍLIAS NA ÁREA/EQUIPE												
MICROÁREA ↗												
Nascidos vivos no mês												
RN perdidos ao nascer												
RN perdidos ao nascer, com peso < 2500g												
Total de 0 a 3 meses e 29 dias												
De 0 a 3 meses e 29 dias												
Aleitamento exclusivo												
Aleitamento misto												
Total de 0 a 11 meses e 29 dias												
De 0 a 11 meses e 29 dias acompanhados												
Com as vacinas em dia												
Pesadas												
Desnutridas												
Total de 12 a 23 meses e 29 dias												
De 12 a 23 meses e 29 dias acompanhados												
Com as vacinas em dia												
Pesadas												
Desnutridas												
Total de menores de 2 anos												
Menores de 2 anos acompanhados												
Que tiveram diarreia												
Que tiveram diarreia e usaram TRO												
Que tiveram infecção respiratória aguda												
Total de Crianças menores de 5 anos												
Crianças menores 5 anos acompanhadas SISVAM												
Total de famílias beneficiadas cadastradas												
Total de famílias beneficiadas												
Total de Crianças do PSE												
Crianças PSE peso/altura												
Crianças PSE avaliação oftalmológica												
Total de mulher de 10 à 59												
Total de mulher de 25 à 64												
Cadastradas												
Acompanhadas												
Com vacina em dia												

CRIANÇA

GESTANTE

Essa consulta de referência total no mês

MICROÁREA ↗	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	TOTAL
Com pré-natal iniciado no 1º TRI											
< 20 anos cadastradas											
Total de pessoas c/ 15 anos e +											
cadastrados											
acompanhados											
Diabéticos											
cadastrados											
acompanhados											
Hipertensos											
cadastrados											
acompanhados											
Pessoas com tuberculose											
cadastradas											
acompanhadas											
Pessoas com Hanseníase											
cadastradas											
acompanhadas											
Saúde Mental											
cadastradas											
acompanhadas											
Menores de 5 anos por pneumonia											
Menores de 5 anos por desidratação											
Por abuso de álcool											
Por complicações do Diabetes											
Por outras causas											
Total											
Internações em hospital psiquiátrico											
De menores de 28 dias											
Por diarreia											
Por infecção respiratória aguda											
Por outras causas											
De 28 dias a 11 meses e 29 dias											
Por diarreia											
Por infecção respiratória											
Por outras causas											
De menores de 1 ano											
Por diarreia											
Por infecção respiratória											
Por outras causas											
De mulheres de 10 a 49 anos											
De 10 a 14 anos											
De 15 a 49 anos											
Outros óbitos											
Total de óbitos											
De adolescentes (10-19 anos) por violência											

HOSPITALIZAÇÃO

ÓBITOS

