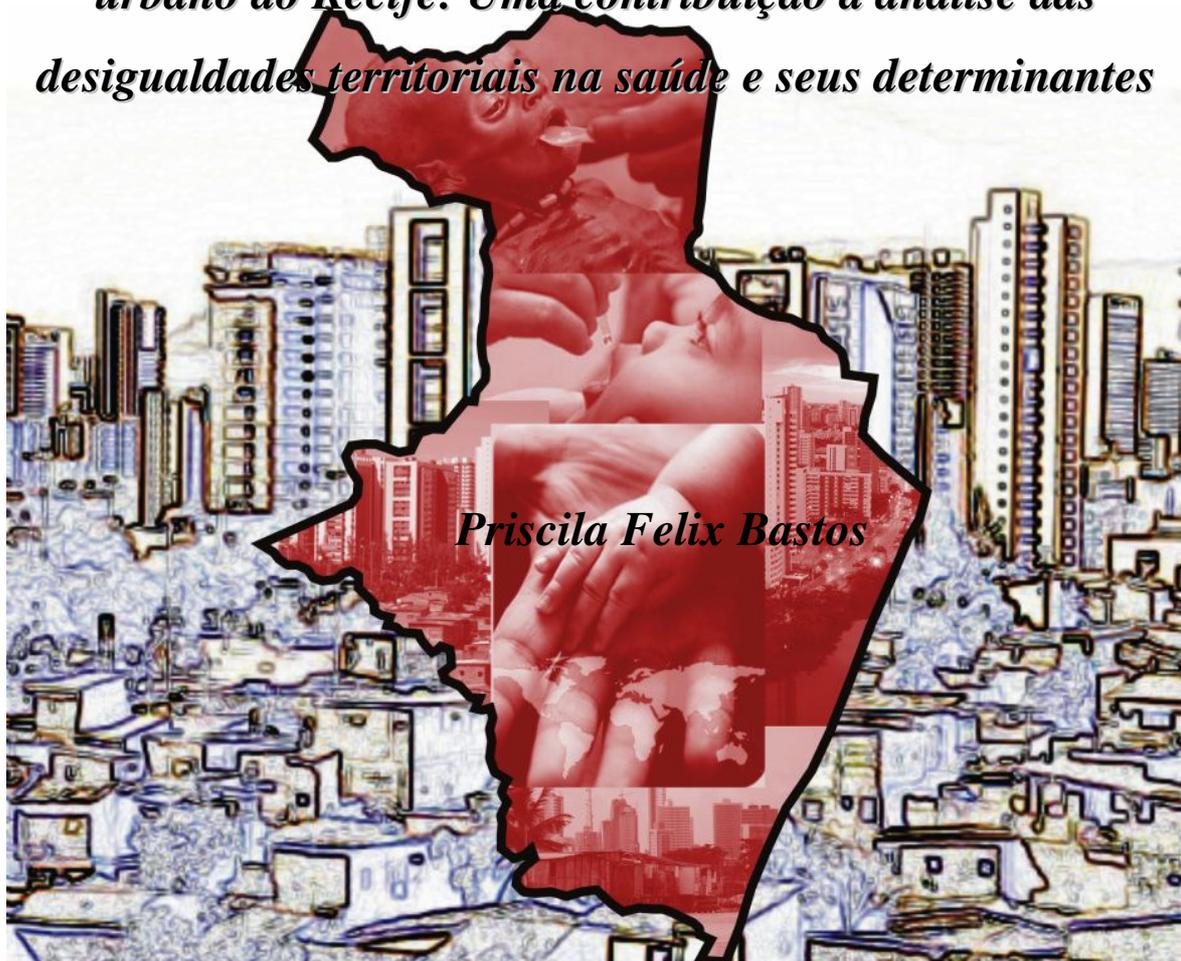




UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS GEOGRÁFICAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GEOGRAFIA

*A Estratégia de Saúde da Família no contexto social-
urbano do Recife: Uma contribuição à análise das
desigualdades territoriais na saúde e seus determinantes*



Priscila Felix Bastos

RECIFE

2009

Priscila Felix Bastos

*A Estratégia de Saúde da Família no contexto social-urbano do Recife:
Uma contribuição à análise das desigualdades territoriais na saúde e seus
determinantes*

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Geografia junto ao Departamento de Ciências Geográficas da Universidade Federal de Pernambuco, sob orientação do professor Dr. Jan Bitoun.

RECIFE

2009

Bastos, Priscila Felix

A estratégia de saúde da família no contexto social-urbano do Recife : uma contribuição à análise das desigualdades territoriais na saúde e seus determinantes / Priscila Felix Bastos. – Recife: O Autor, 2009.

135 folhas : il., fig., tab., e mapas .

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco. CFCH. Geografia, 2009.

Inclui: bibliografia.

1. Geografia humana. 2. Saúde familiar – Estratégia. 3. Mortalidade infantil. 4. Desigualdade social. I. Título.

**911
910**

**CDU (2. ed.)
CDD (22. ed.)**

**UFPE
BCFCH2009/77**

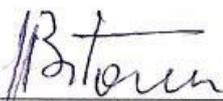
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO - UFPE
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS – CFCH
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS GEOGRÁFICAS –DCG
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO DEM GEOGRAFIA

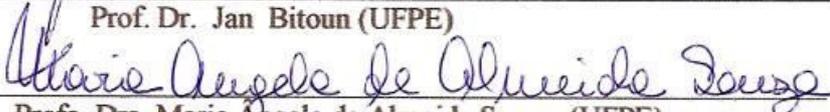
PRISCILA FELIX BASTOS

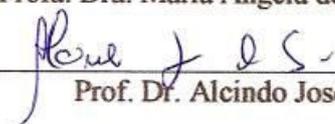
Titulo: “A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO CONTEXTO SOCIAL-URBANO DO RECIFE: UMA CONTRIBUIÇÃO À ANÁLISE DAS DESIGUADADES TERRITORIAIS NA SAÚDE E SEUS DETERMINANTES ”

BANCA EXAMINADORA

TITULARES:

Orientador: 
Prof. Dr. Jan Bitoun (UFPE)

1º. Examinador: 
Profa. Dra. Maria Angela de Almeida Souza (UFPE)

2º. Examinador: 
Prof. Dr. Alcindo José de Sá (UFPE)

APROVADA em 24 de julho de 2009

RCMS

Ao Deus vivo, detentor de toda sabedoria e responsável pela concretização de mais este sonho. A ele dedico este trabalho e a minha vida.

AGRADECIMENTOS

O que farei eu, Senhor, por todos os benefícios que me tens feito? É a este Deus que proporcionou a realização deste trabalho que agradeço e reitero que, sem Ele, eu nada poderia fazer. Sou eternamente grata pelo seu cuidado, por sempre sentir a Sua mão a me guiar e por nunca me deixar só.

Foi este Deus que colocou em meu caminho pessoas que foram e são indispensáveis em minha vida pessoal e profissional e que são direta ou indiretamente responsáveis pela superação deste desafio.

Dentre estas pessoas, agradeço de forma especial aos meus pais, que sempre me fizeram acreditar que eu poderia ir além e me ensinaram princípios que levarei por toda a minha vida. A minha irmãzinha Beatriz, que faz jus ao significado do seu nome, “a que veio para trazer alegria”, ela tem o poder de me fazer sorrir mesmo em meio a momentos de dificuldades. A minha família como um todo, próximos ou distantes, vocês fazem parte da minha história de vida, são parte essencial da minha existência.

Ao meu orientador Jan Bitoun pela colaboração indispensável no processo de construção desta pesquisa, com sugestões sempre esclarecedoras que desde a graduação me fizeram trilhar melhores caminhos no campo da geografia.

Ao CNPq, pelo apoio financeiro enquanto bolsista de iniciação científica e durante o mestrado.

Aos professores que compõem a banca, muito obrigada por aceitar o convite. E aos demais professores e funcionários do departamento de graduação e pós-graduação em geografia da UFPE pelo apoio nestes mais de seis anos de convívio, desde quando passei no vestibular até a finalização do mestrado. Agradeço também aos amigos Priscila Pereira e Anselmo César pelas idéias e sugestões de literaturas.

À equipe do NUCEM, núcleo onde pude amadurecer enquanto pesquisadora e onde despertei o interesse pelo estudo no campo da saúde. Em especial ao professor Breno Fontes e ao apoio técnico Jorge Fernando, pela disponibilização de dados também utilizados nesta dissertação.

Ao professor Joaquim Motta, do departamento de geologia, por ter cedido seu laboratório para que eu pudesse escrever a dissertação com maior tranquilidade.

Aos Agentes Comunitários de Saúde, médicos e enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família, assim como aos funcionários e gestores da secretaria de saúde da cidade do Recife, pelo apoio na pesquisa de campo. Agradeço também aos moradores que permitiram que eu adentrasse em suas casas para a realização desta pesquisa.

Aos meus amigos, os da infância, da igreja, da UFPE, ex-alunos... Aos que tenho contato contínuo e aos que pela correria da vida já não é possível conviver com tanta frequência, obrigada pela amizade e pelo carinho. Sei que posso contar com a torcida e orações de vocês.

À Nat e Lu, companheiras na alegria, na tristeza e nas aflições do mestrado. O que seria de mim sem a amizade de vocês? Essa dupla foi responsável tornar muito mais agradável esta difícil etapa.

Ao meu amigo e eterno namorado Bruno. Amor, você não imagina o quanto me ajudou, não apenas por ter ido comigo ao trabalho de campo para realizar a pesquisa, mas por ter acreditado em mim. Você me fez ir além do que eu acreditava que fosse possível e sei que juntos ainda iremos longe.

A todos os que fazem parte da minha vida: Muito obrigada!

... E não há melhor resposta que o espetáculo da vida: vê-la desfiar seu fio, que também se chama vida, ver a fábrica que ela mesma, teimosamente, se fabrica, vê-la brotar como há pouco em nova vida explodida mesmo quanto é assim pequena a explosão, como a ocorrida como a de há pouco, franzina mesmo quando é a explosão de uma vida Severina.

(Morte e Vida Severina – João Cabral de Melo Neto)

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Localização das UDHs Iputinga e Engenho do Meio.	23
Figura 2. Fluxograma de atendimento na USF.....	45
Figura 3. Tela de Frans Post: vista do porto do Recife a partir de Olinda, século XVII.....	56
Figura 4. Vista do porto do Recife a partir de Olinda, século XX – 1996.	56
Figura 5. Mocambos no Recife.	58
Figura 6. Mocambos no Recife.	58
Figura 7. Modelo de Saúde do Recife.	63
Figura 8. Gráfico do crescimento das Equipes de Saúde da Família no Recife (1998-2008).	66
Figura 9. Fluxograma para implantação/ampliação de Equipe de Saúde da Família.....	68
Figura 10. Gráfico da evolução da Mortalidade Infantil em Pernambuco, 1995-2006.....	76
Figura 11. Gráfico das Taxas de Mortalidade Infantil no Brasil, Nordeste e Sudeste – 1940-1996.....	79
Figura 12. Efeitos da ESF na Mortalidade Infantil e nos seus Condicionantes Intermediários.....	81
Figura 13. Mapa da Mortalidade Infantil no Brasil até um ano de idade, 2000.....	85
Figura 14. Aspectos históricos da Avenida Caxangá.	89
Figura 15. Ponte pênsil sobre o Rio Capibaribe. Iputinga-1850.	89
Figura 16. Mapa da distribuição geográfica dos equipamentos municipais de saúde do Distrito Sanitário IV.	91
Figura 17. Sertãozinho de Caxangá – Iputinga.	97
Figura 18. “Engenho” Barbalho-Óleo s/tela de Francisco Sarinho.....	98
Figura 19. Escola Municipal Casarão do Barbalho.....	98
Figura 20. “Monumento ao Talento”, escultura e monumento de Corbiniano Lins.	99
Figura 21. Diferenciação das condições de moradia no Bairro da Iputinga.....	100
Figura 22. Unidade de Saúde da Família de Vila União.	102
Figura 23. Ação do ACS em ruas estreitas.....	105
Figura 24. Ação do ACS em ruas não calçadas e sem estrutura de drenagem.....	105
Figura 25. Horta do Engenho do Meio.....	108
Figura 26. Comunidade Vila Redenção – Engenho do Meio.....	109

Figura 27. Rua Amarante – Engenho do Meio.....	109
Figura 28. Escola Municipal do Engenho do Meio.....	110
Figura 29. Praça Arnaldo Assunção.....	110
Figura 30. Antiga Unidade de Saúde da Família do Engenho do Meio.....	111
Figura 31. Atual Unidade de Saúde da Família do Engenho do Meio.....	111
Figura 32. Associação de Moradores e lateral da USF do Engenho do Meio.....	111
Figura 33. Pátio interno da USF do Engenho do Meio.....	111
Figura 34. Mortalidade até um ano de idade: Todas as UDHS do Recife.....	120
Figura 35. Padrão de ocupação urbana das comunidades de Ayrton Senna e Vila União.....	123

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Número de Hospitais e Leitos sob Gestão Municipal segundo Especialidades e Tipo de Prestador – Recife (2005).....	64
Tabela 2. Cobertura da ESF por Distrito Sanitário. Recife -2008.....	66
Tabela 3. Quantitativo das Unidades de Saúde da Família, Equipes de Saúde da Família, ACSs e Equipes de Saúde Bucal por Distrito Sanitário do Recife, até outubro de 2008.....	67
Tabela 4. Requisitos básicos ao exercício do trabalho dos ACSs.	69
Tabela 5. Grau de satisfação dos ACSs com o número de famílias a atender.....	103
Tabela 6. Grau de satisfação dos ACSs com as condições de trabalho.....	106
Tabela 7. Primeiro grupo mais importante nas visitas domésticas na opinião dos ACSs.....	116
Tabela 8. Variação da Mortalidade Infantil entre as UDHS do Engenho do Meio e Iputinga.....	121
Tabela 9. Comparação dos indicadores sociais das UDHS Engenho do Meio e Iputinga.....	122
Tabela 10. Nível de satisfação dos usuários da USF Vila União com os serviços básicos no bairro.....	124
Tabela 11. Nível de satisfação dos usuários da USF Engenho do Meio com os serviços básicos no bairro.....	124

LISTA DE MAPAS

Mapa 1. Localização da área de estudo: Bairro da Iputinga e do Engenho do Meio.	22
Mapa 2. Mapa da distribuição dos Distritos Sanitários na cidade do Recife-PE.	60
Mapa 3. Rede Municipal de Unidades Básicas de Saúde – Recife.	62
Mapa 4. Distribuição da população por microrregião – Distrito Sanitário IV.	88
Mapa 5. Vulnerabilidade Social do Distrito Sanitário IV.	96
Mapa 6. Divisão das Micro-áreas no bairro do Engenho do Meio.	118

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACS: Agente Comunitário de Saúde.

AESA: Adolescentes Educadores em Saúde.

AIS: Ações Integradas de Saúde.

AP: Área Pobre.

CAPS: Centros de Apoio Psicossocial.

CMI: Coeficiente de Mortalidade Infantil.

CNES: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.

CONASP: Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária.

COSAC: Coordenação de Saúde da Comunidade.

DATASUS: Banco de dados do Sistema Único de Saúde.

DS: Distrito Sanitário.

ESB: Equipe de Saúde Bucal.

ESF: Estratégia de Saúde da Família.

FUNASA: Fundação Nacional de Saúde.

GAB: Gerência de Atenção Básica.

IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

INAMPS: Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social.

INPS: Instituto Nacional da Previdência Social.

ITEP: Instituto Tecnológico do Estado de Pernambuco.

NOAS: Norma Operacional da Assistência à Saúde.

NOB: Norma Operacional Básica.

NUCEM: Núcleo de Pesquisas sobre cidadania, exclusão e processos de mudança.

ONG: Organização Não-Governamental.

PACS: Programa de Agentes Comunitários de Saúde.

PNAS: Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde.

PSF: Programa de Saúde da Família.

RPA: Região Político-Administrativa IV.

SAE: Serviço de Atenção Especializada.

SAS: Secretaria de Assistência à Saúde.

SIM: Sistema de Informações sobre Mortalidade.

SUDENE: Superintendência do Desenvolvimento do Nordeste.

SUDS: Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde.

SUS: Sistema Único de Saúde.

UDH: Unidades de Desenvolvimento Humano.

UFPE: Universidade Federal de Pernambuco.

URB: Empresa de Manutenção Urbana do Recife.

USF: Unidade de Saúde da Família.

ZEIS: Zona Especial de Interesse Social.

RESUMO

No Brasil, e mais especificamente, no Recife, a marcada desigualdade na educação, no saneamento básico, no acesso aos recursos de saúde, na distribuição de renda, dentre outros, tem se evidenciado por meio de acentuadas diferenças no risco de morte dos diversos estratos sociais. No tocante à mortalidade infantil, a observação das desigualdades em seus níveis é fundamental para a compreensão das relações entre a saúde e as condições sócio-econômicas e ambientais, além da possibilidade de averiguar a eficácia do sistema de atenção à saúde. Deste modo, este estudo tenciona caracterizar o perfil da mortalidade infantil do Recife através da análise das desigualdades territoriais e sociais, nas quais a população está submetida, avaliando o impacto da implantação da Estratégia de Saúde da Família (ESF) na transformação desta realidade. Para tanto, foi realizado inicialmente um levantamento bibliográfico e pesquisa documental, além da aplicação de questionários e entrevistas aos atores envolvidos nesta política de atenção básica. As localidades selecionadas para o estudo foram dois bairros do Distrito Sanitário IV da cidade do Recife: Iputinga e Engenho do Meio. Ambos são casos exemplificativos da intensidade com que as variáveis territoriais interferem nas condições de saúde da população, além de apresentarem uma boa cobertura da ESF. Através da análise dos dados obtidos, observou-se uma diminuição considerável da mortalidade infantil nestes bairros. Este avanço se deve, dentre outros fatores, ao caráter indispensável da Estratégia de Saúde da Família, e particularmente, do Agente Comunitário de Saúde na redução substancial da mortalidade infantil, sendo este um indicador amplamente utilizado para avaliar o impacto da ESF. Vários são os fatores relacionados nesta assertiva. O primeiro diz respeito ao próprio foco inicial e principal da ESF: maior atenção à saúde materna e infantil. O segundo se refere ao novo modelo de atendimento implantado. Contudo, apesar da redução dos níveis da mortalidade infantil, são mantidas as desigualdades sociais em saúde, e os processos sociais que comprometem as condições de vida continuam desempenhando um relevante papel na sua determinação. Este quadro deficitário das condições de oferta de serviços essenciais de saneamento, habitação e água encanada, repercute na saúde pública, elevando os índices de mortalidade e morbidade decorrentes de doenças relacionadas às condições inadequadas de infra-estrutura urbana, principalmente na mortalidade infantil até um ano, período de maior vulnerabilidade em relação a estas condições. A Estratégia de Saúde da Família, apesar de inegavelmente contribuir com essa tendência na diminuição da mortalidade infantil no Recife, ainda tem apresentado dificuldades operacionais dentro da execução de suas ações. Além disto, tem esbarrado na necessidade de mudanças significativas dos padrões econômicos e de intensificação de políticas sociais que poderiam provocar transformações de impacto na condição de saúde das populações e, por consequência, na mortalidade infantil.

Palavras-chave: Desigualdades Socioeconômicas, Mortalidade Infantil, Estratégia de Saúde da Família.

ABSTRACT

In Brazil, more specifically, in Recife, the marked inequality in education, sanitation, access to health resources, the income distribution, among others, has been evidenced by significant differences in risk of death of various social strata. Regarding infant mortality, the observation of inequalities in their levels is critical to understanding the relationship between health and socio-economic conditions and environment, and the opportunity to examine the effectiveness of the system of health care. This way, this study intends to characterize the profile of infant mortality in Recife by analysis of territorial and social inequalities, that the population is subject, evaluating the impact of implementation of the Family Healthcare Strategy (ESF) in the transformation of this reality. For this, there was initially a bibliography and documentary research, and application of questionnaires and interviews with actors involved in policy on primary care. The locations selected for this study were two areas of the Sanitary District IV of the city of Recife: Iputinga and Engenho do Meio. Both cases are illustrative of the intensity with which the variables affect the conditions of local population health, and provide good coverage of the ESF. Through the analysis of data obtained, there was a considerable decrease in infant mortality in these areas. This advance is due, among other factors, the essential character of the Family Healthcare Strategy, and particularly the Community Healthcare Agent in substantial reduction of infant mortality, which is a indicator widely used to assess the impact of the ESF. Several factors are related in this assertion. The first concerns the initial and primary focus of the ESF: better attention to maternal and child health. The second refers to the new model of care implemented. However, despite the lower levels of infant mortality, social inequalities are maintained in health, and social processes that threaten the living conditions continue playing a significant role in its determination. The framework conditions of short supply of basic services of sanitation, housing and piped water, impact on public health, raising the rates of mortality and morbidity due to diseases related to inadequate urban infrastructure, especially in infant mortality to one year, the period of greatest vulnerability for these conditions. The Family Healthcare Strategy, although undoubtedly contribute to this trend in the reduction of infant mortality in Recife, has presented difficulties in the operational implementation of their actions. Besides, has collided with the need for significant changes in patterns of intensification of economic and social policies that could cause changes with direct impact on the health condition of populations and, consequently, the infant mortality rate.

Keywords: Socioeconomic inequality; Infant Mortality; Family Healthcare Strategy.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	18
1. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	22
1.1 ÁREA DE ESTUDO	22
1.2 SUJEITOS DA PESQUISA	24
1.3 TÉCNICAS DE COLETA E FONTES DE DADOS	26
2. O DESENVOLVIMENTO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS NA ESFERA DA SAÚDE: TRANSFORMAÇÕES NO PROCESSO DE GESTÃO DA SAÚDE NO BRASIL.....	30
2.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS E CARACTERIZAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.....	30
2.1.1 PRINCÍPIOS DOUTRINÁRIOS	36
2.1.2 PRINCÍPIOS ORGANIZATIVOS.....	38
2.2 REORIENTAÇÃO DA POLÍTICA DE ATENÇÃO BÁSICA NO SUS: A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA COMO PORTA DE ENTRADA.....	42
2.3 O TERRITÓRIO NA LÓGICA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE.....	46
2.3.1 BREVE EVOLUÇÃO DESTE CONCEITO	48
2.3.2 TERRITÓRIO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA.....	52
3. CARACTERIZAÇÃO DA SAÚDE NO RECIFE: A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E A ATENÇÃO MATERNO-INFANTIL.....	56
3.1 ASPECTOS GERAIS DA ATENÇÃO À SAÚDE NA CIDADE DO RECIFE	59
3.1.1 A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA	65
3.1.2 O PAPEL DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE	69
3.2 MORTALIDADE INFANTIL E SEUS DETERMINANTES.....	75
3.3 IMPACTO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NA REDUÇÃO DA MORTALIDADE INFANTIL.....	81
4. DESIGUALDADES TERRITORIAIS DA MORTALIDADE INFANTIL: ANÁLISE DOS DIFERENCIAIS INTRA-URBANOS NO RECIFE	85

4.1.	O MODELO DE SAÚDE NO DISTRITO SANITÁRIO IV	88
4.2.	O BAIRRO DA IPUTINGA.....	97
4.2.1	ATENÇÃO À SAÚDE EM IPUTINGA/VILA UNIÃO	101
4.3.	O BAIRRO DO ENGENHO DO MEIO	107
4.3.1	ATENÇÃO À SAÚDE EM ENGENHO DO MEIO.....	110
4.4.	DIFERENCIAIS INTRA-URBANOS NO RECIFE: DESIGUALDADES SOCIOECONÔMICAS ENTRE AS UDHS DO ENGENHO DO MEIO E IPUTINGA	119
	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	126
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	128

INTRODUÇÃO

Ao longo do último século, a política de saúde brasileira passou por transformações significativas, indo do Sanitarismo Campanhista e do modelo médico-previdenciário à construção e consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS). Baseado nos princípios da Constituição de 1988, esse sistema relaciona a política de saúde com as condições de vida da população e instaura um processo de descentralização da saúde, contemplando, a nível municipal, as diferenciações do território, em função da demanda por serviços públicos de saúde, de modo a promover a formulação de políticas no setor (LYRA; SOUZA; BITOUN, 2005).

Neste contexto surge o Programa de Saúde da Família (PSF), atualmente denominado Estratégia de Saúde da Família (ESF), com o objetivo de reorganizar a prática assistencial e adequá-la às novas diretrizes e critérios adotados pelo SUS.

A ESF foi instituída como uma proposta de substituição da prática médica tradicional que supervaloriza as ações meramente curativas, especializadas e hospitalares que não consideram as dimensões sócio-econômicas e culturais envolvidas no processo de adoecimento.

E este era o principal desafio desta estratégia: considerar o contexto social e econômico das comunidades através do princípio da territorialização das ações. Neste sentido, o atendimento baseado em uma população adscrita assume um papel inovador e indispensável para que, por meio do Agente Comunitário de Saúde, as reais necessidades destas comunidades sejam evidenciadas, mesmo diante da amplitude das desigualdades existentes nestes territórios.

No Brasil, e mais especificamente, no Recife, a marcada desigualdade na educação, no saneamento básico, no acesso aos recursos de saúde, na distribuição de renda e em diversos outros índices relacionados ao padrão de vida da população, tem se evidenciado por meio de acentuadas diferenças no risco de morte dos diversos estratos sociais.

No tocante à mortalidade infantil, a observação de desigualdades em seus níveis é fundamental para a compreensão das relações entre saúde e condições sócio-econômicas e ambientais, além da possibilidade de averiguar a eficácia do sistema de atenção à saúde. Em decorrência desta relação, este indicador tem sido vastamente empregado para sintetizar e comparar a situação de saúde de distintas localidades.

Vale salientar que neste trabalho não há intenção de subestimar os diversos fatores que, já comprovadamente, interferem nos índices de mortalidade infantil, como nível de instrução materna, renda familiar, aspectos biológicos, infra-estrutura urbana, qualidade de vida, rendimento dos pais, acompanhamento no pré-natal, nutrição, consumo de drogas, dentre outros, pois alguns destes não serão trabalhados, com tanta ênfase, neste momento. Há, na realidade, o intento de submeter à análise a relação existente entre a distribuição espacial dessa mortalidade e as condições de vida da população.

Deste modo, este estudo tenciona caracterizar o perfil da mortalidade infantil do Recife através da análise das desigualdades territoriais e sociais, nas quais a população está submetida, avaliando o papel da Estratégia de Saúde da Família na transformação desta realidade. Na intenção de empreender esta análise, foi necessário avaliar a evolução da mortalidade infantil em espaços socialmente distantes; caracterizar a atenção básica e o modelo de atenção à saúde no Distrito Sanitário IV do Recife; e analisar as transformações ocorridas no atendimento à saúde com a implantação da Estratégia de Saúde da Família, considerando os progressos, obstáculos e dificuldades encontrados.

A hipótese que se pretende testar é que, a Estratégia de Saúde da Família tem contribuído com a tendência de melhoria das condições de saúde no Recife, e por sua vez, na diminuição da mortalidade infantil neste município. Todavia, esta estratégia tem esbarrado na necessidade de mudanças significativas dos padrões econômicos e de intensificação de políticas sociais, com continuidade para as questões da educação, de saneamento e da geração de emprego e renda, que poderiam provocar transformações de impacto na situação de saúde das populações e, por conseqüência, na mortalidade infantil.

Se o amplo contexto da desigualdade na sociedade não é resolvido, a luta pela equidade na saúde se torna um processo isolado e interminável. Uma comunidade saudável seria, portanto, aquela que fosse capaz de identificar e entender os determinantes e condicionantes da desigualdade, sendo também capaz de construir os meios de superação destes problemas.

A relevância desta discussão se dá na possibilidade de desenhar uma hipótese de programa de melhoria da qualidade destes serviços a partir do estabelecimento de prioridades para a gestão pública comprometida com a promoção da equidade em saúde.

A comparação das desigualdades territoriais da mortalidade infantil entre comunidades permite também, através da análise das diferenças, a identificação de fatores de risco e a avaliação de modelos de vigilância.

Sendo assim, para subsidiar as reflexões, os seguintes procedimentos foram seguidos na pesquisa: levantamento bibliográfico e documental; realização de entrevistas semi-estruturadas com gestores, usuários e profissionais de saúde; aplicação de questionários e utilização dos dados Atlas do Desenvolvimento Humano do Recife.

O trabalho está estruturado em quatro capítulos. No primeiro, é realizada uma descrição da metodologia seguida no decorrer da pesquisa, através da definição da localização da área de estudo, dos atores investigados e a técnica utilizada na fase de coleta e análise dos dados.

Já delimitado o universo da pesquisa, é iniciado, no segundo capítulo, uma breve evolução histórica do sistema público de saúde brasileiro, apontando os eventos que lançaram bases para a instituição do Sistema Único de Saúde. A partir disto, caracteriza-se a Estratégia de Saúde da Família dentro do SUS, fazendo referência ao modo com o qual esta estratégia vem trabalhando a questão do território e de que forma este conceito pode imprimir melhorias na execução das atividades no âmbito desta política.

No terceiro capítulo, é iniciada uma análise de como a Estratégia de Saúde da Família vem interferindo nos índices de mortalidade infantil na cidade do Recife. Para tanto, é descrita a situação atual da atenção à saúde no Recife e apresentada a importância da ESF neste município, enfatizando o papel do Agente Comunitário de Saúde no trabalho de promoção à saúde.

No quarto e último capítulo, são verificadas as desigualdades territoriais da mortalidade infantil no Recife através do estudo dos diferenciais intra-urbanos em dois bairros do Distrito Sanitário IV: Iputinga e Engenho do Meio. O capítulo é iniciado com uma breve discussão destas desigualdades e posteriormente detalhado o modelo de saúde aplicado em espaços socialmente distantes, averiguando de que forma estas disparidades tem interferido nas condições de saúde destas populações e conseqüentemente na mortalidade infantil. Por fim, são expostas as últimas considerações referentes ao estudo, apontando os principais entraves e avanços alcançados na saúde pública em decorrência da implantação da Estratégia de Saúde da Família.

CAPÍTULO 1

PROCEDIMIENTOS METODOLÓGICOS

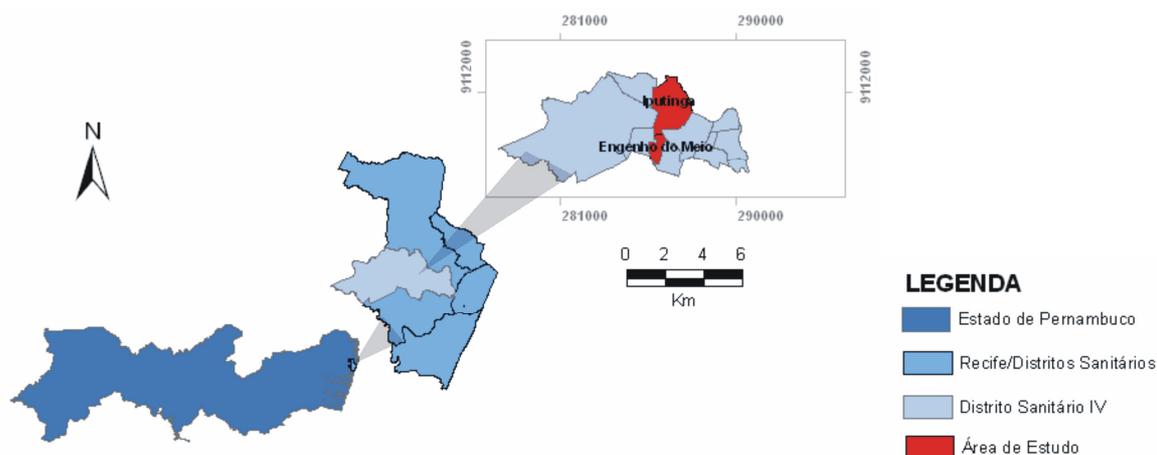


1. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Buscando responder aos objetivos formulados para o presente trabalho, delimitou-se um estudo de natureza qualitativa e quantitativa, no qual foram adotados métodos e critérios que serão descritos a seguir.

1.1 ÁREA DE ESTUDO

No intuito de empreender uma análise mais aprofundada sobre o tema, foram selecionados dois bairros localizados na Região Político-Administrativa IV (RPA) ¹ do Recife/PE (Mapa 1.). Ambos são casos exemplificativos da intensidade com que as variáveis territoriais interferem nas condições de saúde da população, além de apresentarem uma boa cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF).



Mapa 1. Localização da área de estudo: Bairro da Iputinga e do Engenho do Meio.

Fonte: ZAPE/FIDEM/UNIBASE- 2000. DES./ED.GRAF.: a autora.

¹ As RPAs foram divisões realizadas com a finalidade de garantir melhor intervenção das decisões municipais em nível local. São áreas estabelecidas pela Lei municipal 16.293/97, para efeito de formulação, execução e avaliação permanente das políticas e do planejamento governamentais (RECIFE, 2005).

Na busca de revelar as iniquidades territoriais na escala intra-bairro, a análise também se baseou nas Unidades de Desenvolvimento Humano (UDH). A UDH é uma unidade espacial formada pelo agrupamento de setores censitários e criada para o Atlas de Desenvolvimento Humano no Recife com o intuito de revelar as desigualdades sociais. Nela é apresentado um nível de homogeneidade social suficiente para que as médias estatísticas correspondam, o máximo possível, às condições vividas pelos moradores e permitam comparações entre áreas com perfis sociais diferenciados.

Sendo assim, foram selecionadas as Unidades de Desenvolvimento Humano Iputinga/ZEIS Vila União/ AP Detran e a UDH Engenho do Meio/Cordeiro/Iputinga - Bom Pastor (Figura 1.).

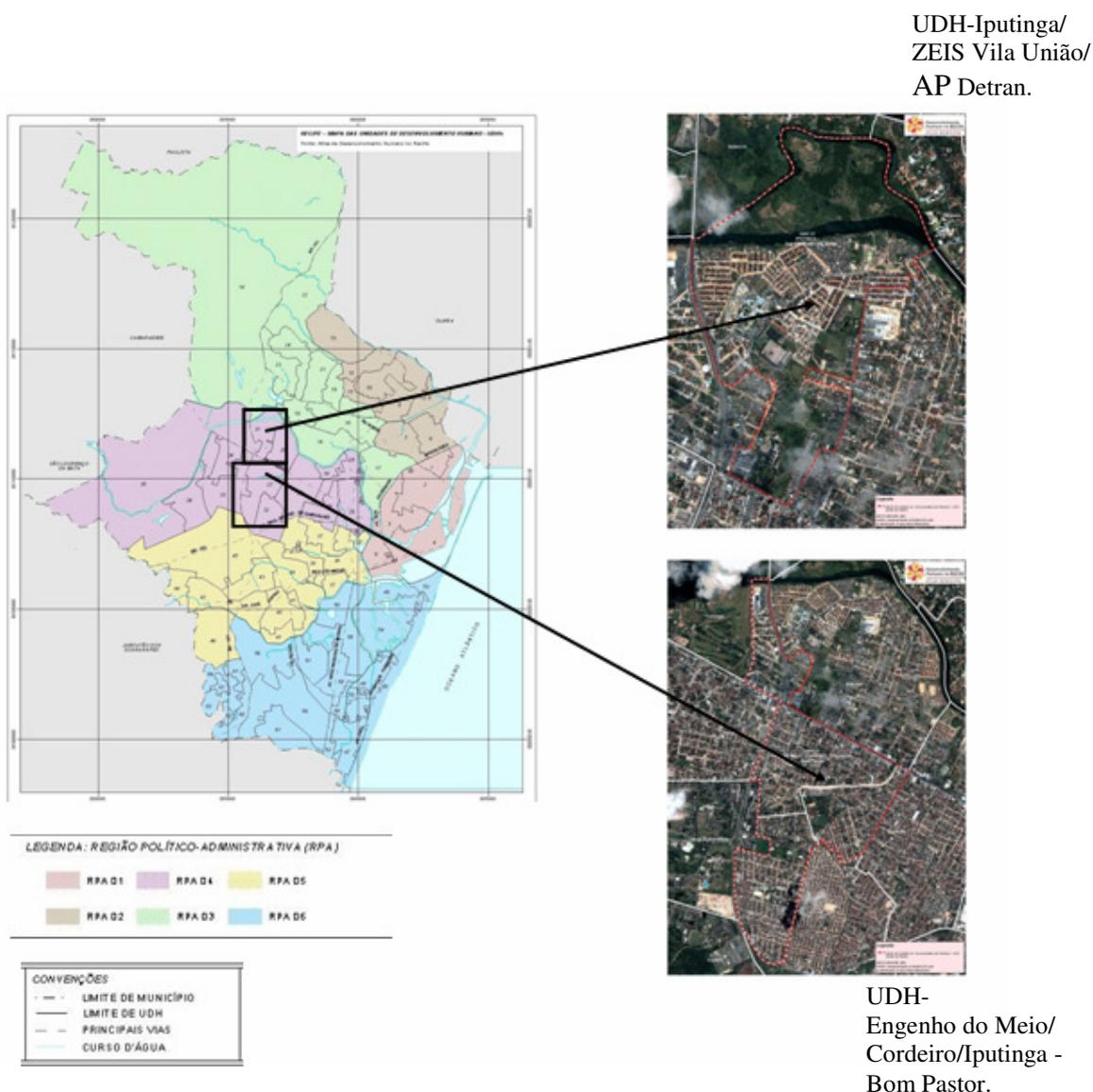


Figura 1. Localização das UDHs Iputinga e Engenho do Meio.

Fonte: RECIFE. Prefeitura; PNUD. Atlas do Desenvolvimento Humano no Recife, 2005.

As UDHs em questão foram escolhidas pelos seguintes motivos: a UDH Iputinga/ZEIS Vila União/ AP Detran foi a que demonstrou um dos maiores índices de mortalidade infantil no Recife, mesmo tendo reduzido substancialmente seus números nos últimos anos. Já a UDH Engenho do Meio/Cordeiro/Iputinga - Bom Pastor apresenta índices bem menores, se comparados aos da primeira.

Para analisar os dados referentes à Estratégia de Saúde da Família foram eleitas para o estudo as Unidades de Saúde da Família de Vila União e Engenho do Meio, localizadas nas Microrregiões 4.1 e 4.2, respectivamente.

1.2 SUJEITOS DA PESQUISA

Os profissionais que compuseram a amostra foram selecionados a partir da intenção de definir o grupo social mais relevante para a pesquisa, que carregassem consigo um conjunto de experiências que pudessem esclarecer as questões analisadas neste trabalho.

Considerando a necessidade de compreender as práticas dos sujeitos presentes nos espaços da Política de Atenção Básica, foram eleitos como grupo de informação os profissionais que compunham a Equipe de Saúde da Família, considerando a equipe mínima preconizada pelo Ministério da Saúde: médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e Agente Comunitário de Saúde (ACS). Além destes, foi também ouvida a população atendida pela ESF, no intuito de apreender suas concepções acerca dos aspectos aqui ressaltados.

O critério para a seleção da equipe médica seguiu a disponibilidade dos mesmos. Optou-se por entrevistar pelo menos um médico, enfermeiro ou auxiliar de enfermagem de cada Unidade Básica de Saúde. Como são profissionais sempre muito requisitados em seu trabalho, as entrevistas acabavam sendo mais curtas e interrompidas em diversos pontos.

Para a escolha dos Agentes de Saúde foi considerado o tempo de atuação na profissão, que deveria se estender por um período suficiente para inferir sobre o grau de conhecimento e entrosamento com a comunidade. Como o objetivo era também avaliar a evolução da ESF e dos cuidados na Atenção Básica, optou-se por selecionar ACSs que apresentassem pelo menos 10 anos de trabalho nesta função.

A entrevista com usuários da ESF se deu através da indicação dos Agentes Comunitários de Saúde. Eles apontaram moradores da comunidade que tivessem acompanhado o processo de implantação da Estratégia de Saúde da Família.

Foi solicitado aos ACSs que indicassem, preferencialmente, mulheres com filhos acompanhados pelo sistema de saúde tradicional e que na atualidade tivessem filhos ou netos, residentes na mesma casa, atendidos pela ESF. Nesta situação, as selecionadas indicavam com maior propriedade os benefícios ou malefícios desta mudança na Atenção Básica, principalmente no que diz respeito aos cuidados na saúde materno-infantil.

Para evitar qualquer viés na pesquisa, foram também selecionadas, aleatoriamente, sem a indicação de um profissional da Unidade de Saúde, famílias que se enquadrassem nos critérios descritos acima. Isto por haver a possibilidade de que os ACSs recomendassem apenas pessoas satisfeitas com o atendimento, por terem um bom relacionamento com o Agente Comunitário de Saúde.

Na busca de representar a diversidade e visão de atores envolvidos no desenvolvimento desta política de atenção básica, buscou-se realizar uma entrevista com o gestor do Distrito Sanitário IV. Entretanto, devido a dificuldades de agendamento por conta da mudança na gestão da prefeitura, secretarias e gestores dos Distritos, foram entrevistadas as Gerentes de Território das Microrregiões 4.1 e 4.2, nas quais estão localizadas as Unidades de Saúde da Família de Vila União e Engenho do Meio.

São pessoas responsáveis pelo gerenciamento das Unidades de Saúde em questão, e que vivenciam no dia-a-dia os conflitos decorrentes das dificuldades de pôr em prática as diretrizes políticas da ESF, diante das demandas por atendimento nos serviços de saúde e dos recursos disponíveis para a mudança da organização e da operação dos serviços.

A inclusão dessas categorias visa aprofundar em que medida cada profissional, diante de suas atribuições na equipe, compreende e prioriza práticas voltadas para a melhoria das ações no campo da atenção básica e, mais especificamente, na saúde materno-infantil.

1.3 TÉCNICAS DE COLETA E FONTES DE DADOS

Para subsidiar as reflexões, foi inicialmente realizado um levantamento bibliográfico no intuito de empreender um maior aprofundamento do tema estudado e construção do referencial teórico.

Após isto, deu-se início a uma pesquisa documental, com visitas a diversos órgãos públicos, na intenção de obter informações e registros sobre a Estratégia de Saúde da Família, a mortalidade infantil e dados referentes à área de estudo para a realização de uma posterior caracterização desta. Entre as instituições selecionadas estão:

- A Prefeitura Municipal do Recife, particularmente a Secretaria de Saúde do Recife, a Diretoria de Planejamento, Departamento de Informações e Projeções e o Departamento de Atenção a Criança.
- A Gerência da Atenção Básica;
- Diretoria de Vigilância e Epidemiologia;
- Empresa de Manutenção Urbana do Recife (URB);
- Sede do Sanitário IV, assim como as Unidades de Saúde da Família do Engenho do Meio e de Vila União.

Vale destacar que esta pesquisa é fruto de reflexões anteriores advindas da participação da autora, na qualidade de bolsista de iniciação científica (PIBIC/CNPq), em duas pesquisas intituladas “*Redes e práticas de sociabilidade: as associações voluntárias e a construção de seus modos organizativos*” e “*Redes Sociais e Saúde*”. Ambas realizadas pelo Núcleo de Pesquisas sobre cidadania, exclusão e processos de mudança (NUCEM) e tinham como o objeto de sua análise a Estratégia de Saúde da Família.

Esta experiência possibilitou um aprofundamento no conhecimento de políticas de saúde, bem como o recolhimento de uma gama de materiais tanto na pesquisa de gabinete, quanto na pesquisa de campo.

As citadas pesquisas tiveram como *locus* de análise 16 Unidades de Saúde da Família do Distrito Sanitário IV. Foram aplicados questionários com 152 Agentes de Saúde e 327 questionários com famílias atendidas pela Estratégia de Saúde da Família. Para o levantamento dos dados qualitativos, optou-se por realizar 17 entrevistas com as

equipes de Saúde da família, juntamente com outras 25 aplicadas com usuários da ESF. Esta gama de informações levantadas serviu de base para alguns questionamentos e esclarecimentos para as indagações que surgiram no decorrer da presente pesquisa.

Contudo, pela necessidade de atualizar, complementar e focalizar apenas no que seria de interesse para a concretização desta dissertação, optou-se por empreender uma análise qualitativa por meio de entrevistas semi-estruturadas. Em sua composição havia, exclusivamente, perguntas abertas para que o entrevistado discorresse livremente sobre o tema proposto, sem que houvesse interferência do pesquisador.

Após a solicitação e autorização do registro no Conselho de Ética na Saúde, foi iniciado o agendamento e confirmação da data, horário e local das entrevistas. As realizadas com médicos, enfermeiros e Agentes Comunitários de Saúde ocorreram nos espaços das Unidades de Saúde, em dias e horários de menor movimento de usuários, conforme foi solicitado pela equipe. Já com a Gerência de Território a entrevista ocorreu na sede do Distrito IV.

Para entrevistar as famílias atendidas pela ESF, foram tomados alguns cuidados. Devido à violência, principalmente nas proximidades de Vila União, as visitas eram realizadas sempre com o acompanhamento de um ACS. Por serem moradores da comunidade, eles sabiam ao certo as localidades mais violentas, e a sua companhia representava para a comunidade a certeza de que a pesquisadora não representava qualquer “incômodo” para o local.

A título de exemplo, algumas vezes, ao ir para as Unidades de Saúde aproximaram-se pessoas da comunidade para questionar o motivo da visita, fato este que nunca aconteceu em incursões nas quais o ACS estava a acompanhar.

Outra precaução tomada foi a realização da pesquisa de campo no turno da manhã, com raras exceções.

Na condução das entrevistas foi adotada a seguinte seqüência:

- Explicação do conteúdo da entrevista e esclarecimento dos objetivos da pesquisa, informando que a qualquer momento poderiam ser solicitados esclarecimentos;
- Elucidação e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido por meio do qual todos os sujeitos abordados consentiram em participar das entrevistas;

- Solicitação de autorização para gravar a entrevista, ratificando o compromisso assumido em manter o anonimato dos entrevistados. Apenas uma enfermeira pediu para que a entrevista não fosse gravada, então o registro foi realizado no diário de campo.

Outra etapa da pesquisa foi a observação direta do cotidiano da Equipe de Saúde da Família e acompanhamento dos ACSs em algumas de suas visitas diárias. Esta fase teve o intuito de aproximar a pesquisadora da realidade destes atores sociais em seu próprio contexto, observando, assim, conflitos, relações interpessoais, comportamentos e circunstâncias particulares.

Foram aplicadas, nas Unidades de Saúde do Engenho do Meio e Vila União, um total de 20 entrevistas, sendo 2 com a equipe médica, 10 com Agentes Comunitários de Saúde, 8 com usuários da ESF, além de 2 entrevistas com as Gerentes de Território das Microrregiões 4.1 e 4.2 do Distrito Sanitário IV.

O capítulo que segue trabalha o desenvolvimento das políticas públicas de saúde no Brasil. Tal análise se fez necessária para melhor situar o leitor acerca desta temática, por não ser tão comumente abordada na geografia.

O tópico se inicia com a evolução histórica do sistema público de saúde brasileiro, apontando os eventos ocorridos na saúde que contribuíram e lançaram bases para a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS).

A partir disto, faz-se uma breve caracterização de como a Estratégia de Saúde da Família está situada no SUS, mencionando a forma com a qual esta estratégia estruturante vem trabalhando a questão do território e de que forma este conceito pode imprimir melhorias na execução das atividades no âmbito desta política.

CAPÍTULO 2

O DESENVOLVIMENTO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS NA ESFERA DA SAÚDE: TRANSFORMAÇÕES NO PROCESSO DE GESTÃO DA SAÚDE NO BRASIL



2. O DESENVOLVIMENTO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS NA ESFERA DA SAÚDE: TRANSFORMAÇÕES NO PROCESSO DE GESTÃO DA SAÚDE NO BRASIL

As condições sócio-econômicas reforçam os riscos provenientes das questões de infra-estrutura urbana, o que reflete intensamente na qualidade de vida da população, de forma geral, e, por conseguinte, em sua saúde e desenvolvimento (BRASIL, 2003).

A política de atenção à saúde, em particular, tem a potencialidade de minimizar o efeito negativo das desvantagens sociais no estado de saúde da população, promovendo a garantia de acesso ao atendimento e de qualidade das ações (LYRA; SOUZA; BITOUN, 2005).

O atual sistema de saúde brasileiro tem um histórico bastante peculiar, dado o complexo contexto no qual foi estabelecido. Trata-se de períodos de avanços e recuos influenciados pela conjuntura política, econômica e social atravessada pelo país.

2.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS E CARACTERIZAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

A saúde de uma população é resultante, dentre outros fatores, da forma como é estabelecida a relação entre o Estado e a sociedade. No sentido de proporcionar qualidade de vida aos cidadãos, o Estado age por meio de Políticas Públicas e, dentre as voltadas para a proteção social, estão as Políticas de Saúde.

Conforme destaca Roncalli (2002), o Estado surge como um aperfeiçoamento das relações entre os indivíduos de uma dada organização social. Desta forma:

O Estado é mais que aparelho repressivo, ideológico, econômico ou burocrático. (...) Não se esgota nos seus ramos executivo, legislativo e judiciário, nem nos seus níveis federal, estadual e municipal. Expressa, na realidade, uma relação de forças sociais em constante luta pela consecução dos seus objetivos históricos (PAIM, *apud* RONCALLI, 2002).

Deste modo, é essencial, antes de um detalhamento da forma como o Estado tem conduzido suas políticas públicas de saúde, compreender o processo de construção destas políticas, principalmente no que se refere à constituição do Sistema Único de Saúde para, assim, apreender o contexto no qual se processaram.

Amplas foram as transformações ocorridas no sistema de saúde brasileiro, que passou por diversas etapas, indo do sanitarismo campanhista para o modelo médico-assistencial privatista, até ao projeto neoliberal nos anos 80.

No plano internacional houve uma ampla discussão a respeito das reformas em saúde. De acordo com Silva (2003), um conjunto de pressões sobre os governos nacionais implicou na necessidade de se remodelar o perfil das políticas públicas setoriais. Segundo este autor, essas pressões decorriam do aumento dos gastos públicos; má utilização dos recursos existentes para o setor; aumento da complexidade das condições de oferta e demanda dos serviços; iniquidades no acesso aos serviços por parte dos usuários, principalmente os de menor renda; dentre outros (SILVA, 2003).

Até a metade do século XX, o Brasil teve sua economia dominada pelo modelo agroexportador, por este motivo, o sistema de saúde estava baseado em uma política de saneamento dos espaços de circulação das mercadorias destinadas à exportação, e eliminação ou controle de doenças que pudessem prejudicar a negociação dos produtos exportáveis (MENDES, 1999).

Esta situação culminou com a prática do sanitarismo campanhista², desde o início do século XX até 1965, que superou de vez a teoria miasmática, quebrando o conceito da relação linear e de uniausalidade entre o agente e o hospedeiro. Buscava o combate às doenças e o saneamento dos espaços urbanos para a agroexportação (LUZ, *apud* MENDES, 1999).

Com a aceleração do processo de industrialização ocorrida no Brasil a partir da década de 1950, houve um deslocamento do pólo econômico para os centros urbanos, desencadeando nestas áreas uma maior demanda de pessoas na busca por atendimento à saúde.

² O sanitarismo campanhista recebeu este nome pelo fato de que seus combates assemelhavam-se às campanhas militares. Tinha por característica marcante o combate a doenças de massa, com forte concentração de decisões e com um estilo repressivo de intervenção sobre os corpos individual e social (LUZ, *apud* MENDES 1999).

A respeito deste período, aponta Mendes (1999): “o importante, então, já não é sanear o espaço de circulação das mercadorias, mas atuar sobre o corpo do trabalhador, mantendo e restaurando sua capacidade produtiva”.

Por conseqüência, passa a existir a necessidade de substituição do sanitário camponês, pois o mesmo já não respondia às exigências de uma economia industrializada.

Surge, assim, o modelo médico assistencial privatista que se manteve com a criação do Instituto Nacional da Previdência Social (INPS), em 1966, o qual substituiu e uniformizou antigos benefícios, institutos e caixas de pensões, criados na década de 1930 (RIGOBELLO, 2006). Fato este que ocorreu sob resistência dos grupos que eram privilegiados pelo antigo sistema.

Nas palavras de Oliveira e Teixeira (*apud* MENDES, 1999), esse modelo apresentava as seguintes características: cobertura previdenciária que abrangia a população rural e urbana; preferência pela prática médica curativa e individual, em detrimento da saúde pública; criação de um complexo médico-industrial; e busca da lucratividade no setor da saúde, privilegiando o serviço privado.

Tal fato acabou por imprimir uma cultura mercantilista à medicina, a qual, a partir deste momento, tinha como foco principal a lucratividade do setor da saúde, alcançando o seu auge com a criação, no ano de 1977, do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS). Esta organização se tornou símbolo do modelo médico privatista e assistencial, fundamentada, segundo Mendes (1999), nos seguintes elementos:

- I- O Estado como o grande financiador do sistema através da Previdência Social;
- II- O setor privado nacional como o maior prestador de serviços de atenção médica;
- III- O setor privado internacional como o mais significativo produtor de insumos, especialmente equipamentos biomédicos e medicamentos.

Este modelo conservou-se hegemônico até fins da década de 1980, tendo iniciado sua decadência com a crise previdenciária. Contudo, no decorrer dos anos de 1970, já apresentava graves problemas, sobretudo por excluir parte significativa da população.

É neste momento que foram abertas possibilidades políticas e institucionais para o desenvolvimento do movimento contra-hegemônico da saúde, que nos anos 1980 viria a configurar-se como a Reforma Sanitária brasileira.

A partir da construção do Movimento de Reforma Sanitária, surge no Brasil a necessidade de pôr em prática mudanças na política de saúde. Desde então, foram elaboradas críticas ao modelo médico hegemônico de caráter privado e mercantilista e produzidas propostas para a reformulação do setor de saúde (GERSCHIMAN, 1995).

De acordo com Cohn (1996), a Reforma Sanitária brasileira caracteriza-se por ser um movimento que, acontecido no interior do processo de transição democrática conservadora, teve como foco central o Estado e a conquista da presença de seus preceitos no aparato institucional.

O Movimento de Reforma Sanitária, no período da abertura política, deu importante contribuição para reanimar os princípios democráticos na vida social e apontou reorientações para a construção de um novo modelo de atenção à saúde.

Um dos principais questionamentos do Movimento de Reforma Sanitária à política de saúde fundamentava-se na rejeição do direcionamento de recursos públicos para financiar a expansão do setor privado, em detrimento do setor público.

Como alternativa para a inversão do modelo médico-privatista, o Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária (CONASP), que tinha como objetivo a integração das ações de saúde, propôs a constituição das Ações Integradas de Saúde (AIS), em 1983. As AIS buscavam a reorganização institucional da assistência à saúde, no intuito de evitar que surgissem ações paralelas e simultâneas entre as diversas instituições sanitárias, ou seja, duplicidade de procedimentos. Formava-se então o embrião do SUS (JUSTO, 2006).

Nesta conjuntura, ocorre a VIII Conferência Nacional de Saúde, evento político e sanitário considerado como um marco para a saúde brasileira, que apresentou características particulares, ausentes nas conferências anteriores, por ter tido representantes de todos os setores da sociedade interessados na saúde e a elaboração de conferências estaduais e municipais.

A citada Conferência se destacou pelo momento histórico vivido no Brasil na época de sua ocorrência, março de 1986, já no período chamado "Nova República", iniciado com a eleição indireta para a presidência e que marcou o término do período autoritário.

Também se distinguiu por seu processo democrático, com a participação da sociedade civil, e por ter sistematizado e formalizado as principais teses que vinham sendo discutidas e elaboradas pelo movimento sanitário, envolvendo um conceito abrangente de saúde, a unificação do sistema, entre outras. Essas diretrizes passaram a orientar e fundamentar as ações no campo da saúde (RIGOBELLO, 2006).

Nela foram colocadas em discussão propostas para criar um sistema de saúde integral, universal e que atendesse adequadamente às necessidades de saúde da população brasileira como um todo. Além disto, empreendeu-se uma reformulação do conceito de saúde, assim como é possível verificar no relatório final:

A saúde não é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas. Em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1987).

A VIII Conferência Nacional de Saúde foi marcada pelos preceitos da Conferência Internacional de Alma Ata, ocorrida em 1978, na extinta União das Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS), tendo 150 países participantes, dentre eles o Brasil, e que objetivou a reorganização dos sistemas de saúde por meio da atenção primária, a fim de alcançar acesso e assistência à saúde para todos, sem distinção (RIGOBELLO, 2006).

Foi através dos trabalhos originados da VIII Conferência Nacional de Saúde que surgiram as bases para as mudanças no setor da saúde, tanto no Executivo, com a implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), como no Legislativo, pela elaboração da nova constituição brasileira (MENDES, 1999).

De acordo com Escorel (*apud* GERSCHMAN, 1995), o SUDS objetivava a redução previdenciária estadual, a transferência dos serviços de saúde e dos recursos financeiros para Estados e Municípios, o estabelecimento de um gestor único de saúde para cada esfera de governo e a transferência para os níveis estaduais e municipais dos instrumentos de controle sobre o setor privado.

Buscava-se através do SUDS consolidar as AIS nos Estados, gerando uma reformulação no sistema de saúde em vigência, redefinindo as atribuições dos três níveis

de governo, o que não chegou a ocorrer, visto que, contribuiu apenas para concentrar poder nas mãos dos Estados e para o desmonte do INAMPS e sua posterior extinção em 1993 (CARVALHO; MARTIN; CORDONI, 2001).

Com a promulgação da Constituição Federal Brasileira em 1988, fica garantido legalmente o acesso universal, equânime e integral à saúde dos cidadãos brasileiros, devendo tais direitos serem assegurados pelo Estado. É através da Constituição de 1988 que são moldadas as diretrizes do Sistema Único de Saúde, o SUS.

Diz a Constituição, no Título VIII (Da Ordem Social), Capítulo II (Da Seguridade Social), Seção II (Da Saúde), artigo 196:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

A respeito da organização dos serviços, relata o artigo 198 (Brasil, 1988):

As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I. Descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II. Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III. Participação da comunidade.

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

Mendes (1999) aponta algumas inovações na abordagem da saúde trazidas na constituição de 1988. Dentre elas estão: o conceito de saúde visto numa perspectiva de uma articulação de políticas sociais e econômicas; A saúde como direito social, universal, derivado do exercício de uma cidadania plena; A caracterização das ações e serviços de saúde como de relevância pública; A criação de um Sistema Único de Saúde organizado de acordo com as diretrizes de descentralização com mando único em cada esfera de governo,

o atendimento integral e participação da comunidade; e a Integração da saúde no espaço mais amplo da seguridade social.

Esse movimento levou ao reconhecimento da saúde como direito de todos e obrigação do Estado. Direito que foi regulamentado em 1990 com as Leis nº. 8.080³ e 8.142⁴ (KRÜGER, 2000).

Esses processos ocorridos no Brasil serviram de base para a constituição do Sistema Único de Saúde (SUS), que prevê a ampliação da inclusão social através de um sistema de saúde descentralizado, integral, universal e com participação da sociedade civil. O SUS corresponde a uma proposta de modificação sócio-política de valor determinante na consolidação da democracia brasileira (JUSTO, 2006).

2.1.1 PRINCÍPIOS DOUTRINÁRIOS

O Sistema Único de Saúde estabelece um sistema com princípios doutrinários e organizativos. Os princípios doutrinários remetem-se às idéias e conceitos referentes ao SUS. Já os princípios organizativos norteiam como o sistema deve funcionar, tomando por base os princípios doutrinários. A seguir será realizada uma breve discussão a respeito destes princípios.

Universalidade

Através da universalidade, o indivíduo passa a ter direito de acesso aos serviços públicos de saúde como um todo, inclusive aos contratados pelo poder público, garantindo a atenção à saúde a todo e qualquer cidadão. Neste sentido, o acesso às ações e serviços deve ser assegurado a todas as pessoas, independentemente de sexo, raça, ocupação, renda, ou outras características pessoais ou sociais.

³ Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde; a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes.

⁴ Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde.

Este foi o princípio que representou a negação do sistema anterior, onde só os contribuintes da previdência social tinham direito à assistência à saúde.

A universalidade no acesso aos serviços de saúde é condição fundamental para a equidade.

Equidade

A equidade tem por objetivo diminuir as desigualdades. Contudo, não deve ser compreendida como sinônimo de igualdade. Apesar de todos os indivíduos terem direito aos serviços de saúde, o que fica claro na universalidade, os mesmos não são iguais, e por esse motivo apresentam necessidades diferentes.

Equidade significa assegurar a disponibilidade dos serviços de saúde, levando em consideração as diferenças entre os diversos grupos de indivíduos. Para tanto, a rede de serviços deve ter uma real idéia das necessidades da população a ser atendida, investindo mais onde a carência é maior.

De acordo com um documento do ministério da saúde, equidade seria:

Assegurar ações e serviços de todos os níveis de acordo com a complexidade que cada caso requeira, onde o cidadão onde morar, sem privilégios e sem barreiras. Todo cidadão é igual perante o SUS e será atendido conforme suas necessidades até o limite do que o sistema puder oferecer para todos (BRASIL, 1990).

Vale salientar que há uma distinção entre equidade em saúde e equidade no uso ou no consumo dos serviços de saúde. De acordo com Travassos (1997), as desigualdades em saúde refletem as desigualdades sociais, já a igualdade no uso dos serviços de saúde, devido à relativa efetividade das ações de saúde, não é suficiente, apesar de importante, para diminuir as desigualdades entre os grupos sociais em relação à morbidade e mortalidade. Neste sentido, Aday & Andersen (*apud* RONCALLI, 2002) apontam que o direito à assistência à saúde implica no acesso a serviços de saúde, o qual pode denotar melhoria nas condições de saúde.

Roncalli (2002) ainda afirma que não existe uma unanimidade no que diz respeito ao conceito de equidade, já que o mesmo apresenta certa dependência do momento histórico em que se desenvolveram as políticas públicas em determinado país. No caso

brasileiro, a equidade foi definida como igualdade no acesso, o que fica explícito no artigo 196 da Constituição de 1988, que fala de “acesso universal e igualitário”.

Integralidade

Neste princípio, fica determinado que a pessoa deve ser considerada como um todo, e deve ser atendida na totalidade de suas necessidades. Ações como a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e a reabilitação, devem ser realizadas de modo integrado. Através da Integralidade, fica determinado que:

- Cada pessoa é um todo indivisível e integrante de uma comunidade;
- As ações de promoção, proteção e recuperação da saúde formam também um todo indivisível e não podem ser compartimentalizadas;
- As unidades prestadoras de serviço, com seus diversos graus de complexidade, formam também um todo indivisível configurando um sistema capaz de prestar assistência integral.

O homem é um ser integral, bio-psico-social, e deverá ser atendido com esta visão integral por um sistema de saúde também integral, voltado a promover, proteger e recuperar sua saúde (BRASIL, 1990).

É de suma importância que na integralidade haja uma articulação da área da saúde com outras políticas sociais, para que seja assegurada uma intersectorialidade entres estas áreas e que, por sua vez, repercute na qualidade de vida e na saúde dos indivíduos (CUNHA; CUNHA, *apud* RONCALLI, 2002).

2.1.2 PRINCÍPIOS ORGANIZATIVOS

Na busca de formas de concretizar o SUS, na prática, a partir dos princípios doutrinários apresentados e levando-se em consideração a idéia de seguridade social e relevância pública, foram estabelecidas algumas diretrizes que orientam o processo e que serão observadas a seguir.

Regionalização e hierarquização

A regionalização e a hierarquização dos serviços implicam na organização destes em níveis crescentes de complexidade, circunscritos em uma determinada área geográfica, projetados a partir de critérios epidemiológicos, e com definição e conhecimento da população a ser atendida. Isto interfere na capacidade dos serviços em proporcionar à população todas as modalidades de assistência, assim como o acesso a todo tipo de tecnologia disponibilizada, possibilitando uma resolubilidade adequada.

A rede de serviços hierarquizada e regionalizada permite um conhecimento maior dos problemas de saúde da população da área delimitada, favorecendo ações de vigilância epidemiológica, sanitária, educação em saúde, controle de vetores, além das ações de atenção hospitalar e ambulatorial em todos os níveis de complexidade (BRASIL, 1990).

A hierarquização deve, além de estabelecer a divisão de níveis de atenção, assegurar meios de acesso a serviços que componham toda a complexidade exigida para determinado caso, levando em consideração a disponibilidade de recursos numa dada região.

O acesso inicial deve se dar através dos serviços de nível primário. Se este tipo de atendimento não for suficiente para determinada necessidade, o indivíduo passa a ser encaminhado para um serviço de maior complexidade tecnológica.

Desta forma, a hierarquização se baseia no entendimento da Unidade Básica de Saúde (UBS) como uma “porta de entrada” deste sistema. A maior parte dos estudos na área de saúde coletiva indica que a atenção primária apresenta uma capacidade de resolução de até 80% dos casos demandados, o restante ficando a cargo do sistema de atenção secundária e terciária (RONCALLI, 2002; BOTAZZO, 1999; CAMPOS, 1997).

A regionalização é, na maioria das vezes, um processo de articulação entre os serviços já existentes, buscando o comando unificado dos mesmos. Este princípio se operacionaliza a partir da organização centrada nos distritos sanitários.

De acordo com Mendes (1999), o propósito da criação dos distritos sanitários é baseado no redirecionamento da forma de organização e do conteúdo dos serviços e ações de saúde, de maneira que se possa dar resposta às demandas de saúde da população que vive e trabalha no Distrito Sanitário, contribuindo para a melhoria de seus problemas de saúde.

Os distritos não são apenas divisões territoriais das áreas em que atuam os serviços de saúde, e sim uma concretização da mudança nas práticas de saúde, apresentando um caráter técnico, político e ideológico.

Descentralização

A descentralização é entendida como uma redistribuição das responsabilidades quanto às ações e serviços de saúde entre os vários níveis de governo, a partir da idéia de que quanto mais próximo do fato, maior é a possibilidade de aplicar decisões mais eficientes (BRASIL, 1990).

Na saúde, a descentralização objetiva prestar serviços com maior qualidade e garantir o controle e a fiscalização pelos cidadãos. Deverá haver uma intensa redefinição das atribuições dos vários níveis de governo com um nítido reforço do poder municipal sobre a saúde, é o que se chama municipalização da saúde. Deste modo, aos municípios cabe, portanto, a maior responsabilidade na promoção das ações de saúde diretamente voltadas aos seus cidadãos (BRASIL, 1990). Isto significa dotar o município de condições gerenciais, técnicas, administrativas e financeiras para exercer esta função.

A descentralização, ou municipalização, é uma forma de tornar o cidadão mais próximo das decisões do setor e implica na responsabilização do município pela saúde de seus munícipes. É também uma forma de intervir na qualidade dos serviços prestados.

Para pôr em prática o princípio da descentralização, existe o entendimento constitucional do mando único. Cada esfera de governo é autônoma nas suas decisões, respeitando os princípios gerais e a participação da sociedade.

Mendes (1998) expõe quatro formas de descentralização. São elas: desconcentração (quando se delega responsabilidades a níveis inferiores sem delegar poder); devolução (transferência de poder decisório); delegação (transferência de responsabilidades entre o Estado e organizações não-governamentais) e privatização (transferência de instituições estatais para o poder privado).

Diante das disparidades e extensão territorial encontradas no Brasil, a descentralização surge como um meio para uma organização mais racional do sistema e ainda dinamiza o controle social, aproximando as decisões da população.

Participação Popular

É a garantia constitucional de que a população, por meio de suas entidades representativas, participará do processo de formulação das políticas de saúde e do controle da sua execução, em todos os níveis (BRASIL, 1990). Essa participação deve se dar nos Conselhos de Saúde, com representação paritária, representados por usuários, pelo governo, trabalhadores da saúde e prestadores privados.

Os Conselhos de Saúde têm como função estabelecer estratégias, avaliar e controlar a execução da política de saúde. São órgãos deliberativos, de caráter permanente, compostos com a representatividade de toda a sociedade.

A participação popular ainda pode se realizar por meio das conferências de saúde, que são fóruns com representação de vários segmentos sociais que se reúnem para propor diretrizes, avaliar a situação da saúde e ajudar na definição da política de saúde.

Também deve ser considerado como elemento do processo participativo o dever das instituições proporcionarem as informações e conhecimentos necessários para que a população tenha um posicionamento a respeito das questões referentes à sua saúde.

Contudo, de modo geral, ainda é limitada a participação popular nos processos decisórios no campo da saúde. Na maioria das vezes, os grupos mais articulados e mobilizados são formados por uma parcela da população que não utiliza o sistema, ficando para as camadas mais pobres e menos articuladas o interesse em interferir no campo das decisões do sistema público de saúde.

Desta forma, no caso específico das políticas de saúde no Brasil, não basta, apenas, o cumprimento transparente e ético da função pública e dos princípios constitucionais do Sistema Único de Saúde. Importa saber, acima de tudo, se essas ações buscam “organizar em torno de um projeto comum as energias, os recursos, as capacidades e potencialidades de sujeitos e organizações sociais” (AKERMAN, 2005).

E é por esta necessidade que surge a Estratégia de Saúde da Família, que englobou em seus procedimentos os princípios do SUS, e que pretendeu em sua concepção preencher a lacuna que faltava na atenção básica.

2.2 REORIENTAÇÃO DA POLÍTICA DE ATENÇÃO BÁSICA NO SUS: A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA COMO PORTA DE ENTRADA

Com a significativa mudança da política de saúde no Brasil, a Atenção Básica passou a ser uma área de concentração de esforços, programas e investimentos e incentivos financeiros federais.

As iniciativas de caráter nacional tomaram por base em sua construção algumas experiências no âmbito estadual e regional, tais como as de Porto Alegre, que trabalhou com as Unidades de Saúde Comunitária; as de Minas Gerais e Niterói, com o Programa Médico da Família; e por fim, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), desenvolvido no Estado do Ceará desde 1987 (MENDES, 1996; BRASIL, 1997).

A experiência bem-sucedida do Ceará estimulou o Ministério da Saúde a implantar em 1991 o Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (PNAS), inicialmente desenvolvido na Região Nordeste e posteriormente na Região Norte, tendo como principal objetivo contribuir para a redução da mortalidade infantil e materna (VIANA; DAL POZ, 1998).

Em 1992, foi implementado o PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde). A partir daí, a unidade de ação programática da saúde deixou de focar apenas o indivíduo para atuar sobre a família, introduzindo a noção de área de cobertura por família (VIANA; DAL POZ, 1998).

Com os bons resultados do PACS, principalmente na redução dos índices de mortalidade infantil, buscou-se uma maior resolutividade das ações. Assim, em janeiro de 1994, o Programa Saúde da Família (PSF) foi consolidado como política oficial do Ministério da Saúde e começaram a ser formadas as primeiras equipes do PSF, tornando-se prioridade para o Governo Federal a expansão das equipes de Saúde da Família, como um meio para a mudança do modelo assistencial (BRASIL, 1997).

Além disto, experiências como o Programa Médico de Família, desenvolvido a partir de 1992 em Niterói (RJ), com estrutura similar à medicina da família implantada em Cuba e com assessoria de técnicos cubanos, também influíram na decisão do Ministério da Saúde de criar o PSF. Nesse momento inicial, o referido Programa não representava uma proposta de substituição do PACS e sua implantação privilegiava áreas de maior risco social.

A Saúde da Família, desenhada inicialmente como um programa, passou a ser considerada pelo Ministério da Saúde como uma estratégia estruturante dos sistemas municipais de Saúde, visando à reorientação do modelo de atenção e a uma nova dinâmica da organização dos serviços e ações de saúde.

A mudança de denominação para Estratégia Saúde da Família está relacionada à necessidade de afirmação de sua proposta de organização, gestão e práticas de saúde com modos de operar os princípios e diretrizes do SUS, superando a idéia de programa, ou seja, de ações com tempo determinado para iniciar e finalizar (BRASIL, 2003).

Em 1997, o PSF passa a ser apresentado como proposta de reorientação do modelo assistencial, em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), já sendo considerado como modelo substitutivo da rede básica tradicional.

A respeito, afirma Leucovitz e Garrido (1996):

Saúde da Família não é uma estratégia paralela na organização de serviços, mas uma proposta substitutiva de reestruturação do modelo [...]. A importância estratégica do PSF está justamente no fato dele conseguir substituir a porta de entrada do sistema por uma outra interface, que não seja isolada do restante do sistema [...]. Tecnicamente a unidade de saúde da família passa a ser a porta de entrada do sistema com a oferta de uma atuação sanitária que incorpora a atenção médica tradicional a uma lógica efetivamente de promoção à saúde.

O fato da Estratégia de Saúde da Família servir como porta de entrada para o sistema é mais do que uma simples modificação de fluxo, constitui-se como uma nova forma de estruturação da demanda, reorganizando a atenção básica (KLUTHCOVSKY, 2005).

Segundo Viana & Dal Poz (1998), o PSF é considerado por vários autores como uma estratégia de reforma incremental do SUS, por apontar modificações importantes nas formas de alocação de recursos e remuneração das ações de saúde e de organização dos serviços e das práticas assistenciais no plano local.

Inicialmente o PSF ficou sob responsabilidade da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), com a criação da Coordenação de Saúde da Comunidade (COSAC), que agregou também a gerência do Programa de Agentes Comunitários (RONCALLI, 2002).

Em 1995 o Programa foi transferido para a Secretaria de Assistência à Saúde (SAS), onde foram iniciadas as discussões em torno do teto e das condições de acesso de incentivos financeiros para o programa (LUNARDELO, 2004).

Com a implementação da NOB 01/96, no início de 1998, foram criados os incentivos para o PACS e PSF. A partir de então, o PSF apresentou um notável crescimento, contando hoje com 28.452 equipes de Saúde da Família em todo o Brasil. A meta do Ministério da Saúde é ampliar a cobertura populacional para 70 %, em todas as classes, até 2011.

Num cenário de implementação do Sistema Único de Saúde, o Programa de Saúde da Família surge com o objetivo redirecionar o modelo de atenção à saúde existente, tomando por base a experiência do Programa de Agentes Comunitários de Saúde.

O PSF é concebido como uma estratégia que tem como prioridade as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família, de forma contínua e integral. Objetiva a reorganização da prática assistencial em substituição às práticas centradas na rede hospitalar e orientadas para o controle da doença.

Tem como alvo a substituição do modelo tradicional de assistência à saúde historicamente caracterizado como atendimento da demanda espontânea, hospitalocêntrico, curativo, de alto custo, sem estabelecer redes hierarquizadas complexidade, com baixa resolutividade e no qual a equipe de saúde não estabelece vínculos de cooperação e coresponsabilidade com a comunidade.

A formulação da Estratégia Saúde da Família incorporou os princípios básicos do SUS, desenvolvendo-se a partir da Equipe de Saúde da Família composta por no mínimo um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde, sendo, este último, morador da comunidade em que irá atuar.

A Equipe de Saúde da Família desenvolve suas atividades a partir de uma Unidade de Saúde da Família (USF), considerada como o primeiro nível de atenção, devendo estar integrada a uma rede de serviços dos diversos níveis de complexidade, formando um sistema de referência e contra-referência que garanta resolutividade e permita o acompanhamento dos pacientes (BRASIL, 2001). A seguir, é possível observar o fluxo do atendimento realizado nas Unidades de Saúde da Família (Figura 2.).

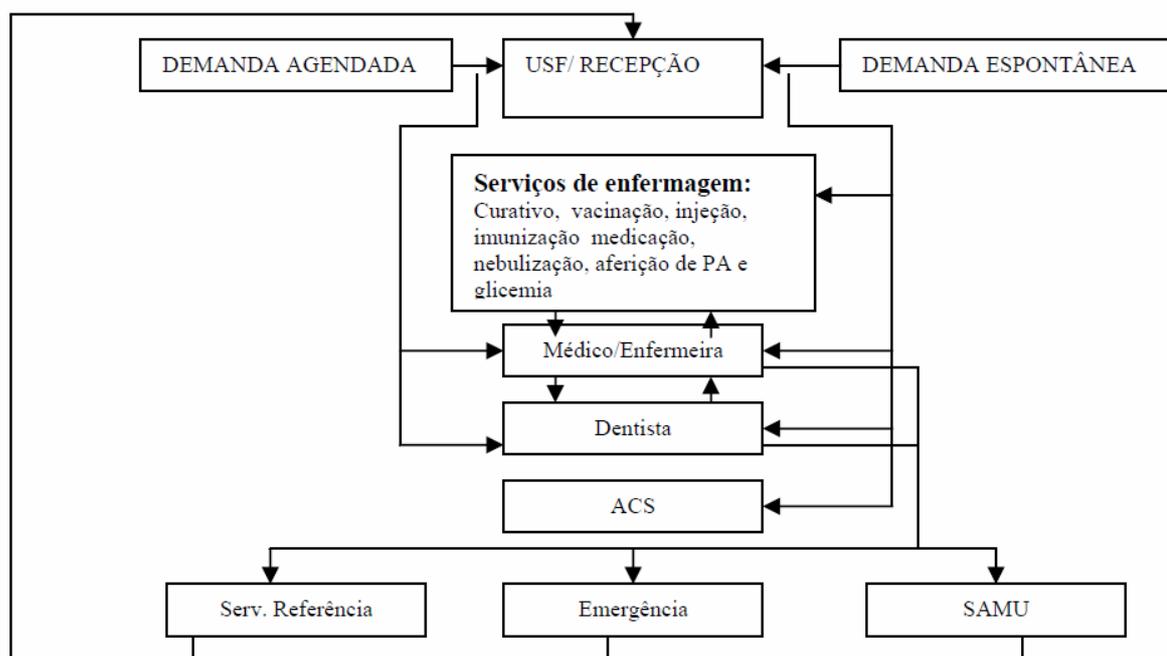


Figura 2. Fluxograma de atendimento na USF.

Fonte: Azevedo (2007).

Uma USF pode atuar com uma ou mais equipes de profissionais, a depender da área de abrangência e do número de habitantes vinculados a esta unidade. É recomendado que cada Equipe de Saúde da Família assista de 600 a 1.000 famílias, o que corresponde de 2.400 a 4.500 habitantes, no máximo. Cada Agente Comunitário de Saúde da equipe deve acompanhar, aproximadamente, 150 famílias, dependendo da facilidade de acesso à USF e da densidade populacional, ficando responsável por uma micro-área onde residem de 440 a 750 pessoas (BRASIL, 2000).

A Equipe de Saúde da Família é responsável pela programação de atividades para enfrentar os determinantes do processo saúde/doença, através do desenvolvimento de ações educativas, relacionadas com os problemas de saúde identificados, e da prestação da assistência integral às famílias sob sua responsabilidade, no âmbito da Atenção Básica⁵.

No que diz respeito ao desenvolvimento das atividades, é de responsabilidade da Equipe de Saúde da Família conhecer, cadastrar e acompanhar as famílias do território de

⁵ Atenção Básica foi definida como “um conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de Saúde, voltadas para a promoção da saúde, a prevenção dos agravos, o tratamento e a reabilitação” (BRASIL, 1999).

abrangência⁶, assim como, identificar e avaliar as situações de risco e os problemas de saúde existentes na comunidade.

Diante das especificidades locais deste território de abrangência, o bom andamento das responsabilidades descritas acima se torna um desafio constante, principalmente no caso de políticas públicas que possuem a territorialização como um dos pressupostos básicos, como é o caso da ESF. Desta forma, é de suma importância o empreendimento de uma análise a respeito do conceito de território e como ele tem sido empregado nos serviços de saúde e particularmente na Estratégia de Saúde da Família.

2.3 O TERRITÓRIO NA LÓGICA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Com o processo de Reforma Sanitária Brasileira e a idealização do Sistema Único de Saúde houve uma ampla discussão a respeito do funcionamento dos serviços de saúde e, por conseqüência, da base territorial na qual estes serviços estavam estabelecidos. Tal fato implicou numa maior atenção sobre os critérios utilizados para a delimitação de territórios nesta área.

Neste contexto, observou-se que para atingir de forma adequada distintos grupos populacionais com diversas características epidemiológicas, econômicas e sociais seria indispensável a definição de uma base territorial que fosse capaz de trazer uma melhor compreensão a respeito das necessidades locais da população.

O estabelecimento dessa base territorial é um passo básico para a caracterização da população e de seus problemas de saúde, bem como o dimensionamento do impacto do sistema sobre os níveis de saúde dessa população e, também, para a criação de responsabilidade entre os serviços de saúde e sua população adscrita (UNGLERT, 1999).

A detecção das desigualdades existentes, através de critérios básicos para a territorialização, implica em uma melhor ação em cima dos problemas averiguados bem como o estabelecimento de condições para um sistema equitativo em saúde (UNGLERT, 1999).

⁶ Corresponde a área de responsabilidade de uma unidade de saúde, constituída por aglomerados de setores censitários e baseada em critérios de acessibilidade geográfica e de fluxo da população (UNGLERT, 1999).

No Sistema Único de Saúde o conceito de território é trabalhado mais sob o ponto de vista político-administrativo, através das divisões territoriais utilizadas, tais como o município, distrito sanitário e a área de abrangência.

Vale salientar que esse entendimento meramente administrativo do território acaba reduzindo o seu potencial de intervenção e reconhecimento dos problemas de saúde. O território do distrito sanitário ou do município representa muito mais do que simplesmente o espaço político-operativo do sistema de saúde, ele é caracterizado por uma população específica, que vive em tempo e espaço determinados, com problemas de saúde distintos e que interage com os gestores das diferentes unidades prestadoras de serviços de saúde. Esse espaço abarca, deste modo, além de uma extensão geométrica, um perfil demográfico, social, cultural, tecnológico, político, administrativo e epidemiológico que o caracteriza como um território em constante construção (MONKEN; BARCELLOS, 2005).

O território é, ainda, conseqüência de um acúmulo de conjunturas históricas, ambientais, sociais que geraram condições particulares para o surgimento de doenças. A identificação desse território é o passo inicial para a caracterização da população e de seus problemas de saúde, assim como para averiguar do impacto dos serviços sobre os níveis de saúde dessa população. Possibilita, também, o desenvolvimento de uma conexão entre os serviços de saúde e as categorias de análise de cunho geográfico (PEREIRA; BARCELLOS, 2006).

As diferenças territoriais interferem, até mesmo, na equidade em saúde, visto que a distribuição dos serviços é fator condicionante do acesso (oferta), bem como a distância para o atendimento e as condições sócio-econômicas da população, que compõem a acessibilidade geográfica (consumo dos serviços) (OLIVEIRA; MENDES, 1995).

Portanto, o território na saúde deve ser compreendido, assim como afirma Monken (2008), como um suporte da organização dos serviços e práticas em saúde; suporte da vida da população; território da conformação dos contextos que explicam a produção dos problemas de saúde e bem estar; como o território da responsabilidade e da atuação compartilhada.

Examinada a aplicação deste conceito nos serviços de saúde, cabe neste momento um aprofundamento de como o território tem sido analisado e debatido na geografia, para assim, entender a sua importância na Estratégia de Saúde da Família, objeto de análise neste trabalho.

2.3.1 BREVE EVOLUÇÃO DESTE CONCEITO

As categorias de análise território e espaço são de grande importância para a compreensão da vida cotidiana. Carregam uma variedade de concepções, podendo-se observar até mesmo o descuido de ambas serem empregadas para se tratar dos mesmos sentidos.

Raffestin (1993) aponta para o fato de que, nas últimas décadas, os geógrafos têm tratado com mais frequência da categoria território, o que não ocorria anteriormente, quando os debates giravam em torno do conceito de espaço.

Claval (1999), também se refere a esta tendência recente das ciências humanas no estudo do território. Este fato indica o seu caráter essencial para a análise da sociedade contemporânea, tendo em vista as intensas modificações ocorridas a partir da segunda metade do século passado.

O geógrafo franco-suíço Raffestin, um dos pioneiros na abordagem do território, destaca em sua obra a sua compreensão sobre o conceito de espaço geográfico, entendendo-o como substrato, um palco, preexistente ao território. A esse respeito o autor assim se pronuncia:

É essencial compreender bem que o espaço é anterior ao território. O território se forma a partir do espaço, é o resultado de uma ação conduzida por um ator sintagmático (ator que realiza um programa) em qualquer nível. Ao se apropriar de um espaço, concreta ou abstratamente [...] o ator “territorializa” o espaço. (RAFFESTIN, 1993).

Na obra de Raffestin, o conceito de território é permeado pelo viés jurídico vinculado ao poder estatal e/ou a delimitação político-administrativa. Logo, o território vincula-se ao substrato concreto, ou seja, a base física. Segundo o autor, espaço e território se diferenciam pelas relações de poder. Dentro desta concepção, o território seria, portanto:

[...] um espaço onde se projetou um trabalho, seja energia e informação, e que, por consequência, revela relações marcadas pelo poder. (...) o território se apóia no espaço, mas não é o espaço. É uma produção a partir do espaço. Ora, a produção, por causa de todas as relações que envolve, se inscreve num campo de poder [...] (RAFFESTIN, 1993).

Rückert e Misoczky (2002), comentando as concepções de Raffestin sobre a produção do espaço, indicam que o território não é um objeto no sentido do espaço, mas

um processo em perpétua evolução e transformação segundo escalas temporais particulares. Os atores sociais "produzem o território, partindo da realidade inicial dada, que é o espaço. Há, portanto, um 'processo' do território quando se manifestam todas as espécies de relações de poder, que se traduzem por malhas, redes e centralidades" (RAFFESTIN, 1993).

Para este autor, o espaço é a matéria-prima do território, preexiste a qualquer ação intencional de determinado ator que dele procure se apropriar. Considerando-se a apropriação decorrente das relações de poder, ao se materializar no espaço, o humaniza.

Contrapondo as idéias de Raffestin, Marcelo José Lopes de Souza (2001) considera que:

Raffestin não chega a romper com a velha identificação do território com o seu substrato material, [...], a diferença é que Raffestin não se restringe ao "solo pátrio", ao *Boden* ratzeliano. Essa materialização do território é tanto mais lamentável quando se tem em mente que Raffestin pretendeu desenvolver uma abordagem relacional adequada à sua Geografia do poder, entendida de modo frutiferante mais abrangente do que como uma Geografia do Estado. Ao que parece, Raffestin não explorou suficientemente o veio oferecido por uma abordagem relacional, pois não discerniu que o território não é o substrato, o espaço social em si, mas sim um campo de forças, as relações de poder espacialmente delimitadas e operando, destarte sobre um substrato referencial. (sem sombra de dúvida pode o exercício do poder depender muito diretamente da organização espacial, das formas espaciais, mas aí falamos dos trunfos espaciais da defesa do território, e não do conceito de território em si).

Para Souza (2001), o território não está associado apenas ao poder do Estado, mas também à cultura por meio dos membros da coletividade que também não deixam de exercer poder. O território seria, desta forma, uma complexa rede de relações sócio-espaciais.

Souza (2001) salienta ainda que o território é um espaço definido e delimitado por e a partir de relações de poder, e que o poder não se confunde com violência e dominação. Sendo assim, o conceito de território deve abarcar mais que o território do Estado-Nação.

Propõe o conceito de território autônomo como uma alternativa de desenvolvimento. A autonomia constitui, em seu entendimento, a base do desenvolvimento, este encarado como processo de auto-instituição da sociedade rumo a uma maior liberdade e menor desigualdade. Sendo assim:

Uma sociedade autônoma é aquela que logra defender e gerir livremente seu território [...] Uma sociedade autônoma não é uma sociedade sem poder [...] No entanto, indubitavelmente, a plena autonomia é incompatível com a existência de um “Estado” enquanto instância de poder centralizadora e separada do restante da sociedade. (SOUZA, 2001).

Saquet (2004) esclarece que, apesar das críticas de Souza (2001) às obras de Ratzel e Raffestin, seu entendimento de território apóia-se na obras destes.

O mesmo autor ainda empreende um resgate das diversas interpretações do conceito de território, considerando as três vertentes mencionadas por Haesbaert (jurídico-política, econômica e cultural), como sendo essenciais para se fazer as interligações necessárias.

Mesmo salientando a importância da interligação entre as diversas vertentes, Saquet enfatiza os aspectos econômicos e políticos, além de fazer uma relação com a vertente cultural.

Contudo, além das vertentes econômicas, políticas e culturais, Saquet também considera a vertente da natureza, que sempre estará presente dentro do território. De acordo com o autor, a natureza está no território, é dele indissociável.

Ainda acerca deste debate, Haesbaert (2006) reúne várias abordagens do conceito de território em três concepções. A primeira *Política*, na qual o território vincula-se ao poder, na maioria das vezes ao poder institucional (Estado); na segunda linha a *Cultural*, em que as representações e relações simbólicas de grupos são levadas em consideração e; na terceira, a *Econômica* na qual se destacam as relações econômicas.

Haesbaert (2002) identifica uma multiterritorialidade reunida em três elementos: os territórios-zona, os territórios-rede e os aglomerados de exclusão. Para o autor, nos territórios-zona prevalece a lógica política; nos territórios-rede prevalece a lógica econômica e nos aglomerados de exclusão ocorre uma lógica social de exclusão sócio-econômica das pessoas.

Milton Santos também traz importantes contribuições para a construção do conceito de território. Santos (2002) salienta a importância de se compreender a categoria território, uma vez que, para o autor, é na base territorial que tudo acontece, mesmo as configurações e reconfigurações mundiais influenciando o espaço territorial.

Segundo Santos (1985), a periodização da história é que define como será organizado o território, ou seja, o que será o território e como serão as suas configurações econômicas, políticas e sociais. A formação do território é algo externo ao território.

Santos (1996) também faz uma diferenciação acerca dos conceitos de território e espaço, nomeando o território como configuração territorial e definindo-o como o todo. Quanto ao espaço, é conceituado como a totalidade verdadeira, semelhante a um matrimônio entre a configuração territorial, a paisagem e a sociedade. Para o autor:

Podem as formas, durante muito tempo, permanecer as mesmas, mas como a sociedade está sempre em movimento, a mesma paisagem, a mesma configuração territorial, nos oferecem, no transcurso histórico, espaços diferentes. (SANTOS, 1996).

Estes espaços diferentes são resultantes das articulações entre a sociedade, o espaço e a natureza. Assim, o território poderá adotar espacialidades particulares, conforme há o movimento da sociedade, nos seus múltiplos aspectos: sociais, econômicos, políticos, culturais e outros.

Para Santos (2002), a formação do território perpassa pelo espaço e a forma do espaço é encaminhada segundo as técnicas vigentes e utilizadas no mesmo. O território pode ser distinguido pela intensidade das técnicas trabalhadas, bem como pela diferenciação tecnológica das técnicas, uma vez que os espaços são heterogêneos. Configura-se pelas técnicas, pelos meios de produção, pelos objetos e coisas, pelo conjunto territorial e pela dialética do próprio espaço.

Por sua vez, Manuel Correia de Andrade (1995), faz uma análise da questão do território no Brasil, trabalhando o conceito de território com uma abordagem profundamente política e econômica de ocupação do espaço.

A exemplo de Raffestin, a idéia de poder é uma constante na análise do território realizada por Andrade:

O conceito de território não deve ser confundido com o de espaço ou de lugar, estando muito ligado à idéia de domínio ou de gestão de uma determinada área. Deste modo, o território está associado à idéia de poder, de controle, quer se faça referência ao poder público, estatal, quer ao poder das grandes empresas que estendem os seus tentáculos por grandes áreas territoriais, ignorando as fronteiras políticas. (ANDRADE, 1995).

Em sua obra, Andrade (1995) distingue território de espaço. O território associa-se mais à idéia de integração nacional, de uma área efetivamente ocupada pela população, pela economia, a produção, o comércio, os transportes, a fiscalização etc. É no território que as relações capitalistas se fazem presentes. Já o espaço é mais amplo que o território, abrangendo também as áreas vazias que ainda não se territorializaram, isto é, que ainda não foram ocupadas efetivamente. Desta forma, o espaço é mais amplo que o território, englobando-o. É uma área delimitada geograficamente e administrativamente pelas suas fronteiras.

O território seria, portanto, a base da análise que possibilita uma visão totalizadora dos determinantes, fatores de risco, agravos e danos à saúde. Vale ressaltar que a atuação em uma base territorial no campo da saúde exige a adaptação de equipes que estejam organicamente vinculadas às comunidades e famílias, com um novo olhar sobre os processos de saúde e doença, como o que é proposto na Estratégia de Saúde da Família. Uma melhor compreensão deste conceito pode interferir na possibilidade de alcançar maior efetividade nas ações do campo da atenção básica.

2.3.2 TERRITÓRIO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

A territorialização é um dos pressupostos contidos no ideário da ESF. Bases territoriais tais como a área de abrangência das unidades de saúde, área de atuação da equipe de saúde da família e dos agentes de saúde são delimitações que seguem os princípios da regionalização e hierarquização, propostos pelo SUS.

Assim como afirmam Pereira e Barcellos (2006), a noção deste conceito adquire significados distintos e complementares: de demarcação de limites das áreas de atuação; obtenção de informações a respeito da população, do ambiente, e dinâmica social existente nessas áreas; e de estabelecimento de relações horizontais com outros serviços contíguos e verticais com os centros de referência.

O território assume, ainda, nas palavras de Bitoun (2000) três funções básicas na Estratégia de Saúde da Família: o território de escuta, no qual se obtém as informações necessárias para que a equidade seja alcançada; o território de administração, onde se busca a articulação com outros territórios, instituições e equipamentos que possam

disponibilizar recursos mais complexos; e o território de realizações, onde a prestação dos serviços no espaço vivido é materializada.

Toda Unidade de Saúde da Família (USF) trabalha com a definição de território de abrangência, que seria a área de atuação dos profissionais que trabalham nesta unidade. É de responsabilidade da Equipe de Saúde da Família o cadastramento e acompanhamento da população que está vinculada a esta área, através da promoção, da prevenção, recuperação e reabilitação dos agravos mais frequentes.

Assim, as equipes locais devem trabalhar exercendo o papel de coordenação das ações de saúde em cada micro-área do município. São estes os responsáveis pelo atendimento primário, pela decisão de se acessar os recursos disponíveis no sistema municipal de saúde e de outras instâncias para atender aos problemas detectados.

A adscrição é o termo utilizado para descrever o território que está sob a responsabilidade a Equipe de Saúde da Família. Este é um dos requisitos fundamentais para a instalação de uma Unidade de Saúde da Família, já que é através da adscrição da população que é realizada a delimitação da área de abrangência, bem como o diagnóstico e características gerais do local. O que também é ratificado na entrevista com uma das gerentes de território: “Essa coisa do PSF atender uma população adscrita, de atender aquele número “x” de pessoas, a equipe consegue atender a particularidade de cada caso e isso é fundamental, porque você consegue acompanhar mais de perto”.

A adscrição da clientela tem o critério geográfico como base para a sua delimitação, o que permite esquadrihar os problemas econômicos e sociais, bem como o perfil epidemiológico dos espaços onde vivem os cidadãos sob a responsabilidade de cada uma das Equipes de Saúde da Família. Sendo assim, o conhecimento da base territorial é de suma importância (SILVA, 2003).

De acordo com os documentos oficiais, a definição desta área deve seguir os critérios populacionais e as especificidades do território em questão para que esta divisão atenda de forma eficiente as necessidades da população usuária.

Na prática, contudo, entre os critérios propostos o único que é efetivamente utilizado para a implantação de uma USF é o critério populacional, sem levar em consideração as peculiaridades e contrastes sócio-espaciais observados em cada comunidade. Isto indica uma divergência entre as informações repassadas pelo Ministério da Saúde e o que de fato é adotado.

Quando os recortes territoriais são baseados apenas na quantidade de população, sem que haja uma caracterização destes territórios, é bem possível que a eficácia das ações seja prejudicada.

Na Estratégia de Saúde da Família, há realmente uma preocupação no sentido de operacionalizar o conceito de território, entretanto, na prática não existe a intenção de se discutir mais profundamente os múltiplos sentidos que este conceito pode ter, o que acaba por reduzir a sua possibilidade de realizar maiores avanços. O entendimento de território por parte dos técnicos e usuários do sistema de saúde tende a influenciar a maneira como esse território será incorporado à prática de suas ações (PEREIRA; BARCELLOS, 2006).

Quando se considera um determinado local delimitado pela ESF pode-se falar de uma configuração territorial que tem determinados atributos. Essas características, naturais ou elaboradas pelo homem, dão feição ao ambiente, que por sua vez influi no processo saúde-doença da população. O reconhecimento dessa relação é um passo importante para a incorporação de conceitos e práticas da geografia na ESF. O território, neste caso, seria mais que um depósito de atributos da população, mas também o lugar da responsabilidade e da atuação compartilhada (PEREIRA; BARCELLOS, 2006).

É notório e conhecido que a Estratégia de Saúde da Família tem a sua atuação voltada para a saúde das famílias, porém isto não implica dizer que o ambiente onde estas famílias vivem deve ser desconsiderado. “Potencialmente, esses territórios, têm a vantagem de captar e manter atualizados dados demográficos, epidemiológicos, e de condições de vida inclusive ambientais” (PEREIRA; BARCELLOS, 2006).

É este o diferencial que faz da ESF tão eficaz no combate à mortalidade infantil. Nela a criança é observada no seu local de vivência, com todas as características e especificidades que este território pode apresentar e que são de suma importância para a prevenção e detecção de doenças.

CAPÍTULO 3

CARACTERIZAÇÃO DA SAÚDE NO RECIFE: A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E A ATENÇÃO MATERNO-INFANTIL



3. CARACTERIZAÇÃO DA SAÚDE NO RECIFE: A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E A ATENÇÃO MATERNO-INFANTIL

O Recife, capital do estado de Pernambuco, situa-se no litoral oriental da Região Nordeste do Brasil. Ocupa 219 km², correspondendo a 0,2% da área total do Estado. Apresenta uma diversificação de ambientes como morros, planícies, estuário e praia, sendo seu ponto mais alto inferior a 100 metros (BITOUN; BARRETO, 1996).

Surgiu em 1537 como uma aldeia de pescadores e incorporou atividades portuárias, sofrendo várias mutações no decorrer de sua história (REZENDE, 2002). Nas Figuras 3 e 4, é possível observar a evolução da paisagem urbana do Recife.



Figura 3. Tela de Frans Post: vista do porto do Recife a partir de Olinda, século XVII.

Fonte: <www.longoalcance.com.br>



Figura 4. Vista do porto do Recife a partir de Olinda, século XX – 1996.

Fonte: <www.longoalcance.com.br>.

No seu processo de urbanização foram marcantes as transformações econômicas, sociais, políticas e culturais que transcorreram em vários níveis durante a construção do espaço urbano (GUIMARÃES, 2003).

A cidade do Recife cresceu através das atividades ligadas ao porto e às fábricas açucareiras. Além disso, sua favorável posição geográfica possibilitou, entre outros fatores, o desenvolvimento comercial e industrial da cidade.

É em decorrência das atividades canavieiras que surgiram nas planícies recifenses uma maior disparidade entre os grupos populacionais dependentes dessas atividades. Ainda

neste período, originaram-se, também, os problemas econômicos, sociais e educacionais atualmente tão visíveis na cidade do Recife. Sobre estes fatos coloca Bezerra (1965):

É natural e mesmo lógico que, dentro de condições assim, dois grupos sociais se formassem. Um, minoria senhorial, doutorada e sempre privilegiada. Privilégios de sesmarias, de títulos, de comendas, de fabricantes de açúcar sem o fabricar, de casa grande e sobrados. Com o dinheiro farto e, principalmente dispondo de escolas. O outro, maioria nascida preada, caçada, desterrada, recalçada e explorada. Sem privilégio de espécie alguma durante séculos. Dependendo da bondade do senhor. Plantando cana, morando em mocambo, esperando escolas.

Após a segunda Grande Guerra, o Recife passou a receber um maior incremento populacional, isto em decorrência da ampliação das oportunidades de trabalho nas indústrias e comércio, assim como pela piora das condições de vida no campo, surgindo assim, condições favoráveis à concentração da classe desfavorecida nos mangues dos alagados.

Com o inchaço populacional da planície e valorização da terra, iniciou-se um processo de aterramento e loteamento dos mangues, provocando a expulsão de milhares de famílias mocambeiras e o enriquecimento de um seletos grupo com a venda das terras (Figuras 5. e 6.).

Esta vasta zona ficou muito tempo sem interesse comercial ou industrial para a classe privilegiada. Somente muito depois, quando a cidade se foi desenvolvendo e a área sólida diminuindo, é que ele lançou os seus olhos gulosos sobre a lama dos mangues. Começou então a expulsar os caranguejos, os siris e os mocambeiros, sem maiores preocupações que a de aumentar os seus haveres. Enquanto isto não ocorreu, as famílias mais miseráveis, mais incultas, foram se arrumando nele. Arrumação desordenada, livre, cujo chão não lhes era disputado ou desejado por pessoas socialmente mais fortes (BEZERRA, 1965).



Figura 5. Mocambos no Recife.

Fonte: Museu da Cidade do Recife



Figura 6. Mocambos no Recife.

Fonte: Museu da Cidade do Recife

Bezerra (1965), ainda a este respeito, afirma que, quando expulsa das áreas centrais, esta população passou a se estabelecer nas periferias e áreas de morros, tão inadequadas quanto as primeiras. Entretanto, ainda restaram no Recife áreas onde seus moradores resistiram ao processo de expulsão.

Estes fatores implicaram na atual situação em que se encontra o Recife, apresentando-se como uma cidade heterogênea, com grandes desigualdades sociais e onde, diferentemente de outras grandes cidades brasileiras, a segregação geográfica não foi completa: populações de diferentes condições de vida convivem lado a lado com outras que possuem condições mínimas de sobrevivência (BITOUN; BARRETO 1996).

Para refletir sobre o padrão das desigualdades territoriais existentes no Recife optou-se pelo estudo mortalidade infantil. Este é um indicador que reflete as condições de saúde de uma localidade, e sofre forte influência dos níveis de educação, renda, moradia, e de fatores relacionados à infra-estrutura urbana.

O Coeficiente de Mortalidade Infantil, além de demonstrar mais marcadamente as diferenças locais existentes nesta cidade, ainda, se apresenta como um indicador que permite avaliar a capacidade que tem a Estratégia de Saúde da Família em minimizar os efeitos, na saúde, das limitações econômicas e sociais nas quais estas crianças estão inseridas.

Para que tal análise seja empreendida, a seguir é realizado um estudo sobre o desenvolvimento da atenção à saúde na cidade do Recife, avaliando como a Estratégia de Saúde da Família vem evoluindo neste município.

3.1 ASPECTOS GERAIS DA ATENÇÃO À SAÚDE NA CIDADE DO RECIFE

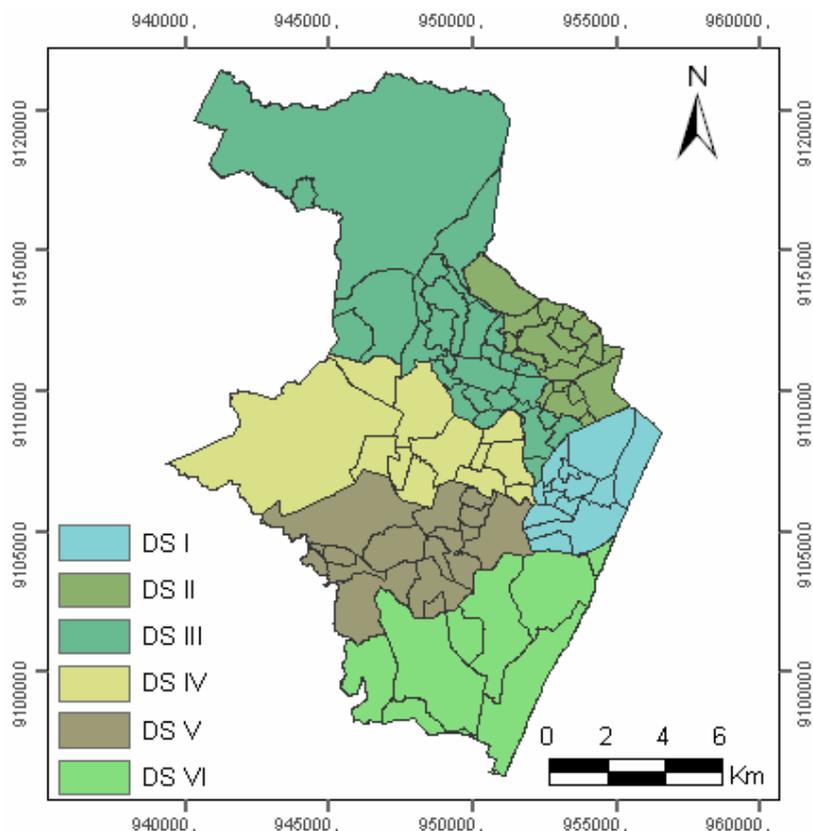
O Recife é o município pernambucano onde está localizada a grande maioria dos serviços públicos de referência do estado, apresentando uma maior complexidade do sistema de atenção à saúde.

Uma expressiva parcela da população de outros municípios da Região Metropolitana e até do interior do estado se dirigem à cidade do Recife em busca de serviços de maior complexidade, mas também de ações básicas de saúde.

Durante a década de 1990 o Recife passou por uma grande expansão no setor privado de saúde, tornando-se o segundo maior pólo do país em atenção médica especializada e de tecnologia de ponta.

No setor público houve também um incremento, principalmente no que diz respeito à atenção básica, com a implantação do PACS e PSF. O processo de municipalização das instituições de saúde pública e ampliação do serviço de maior complexidade vêm impulsionando o município.

A gestão da saúde na cidade do Recife tem como *locus* do planejamento os Distritos Sanitários (Mapa 2.), onde estão contidos todos os tipos de atenção de saúde dos níveis primários e secundários da assistência (SILVA, 2003).



Mapa 2. Mapa da distribuição dos Distritos Sanitários na cidade do Recife-PE.

Fonte: FIDEM/UNIBASE- 2000. DES./ED.GRAF.: a autora.

A proposta pensada para a integralidade das ações está diretamente vinculada ao desenvolvimento da prática de vigilância da saúde, de forma a garantir a organização da atenção à saúde baseada nas necessidades efetivas da população e não apenas de demandas espontâneas (SILVA, 2003).

No que diz respeito à situação de saúde, no Recife, observa-se uma sobreposição de perfis epidemiológicos, com doenças, óbitos e agravos ligados tanto ao “atraso”, como à “modernidade” (MELO FILHO, *apud* GUIMARÃES, 2003).

Estão enquadradas na primeira categoria as doenças infecciosas e parasitárias que, apesar da diminuição em suas taxas de mortalidade, ainda apresentam uma expansão de antigos males como dengue, tuberculose, hanseníase, filariose, raiva, doença meningocócica, AIDS. As altas taxas de mortalidade feminina por câncer de colo uterino e por causas ligadas à gestação, ao parto e ao puerpério, também são agravos diretamente atrelados ao “atraso” (GUIMARÃES, 2003).

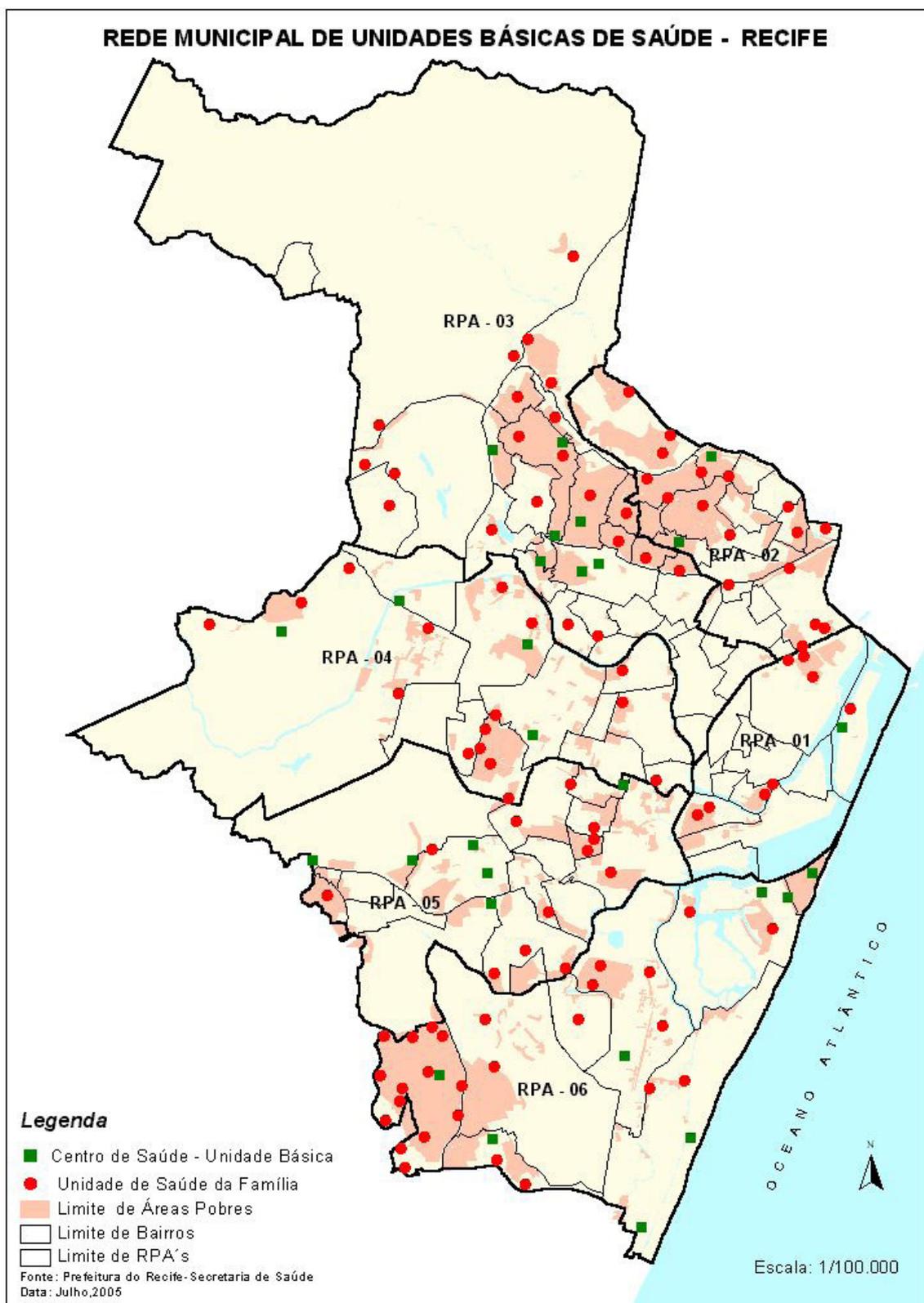
Nos eventos identificados com a “modernidade”, encontram-se as doenças do aparelho circulatório como principal causa de óbito em maiores de 50 anos (MELO FILHO, *apud* GUIMARÃES, 2003).

A organização dos serviços de saúde neste município segue os princípios propostos pelo Sistema Único de Saúde, e, segundo o Plano Municipal 2006 – 2009, o modelo de atenção à saúde no Recife “busca a ampliação do acesso às ações e serviços de qualidade, prioritariamente para as populações mais necessitadas (inclusão social)”. Isto sem perder de vista a universalidade do acesso e atenção integral na saúde, buscando a melhoria da qualidade de vida de toda a população (RECIFE, 2005).

Para garantir a aplicabilidade do princípio da integralidade, a rede municipal de saúde vem priorizando programas como PACS e ESF onde são empreendidas ações intensificadas em áreas de maior risco.

Tal fato fica bem evidenciado no mapa 3, a seguir, onde é possível observar a distribuição da rede municipal de unidades básicas de saúde sobre as Áreas Pobres (AP)⁷ do Recife. Esta coincidência revela que a expansão da ESF vem ocorrendo prioritariamente em áreas com maiores índices de pobreza.

⁷ São áreas habitadas por população de baixa renda, cadastradas pela URB-Recife em 1988. Apresentam padrão construtivo majoritariamente de baixa qualidade ou precário e localizam-se em terrenos de particulares, públicos ou em áreas não apropriadas para a construção (RECIFE, 2005).



Mapa 3. Rede Municipal de Unidades Básicas de Saúde – Recife.

Fonte: Plano Municipal de Saúde 2006-2009 - SEPLAN-SS.

A rede assistencial de saúde na cidade do Recife possui em sua composição serviços hospitalares, ambulatoriais, de suporte diagnóstico, Centros de Apoio Psicossocial (CAPS), residências terapêuticas, Academia da Cidade e o Samu (Serviço de Atendimento Médico de Urgência).

O município conta também com uma rede de serviços especializados, que, juntos, formam uma rede ambulatorial com um total de 202 unidades. Já a rede ambulatorial básica é composta por Unidades de Saúde da Família e Unidades Básicas Tradicionais (RECIFE, 2005).

A figura 7, abaixo, demonstra a organização destes serviços nos três níveis de atenção.

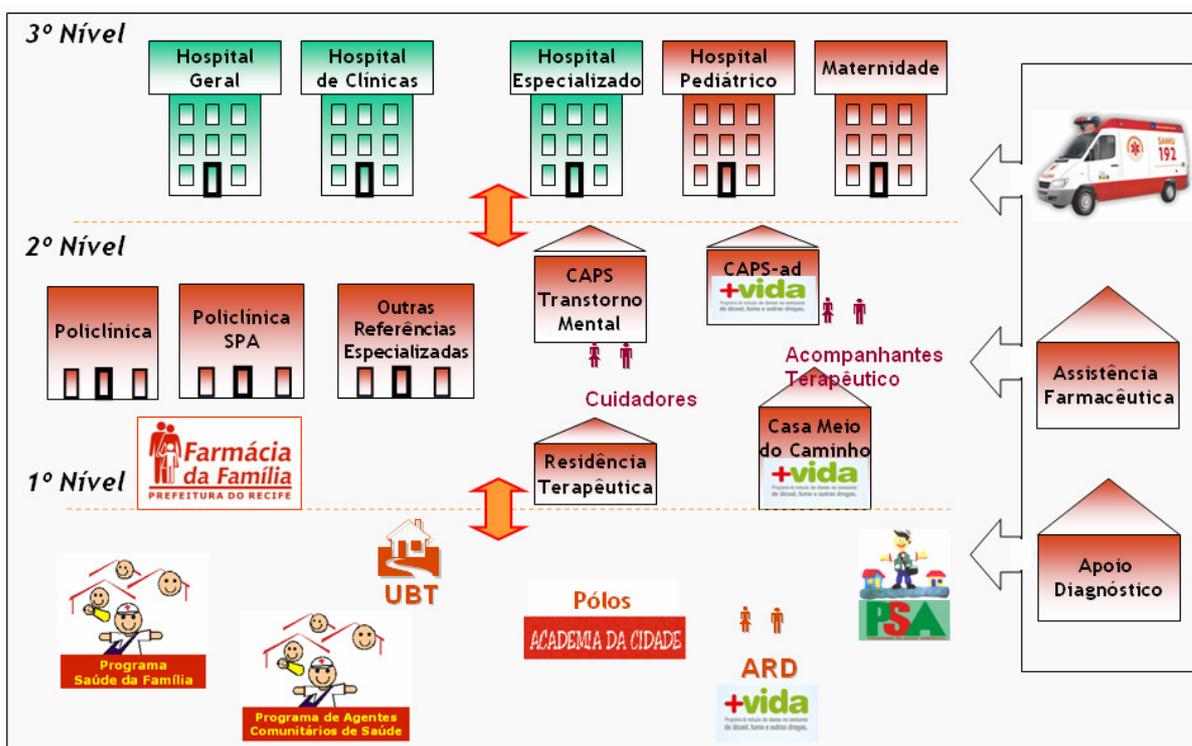


Figura 7. Modelo de Saúde do Recife.

Fonte: Distrito Sanitário IV. Recife/PE.

No Recife existe uma ampla rede hospitalar do SUS, são 8.037 leitos existentes, sendo 6.245 pertencentes ao SUS. Contudo, a maior parte das unidades e leitos encontrados no território municipal ainda está sob gestão estadual (RECIFE, 2005).

O processo de descentralização no Recife, iniciado em 1995, não contemplou as unidades de alta complexidade, que passam por um processo de municipalização desde 2005 e que ainda não foi finalizado (RECIFE, 2002).

A rede hospitalar do SUS-Municipal (conforme é demonstrado na tabela 1.), além de ser muito pequena não consegue atender a lógica do modelo de atenção proposto para o Recife, sobretudo em função da concentração de leitos psiquiátricos que representam 63,2% dos leitos municipais (RECIFE, 2005).

Número de Hospitais por Especialidade					
Prestador /Leitos	Geral*	Obstetrícia	Pediatria	Psiquiatria	Total
Unidades Municipais	-	3	2	-	5
<i>Nº de Leitos</i>	-	188	100	-	288
Prestadores Contratados	3	-	1	6	10
<i>Nº de Leitos</i>	350	-	74	1.224	1.748
Total de Hospitais	3	3	3	6	15
Total de Leitos	350	188	174	1.224	1.936

Tabela 1. Número de Hospitais e Leitos sob Gestão Municipal segundo Especialidades e Tipo de Prestador – Recife (2005).

Nota: * Total de leitos nas unidades (obstetrícia, clínica médica, cirurgia e pediatria).

Fonte: Plano Municipal de Saúde 2006-2009.

Devido ao número de hospitais e de leitos tanto na rede própria como na contratada pelo SUS-Estadual, o ajustamento da rede hospitalar à lógica do modelo municipal passa pela negociação com o gestor estadual para a municipalização de algumas unidades e, sobretudo, concretização do Comando Único, nos termos da NOAS-01/2002 (RECIFE, 2005).

Esta situação acaba por dificultar a adequação da rede hospitalar localizada no município à lógica do modelo municipal, dificultando a operacionalização da hierarquia da rede. Este aspecto fragiliza os mecanismos de referência e contra-referência que visam garantir uma assistência integral à população por meio da integração entre as ações de vigilância com a programação de ações nas unidades de saúde (RECIFE, 2002).

Apesar dos avanços já alcançados, eles parecem ainda distantes de produzir modificações expressivas no perfil de saúde da população, tendo em vista a acumulação ao longo dos anos de deficiências da atenção à saúde no município (GUIMARÃES, 2003).

3.1.1 A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

No Recife, o processo de implantação da Estratégia de Saúde da Família ocorreu de forma pioneira, visto que, desde 1993, já havia no município o PACS. Neste período, foram indicados pela liderança das comunidades 510 agentes, que deveriam ser pessoas mais carentes ou que tivessem algum engajamento comunitário ou em órgãos como a pastoral da criança e da saúde (PEREIRA, 2008).

Estes agentes foram capacitados e passaram posteriormente por uma seleção onde apenas parte deles foi aproveitada. Fato este que culminou com a efetivação do PACS no Recife, em 1994 (PEREIRA, 2001). Já no ano seguinte é implantado o PSF, que tinha como pré-requisito a escolha de comunidades onde anteriormente estivesse funcionando o PACS.

A partir de 2001, os profissionais que eram até então indicados por lideranças comunitárias, passaram a ser contratados por meio de seleção pública, e ainda permaneceram sem a garantia de estabilidade de funcionários efetivos, o que gerava insatisfação perante a classe (BEZERRA, BASTOS, BITOUN, 2007).

A estabilidade nos quadros administrativos nos quais trabalhavam só ocorreu em outubro de 2007 (RECIFE, 2007), após a regulamentação da profissão, com a aprovação das leis 10.507/2002 e 11.350/2006.

De acordo com os dados da Gerência de Atenção Básica (GAB), da Secretaria de Saúde, o Recife em 2000 possuía 16 Unidades de Saúde da Família, 27 Equipes de Saúde da Família (ESF) e 990 Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Até o final de 2008 esses números passaram, respectivamente, para 113, 240 e 1763. Nos anos que antecederam 2003, o município não havia implantado nenhuma Equipe de Saúde Bucal, hoje, já dispõe de 113 ESB.

No gráfico a seguir é possível visualizar esta evolução desde 1998 até 2008.

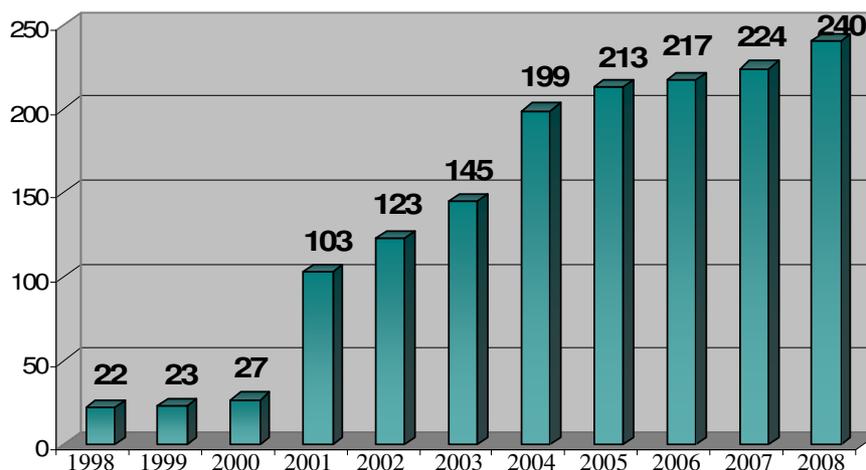


Figura 8. Gráfico do crescimento das Equipes de Saúde da Família no Recife (1998-2008).

Fonte: GAB e CNES.

Na VII Conferência Municipal de Saúde, foi proposta a meta de “ampliação da cobertura do PSF para 70% da população do Recife, até 2009” (RECIFE, 2005). Contudo, apesar do aumento expressivo na cobertura da Estratégia de Saúde da Família ocorrida nos últimos anos, atualmente, segundo informações da Gerência de Atenção Básica (GAB) do município, apenas 53% da população, cerca de 828 mil pessoas, encontra-se assistida por esse modelo de atenção (Tabela 2.).

Distrito	População Existente	População Coberta	% Cobertura
I	86.068	55.200	64
II	227.008	134.550	58
III	312.460	151.800	47
IV	278.837	131.100	46
V	273.842	106.950	38
VI	389.905	248.400	63
Total	1.568.120	828.002	53

Tabela 2. Cobertura da ESF por Distrito Sanitário. Recife -2008.

Fonte: GAB e CNES.

Isto não significa que o restante da população não tenha acesso ao sistema, o que ocorre é que, na maioria dos casos, essa entrada se dá por meio das unidades tradicionais, que totalizam 28 unidades básicas, além dos serviços especializados⁸.

O número de Unidades de Saúde da Família cresceu bastante de 2001 até os dias atuais (cerca de 600%), dado que expressa, do ponto de vista da cobertura populacional, um aumento considerável no acesso das pessoas ao Sistema.

O número de equipes nas unidades de saúde da família varia desde unidades compostas por apenas uma equipe, até aquelas compostas por quatro.

A quantidade de equipes de saúde bucal por equipe de saúde da família nas unidades também apresenta diferenças. Ainda há casos onde uma Equipe de Saúde Bucal se encontra responsável pela população atendida por 4 Equipes de Saúde da Família, quando o estabelecido pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2006) é de uma ESB por uma ou duas ESF.

Vem ocorrendo, no Recife, um aumento considerável nos investimentos financeiros para os programas de atenção básica (PACS e PSF), o que proporcionou um evidente crescimento do número de equipes de saúde da família em todos os Distritos Sanitários (Tabela 3.).

Distrito	USF	ESF	Nº ACS	Equipe de Saúde Bucal		
				Mod 1	Mod 2	Total
I	9	16	81	5	3	8
II	16	39	330	10	9	19
III	22	44	384	13	6	19
IV	19	38	272	16	5	21
V	15	31	262	9	7	16
VI	32	72	434	19	11	30
Total	113	240	1763	72	41	113

Tabela 3. Quantitativo das Unidades de Saúde da Família, Equipes de Saúde da Família, ACSs e Equipes de Saúde Bucal por Distrito Sanitário do Recife, até outubro de 2008.

Fonte: GAB e CNES

⁸ Unidades especializadas são aquelas que servem de “referência” para a atenção básica. Atendem a problemas que exigem uma tecnologia mais elevada em relação à atenção básica, como, por exemplo, serviços de pronto-atendimento, policlínicas, etc. (AZEVEDO, 2007).

Para que haja ampliação ou implantação de Equipes de Saúde da Família, em Pernambuco, são seguidos os procedimentos descritos no esquema exposto a seguir (Figura 9.):

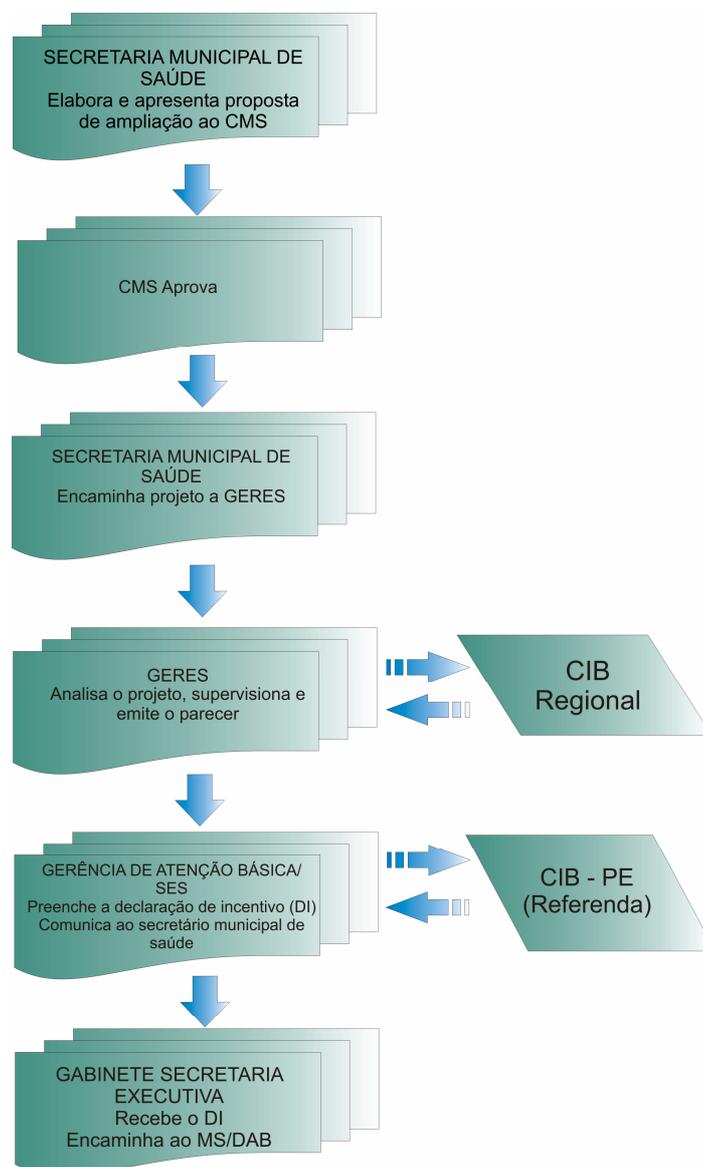


Figura 9. Fluxograma para implantação/ampliação de Equipe de Saúde da Família.

Fonte: Gerência da Atenção Básica/Recife/PE.

Vale destacar, no entanto, que esta ampliação por si só não é suficiente, podendo, inclusive se constituir em dificuldades para os níveis superiores da hierarquia assistencial, caso o foco fique restrito ao nível da atenção básica (AZEVEDO, 2007).

3.1.2 O PAPEL DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

O foco inicial do trabalho do Agente Comunitário de Saúde era a atenção materno-infantil, mas, com a implantação do PSF, seu papel foi ampliado, passando a atender a família como um todo, o que exigiu novas competências destes profissionais.

Tal fato implicou, inclusive, em maiores exigências para a seleção destes profissionais que eram anteriormente indicados pela liderança comunitária e que nos dias atuais são selecionados por meio de concurso público.

A tabela 4 demonstra a variação das exigências para o exercício do trabalho dos ACSs. Em 1997, o nível de escolaridade não era um requisito, era apenas necessário que o indicado soubesse ler e escrever.

Legislação	Requisitos para o exercício da profissão de ACSs
Portaria nº. 1886/GM Em, 18 de dezembro de 1997.	<ul style="list-style-type: none"> • Ser morador da área onde exercerá suas atividades há pelo menos dois anos; • Saber ler e escrever; • Ser maior de dezoito anos • Ter disponibilidade de tempo integral para exercer suas atividades.
Decreto nº. 3.189, De 4 de Outubro de 1999.	<ul style="list-style-type: none"> • O ACS deve residir na própria comunidade; • Ter espírito de liderança e de solidariedade • Preencher os requisitos mínimos a serem estabelecidos pelo Ministério da Saúde.
Lei nº. 10.507, De 10 de Julho de 2002.	<ul style="list-style-type: none"> • Residir na área da comunidade em que atuar; • Haver concluído com aproveitamento curso de qualificação básica para a formação de Agente Comunitário de Saúde; • Haver concluído o ensino fundamental.
Lei nº. 11.350, De 5 de Outubro de 2006.	<ul style="list-style-type: none"> • Residir na área da comunidade em que atuar, desde a data da publicação do edital do processo seletivo público; • Haver concluído, com aproveitamento, curso introdutório de formação inicial e continuada; • Haver concluído o ensino fundamental.

Tabela 4. Requisitos básicos ao exercício do trabalho dos ACSs.

Fonte: Leis descritas na tabela.

O rigor aumentou com a criação da Profissão de Agente Comunitário de Saúde, em 2002, através da Lei nº. 10.507/2002. Os selecionados, além de terem concluído o Ensino Fundamental, deveriam, antes de iniciar o exercício de seu ofício, haver concluído um

treinamento para aperfeiçoamento e apreensão de conhecimentos na área da saúde. O que foi ratificado pela Lei nº. 11.350/2006.

Aqueles Agentes de Saúde que não se enquadraram nestes critérios receberam incentivos do Ministério da Saúde, com capacitações escolares, no intuito de fazê-los concluir o Ensino Fundamental.

Contudo, há uma ressalva a se fazer, em trabalhos de campo anteriores realizados no Recife, foi observado que ainda havia Agentes Comunitários de Saúde trabalhando a mais de um ano como tal e que não tinham iniciado o curso em questão. Essa situação prejudicava a credibilidade destes profissionais perante a comunidade, bem como a segurança dos mesmos em passar informações concretas sobre os agravos que surgiam no decorrer do trabalho. E vinha de encontro ao que era proposto nas Normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família:

A capacitação do Agente Comunitário de Saúde deve ocorrer em serviço, de forma continuada, gradual e permanente, sob a responsabilidade do Instrutor-Supervisor, com a participação e colaboração de outros profissionais do serviço local de saúde. O ACS deve ser capacitado para prestar assistência a todos os membros das famílias acompanhadas, de acordo com as suas atribuições e competências. O conteúdo das capacitações deve considerar as prioridades definidas pelo elenco de problemas identificados em cada território de trabalho (BRASIL, 1997).

Esta problemática só foi regularizada plenamente após uma capacitação que ocorreu em 2005, obrigatória para todos os ACSs, iniciantes e antigos. Neste período, os mesmos só exerciam suas atividades no turno matutino e recebiam o treinamento no turno vespertino. A realização deste curso foi observada como um dos critérios para a efetivação da categoria.

Em fevereiro de 2006, com a aprovação da Emenda Constitucional nº.51/2006, foi permitida a contratação pública dos Agentes Comunitários de Saúde, aos quais passaram a ser assegurados seus direitos trabalhistas, regularizando o vínculo. Todavia a efetivação destes profissionais, no Recife, só ocorreu em outubro de 2007, através da lei municipal nº.17.233/2006.

Tal conquista foi comemorada pelos ACSs, pois significou uma maior estabilidade de seus cargos e a garantia que seus direitos seriam assegurados. O que evitava o desvirtuamento de função destes agentes, já que anteriormente o Executivo acabava

exigindo que eles assumissem tarefas que deveriam ser realizadas por servidores. Nesta situação “o agente torna-se uma mera vítima do processo de flexibilização das relações de trabalho, e perde-se uma chance de emancipação” (BITOUN, 2001).

Contudo, esta efetivação também trouxe consigo um maior rigor na exigência da realização de seu trabalho. Em entrevista aplicada com um dos Agentes Comunitários de Saúde do Distrito Sanitário IV⁹, foi relatado que, por ainda se encontrarem em estágio probatório, recebiam constantes ameaças de demissão por parte dos supervisores da equipe. A cada deslize era trazida à tona a lembrança da possibilidade de perda do vínculo. Esse fato foi relatado com certa revolta e temor e, por diversas vezes, o entrevistado pediu que não fosse revelada sua identidade, por receio de alguma punição neste sentido¹⁰.

Por outro lado, ao realizar a entrevista com os gestores, o problema apontado a respeito desta efetivação foi outro: “Hoje a gente trabalha com os profissionais todos concursados. E a gente tem encontrado muitas dificuldades com esses profissionais que ainda não se apropriaram da lógica do PSF. Temos enfrentado problemas quanto a isso.” Para este, a estabilidade gerou certa acomodação perante a equipe e, ao mesmo tempo, uma maior dificuldade na alocação de pessoas que realmente compreendessem a lógica da ESF.

No que diz respeito às trocas estabelecidas entre o conhecimento popular e o médico-científico o Agente Comunitário de Saúde tem-se revelado um ator indispensável na conjugação destes dois saberes.

Segundo Nunes *et al* (2002), os ACSs, por fazerem parte da comunidade, servem de tradutores bi-direcionais dos saberes do processo saúde-doença de um lado, e de outro, das necessidades da população, sentindo-se orgulhosos de dominarem certos conteúdos biomédicos que os diferenciam na comunidade. Este sentimento de "orgulho" possivelmente aumenta a motivação para a rotina do trabalho e a integração da equipe da ESF e está diretamente relacionado à uma capacitação contínua e de qualidade. A respeito, Bitoun (2001) aponta algumas evidências no trabalho destes agentes:

⁹ Neste caso, o entrevistado respondeu normalmente às questões propostas no roteiro da entrevista semi-estruturada. Depois de debatidas as questões, o mesmo solicitou que o gravador fosse desligado. Só então criticou de forma mais enfática a forma com a qual estavam sendo cobrados após a efetivação.

¹⁰ Por motivo de preservação da identidade do entrevistado foi adotado neste trabalho o uso do gênero masculino, não indicando, necessariamente, que a pessoa entrevistada seja do sexo masculino. A não especificação da Unidade de Saúde na qual trabalha este entrevistado também foi proposital.

Um impressionante ganho de dignidade por parte de indivíduos pertencentes a setores muitas vezes subalternos e discriminados, seja pela condição de renda, seja pela condição de gênero; A identificação, pela comunidade, do agente como porta amigável de uma prestação de serviços vivida anteriormente como fria, impessoal ou mesmo hostil; A intermediação entre usuários e serviços, facilitando o acesso e melhorando o atendimento pelos funcionários.

Por serem moradores das comunidades nas quais trabalham, estes profissionais reconhecem os diferenciais e especificidades existentes em sua área de atuação, levando à equipe médica informações que na maioria das vezes passariam despercebidas numa simples consulta.

Para exemplificar, ao acompanhar uma ACS em uma das incursões nas comunidades no período do trabalho de campo, foi possível observar este fato. A visita estava sendo realizada em uma casa onde morava uma mulher e seu filho de aproximadamente 1 ano. A criança chorava muito e a mãe informou que a mesma estava com dor no ouvido. Qualquer médico que observasse este quadro iria examinar, constatar alguma inflamação e indicar um medicamento, como já havia ocorrido neste caso.

Contudo, só em visualizar a situação, por já conhecer aquela família, seus costumes e hábitos, a ACS imediatamente perguntou se estavam colocando leite materno no ouvido da criança. A mãe, receosa, timidamente respondeu que sim, já que era crença entre os vizinhos que o leite materno poderia curar dores no ouvido.

Nesta situação, uma simples consulta médica não apontou o real causador da enfermidade na criança. O diagnóstico era dado, a medicação receitada, mas as inflamações continuavam constantes, pois o leite, além de não curar, agravava a inflamação.

Pode-se dizer que o fato de ser o ACS uma pessoa que convive com a realidade e as práticas de saúde do bairro onde mora e trabalha, e ser formado a partir de referenciais biomédicos, faz deste um ator que veicula as contradições e, ao mesmo tempo, a possibilidade de um diálogo profundo entre esses dois saberes e práticas (NUNES *et al*, 2002).

Isto se deve ao fato de ser o ACS um morador da comunidade em que trabalha, e por sua vez, conhecedor das condições do território em que se encontra a mesma, funcionando como elo entre a comunidade e a equipe médica e disponibilizando informações nem sempre perceptíveis em uma consulta (BASTOS, 2006).

É recomendado que cada equipe tenha de quatro a seis Agentes Comunitários de Saúde (ACSs) que, por sua vez, acompanham em média 575 pessoas. Uma equipe seria responsável pelo atendimento de 600 a 1.000 famílias ou, no máximo, 4.500 pessoas.

Vale ressaltar que estes números são propostos pelo Ministério da Saúde e considerados suficientes para o bom andamento das Equipes de Saúde da Família, contudo, na prática, isto dificilmente é seguido, causando uma sobrecarga de atribuições para os Agentes de Saúde e para a equipe como um todo, e, por sua vez, dificultando o bom exercício do trabalho.

Dentre as atribuições dos ACSs definidas pelo Ministério da Saúde, duas merecem uma atenção especial quando se discute o papel desses profissionais na atenção básica. A primeira destaca que os ACSs devem “orientar as famílias para a utilização adequada dos serviços de saúde” e a segunda, afirma que eles devem “informar os demais membros da equipe de saúde acerca da dinâmica social da comunidade, suas disponibilidades e necessidades” (BRASIL, 1999).

Nas duas afirmações é possível verificar o movimento bi-direcional dos agentes, ao mesmo tempo em que informam à população “modos de fazer” determinados pelo sistema médico oficial, ainda possibilitam aos profissionais de saúde os elementos-chaves para a compreensão das necessidades e problemas de saúde das famílias (NUNES *et al*, 2002).

Esta é uma das principais inovações trazidas com a implantação do PACS e PSF. A atuação destes profissionais foi fundamental para a modificação da atenção básica, inclusive, e principalmente, no que diz respeito à atenção materno-infantil.

Todas as atividades contidas no cuidado à criança fazem parte do roteiro de abordagem no trabalho do Agente Comunitário de Saúde. Isto fica explícito nas Normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família, que ratifica os seguintes pontos das atividades realizadas pelos ACSs:

- Execução da vigilância de crianças menores de 01 ano consideradas em situação de risco;
- Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças de 0 a 5 anos;
- Promoção da imunização de rotina às crianças e gestantes, encaminhando-as ao serviço de referência ou criando alternativas de facilitação de acesso;
- Promoção do aleitamento materno exclusivo;

- Monitoramento das diarreias e promoção da reidratação oral;
- Monitoramento das dermatoses e parasitoses em crianças;
- Orientação dos adolescentes e familiares na prevenção gravidez precoce e uso de drogas;
- Identificação e encaminhamento das gestantes para o serviço de pré-natal na unidade de saúde de referência;
- Realização de visitas domiciliares periódicas para monitoramento das gestantes, priorizando atenção nos aspectos de desenvolvimento da gestação;
- Seguimento do pré-natal e observação de sinais e sintomas de risco na gestação; nutrição;
- Incentivo e preparo para o aleitamento materno;
- Preparo para o parto;
- Atenção e cuidados ao recém nascido; cuidados no puerpério;
- Realização de ações educativas sobre métodos de planejamento familiar;
- Atividades de educação nutricional nas famílias e na comunidade;
- Realização de atividades de educação em saúde bucal na família, com ênfase no grupo infantil.

Em decorrência desta rotina de trabalho, com visitas diárias aos lares das crianças menores de cinco anos, desde os primeiros dias de vida, os ACSs acabam sendo, de fato, o primeiro contato daqueles indivíduos com o sistema de saúde (VIDAL, 2003).

Além disso, por verificarem sistematicamente carteiras de vacinação, colaboraram na busca de faltosos, reintegrando-os ao programa local de imunização, e diminuindo assim o abandono da vacinação.

A possibilidade de abordagem da criança nos espaços de sua vida cotidiana, dentro de um território definido, com suas especificidades, amplia a capacidade de atuação na prevenção doenças, promoção da saúde e identificação de necessidades especiais.

Neste ponto, o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde tem contribuído substancialmente na redução do Coeficiente de Mortalidade Infantil, principalmente da taxa de mortalidade infantil tardia, que possui íntima relação com as condições ambientais em que o recém nascido vive (CRUZ, 2005).

3.2 MORTALIDADE INFANTIL E SEUS DETERMINANTES

O índice de mortalidade infantil é um indicador essencial para uma maior apreensão das questões atreladas à saúde e sua relação com as condições de vida de uma determinada população. Ele representa um importante indicador, já que traduz, em certa medida, o impacto das condições sócio-econômicas da área geográfica de referência do recém-nascido.

Constata-se que, nos países mais desenvolvidos ou com menor grau de desigualdade social e melhor qualidade da atenção à saúde, os índices de mortalidade são inferiores a 10 mortes para cada mil nascidos vivos ¹¹ (LYRA; SOUZA; BITOUN, 2005).

A respeito disto, Oliveira e Mendes (1995) afirmam que a observação das desigualdades nos níveis de mortalidade infantil possibilita a compreensão das relações entre saúde e condições sócio-econômicas e ambientais, além da disponibilidade, utilização e eficácia do sistema de atenção à saúde.

O coeficiente de mortalidade infantil (CMI) mede o risco que tem um nascido vivo de morrer antes de completar um ano de idade, calculado pela razão entre os óbitos em menores de um ano, pelo número de nascidos vivos em um determinado período e localidade (CRUZ, 2005).

A mortalidade infantil pode ocorrer em dois períodos diferentes. O primeiro, chamado mortalidade infantil neonatal, se refere às mortes que ocorrem nas quatro primeiras semanas de vida depois do nascimento, até que a criança complete 27 dias.

Quanto mais desenvolvida for uma região, mais a mortalidade infantil se relaciona à causas endógenas, determinadas pelos riscos de mortalidade neonatal (primeiros 28 dias de vida) (RECIFE, 2005).

¹¹ O IBGE e o DATASUS calculam diferentemente a Mortalidade Infantil. O IBGE obtém este cálculo pelo número de óbitos de crianças menores de um ano (numerador), sobre o número de nascidos vivos nesse mesmo ano (denominador). Já no DATASUS, os dados disponíveis são oriundos do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). As Secretarias de Saúde coletam as Declarações de Óbitos dos cartórios e entram, no SIM, as informações nelas contidas. Uma das informações primordiais é a causa básica de óbito, a qual é codificada a partir do declarado pelo médico atestante, segundo regras estabelecidas pela Organização Mundial de Saúde.

O ritmo de diminuição no CMI neonatal é bem mais lento (Figura 10.), mesmo quando o país analisado é desenvolvido, pois, segundo Cruz (2005), não depende apenas do pré-natal, mas também da existência de maternidades, berçários e UTIs pediátricas e neonatais, da disponibilidade de pessoal especializado e de tecnologia em equipamentos.

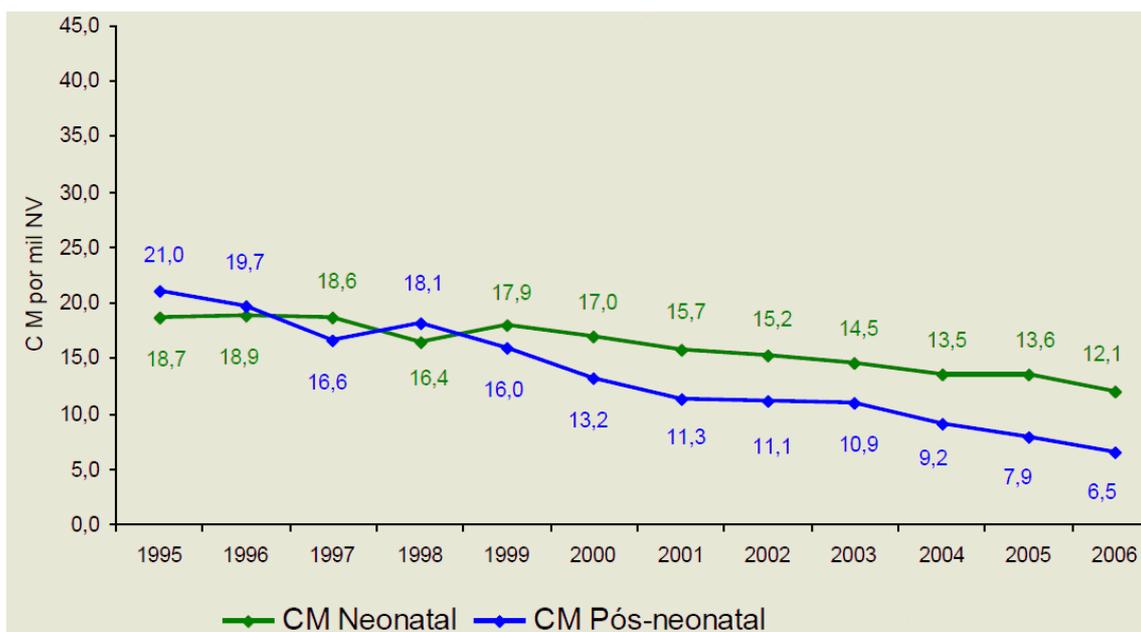


Figura 10. Gráfico da evolução da Mortalidade Infantil em Pernambuco, 1995-2006.

Fonte: SIM, Sinasc / SES-PE

Segundo Vidal (2003), no caso deste componente, o declínio dessas taxas é bem mais lento pela forte associação com fatores biológicos, de prevenção mais difícil, assim como ao acesso e à qualidade da assistência pré-natal, ao parto e ao recém-nascido.

As intervenções nessa faixa etária refletem melhor a qualidade da atenção à saúde recebida pelas mães e crianças do que o bem-estar social. Com o aumento concernente ao componente neonatal da mortalidade infantil, outras medidas diferentes da atenção primária precisam ser desenvolvidas (BEZERRA, 2007).

Por serem mais complexas, apresentam maior necessidade de investimentos em serviços hospitalares, contudo, o fato de demonstrar esta tendência de diminuição mais lenta em seus números pode estar ligado às deficiências em ações simples, como uma assistência de maior qualidade ao pré-natal, ao parto e ao recém-nascido.

Já a mortalidade infantil tardia ou pós-neonatal o período dos óbitos ocorre entre o 28º dia de vida e o momento em que a criança completa um ano, e tem como causa um conjunto de problemas sociais e de saúde que pode afetar a criança no transcorrer do seu primeiro ano de vida (CRUZ, 2005).

Neste período, a mortalidade é intensamente influenciada por fatores socioeconômicos, institucionais e ambientais que sobressaem sobre os determinantes exclusivamente biológicos. Seu coeficiente está diretamente ligado às condições de moradia, renda, educação, nutrição, às relações sociais, condições de saneamento e atenção à saúde (GUIMARÃES, 2003).

De acordo com Vidal (2003), este declínio mais evidente no componente pós-neonatal é decorrente à sua maior susceptibilidade às ações de promoção, prevenção, diagnóstico e tratamento precoce, mediante o emprego de tecnologias simplificadas e de baixo custo, além da melhoria das condições ambientais. É neste sentido que a Estratégia de Saúde da Família assume seu papel fundamental e de maior eficácia.

Os coeficientes de mortalidade infantil têm variado ao longo dos tempos. O marco mais importante para a diminuição dessas taxas foi a Revolução Industrial, contudo, este fato é mais notavelmente percebido em países mais desenvolvidos, já que, nos países onde a industrialização ocorreu de modo menos acentuado, esses índices ainda se encontram em patamares alarmantemente altos.

Nas distintas regiões do mundo, a diminuição das taxas de mortalidade no primeiro ano de vida tem sido considerada como uma decorrência da melhoria das condições de vida, da queda da fecundidade, o progresso da medicina, o efeito de intervenções públicas em saúde, assim como as mudanças na condição feminina.

No Brasil, em que parte significativa da população tem limitações de acesso aos serviços básicos de saúde, à moradia, educação e saneamento, os índices de mortalidade apresentam-se bem mais elevados (LYRA; SOUZA; BITOUN, 2005).

De acordo com estimativas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a mortalidade infantil no Brasil sofreu suaves reduções até 1920, principalmente nos centros urbanos. Entre 1930 e 1940 a taxa de mortalidade infantil estava situada em 158,3 por mil nascidos vivos. Já em 1990 esse índice passou para 45,3, sendo esta uma redução de 71% (GUIMARÃES, 2003).

Contudo, a influência da melhoria das condições de vida e dos fatores sociais no declínio da mortalidade infantil no Brasil foi menor que nos países desenvolvidos. A pequena redução dos índices até a década de 1920 estava diretamente relacionada às políticas de higiene pública e sanitarismo nos centros urbanos (OLIVEIRA; MENDES, 1995).

Com os investimentos do setor público em conjuntos de habitação popular, em grandes hospitais públicos e previdência social houve um incremento da queda na mortalidade infantil no Brasil a partir da década de 1940. Atrelado a isso, estiveram os progressos no campo da medicina e as medidas de controle de doenças que contribuíram significativamente para a considerável redução dos índices de mortalidade de menores de um ano em locais onde havia um processo de crescimento urbano mais consistente (OLIVEIRA; MENDES, 1995).

Nas últimas décadas do Século XX, além do papel dos serviços médico-sanitários na diminuição das taxas de mortalidade infantil do país, somou-se o efeito indireto exercido pela queda da fecundidade (OLIVEIRA; MENDES, 1995).

No Brasil, a mortalidade infantil tem apresentado esta propensão ao declínio. Tal fato está relacionado com a ampliação dos serviços de saneamento, da atenção básica de saúde e do nível de escolaridade das mulheres, entre outros.

Como é possível observar na Figura 11, em um período relativamente curto, houve uma diminuição considerável desses índices também nos estados da Região Nordeste, apesar de ainda serem considerados altos quando comparados à outras regiões do país e às médias nacionais.

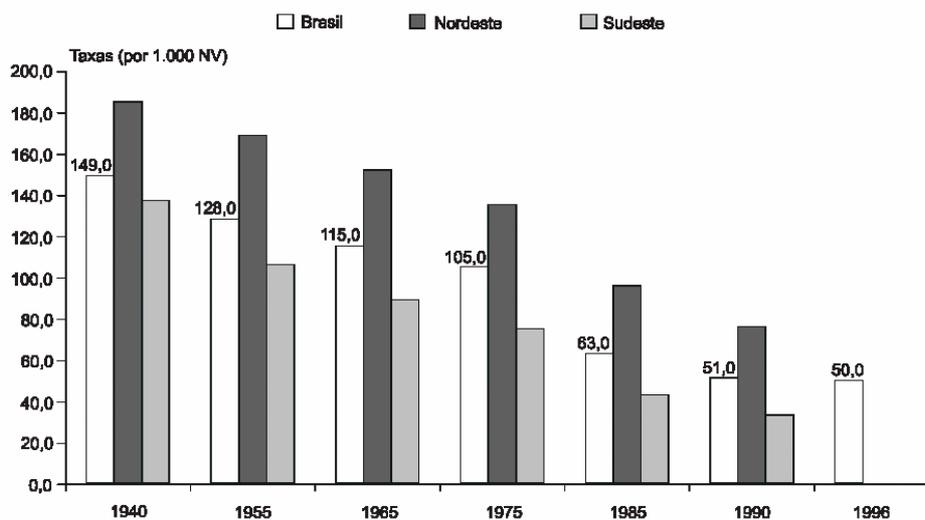


Figura 11. Gráfico das Taxas de Mortalidade Infantil no Brasil, Nordeste e Sudeste – 1940-1996.

Fonte: Maricato (2000).

O Estado de Pernambuco, na região Nordeste, segue a tendência do país, apresentando redução da mortalidade infantil. Em 1980 a mortalidade infantil situava-se em 118,1 óbitos por mil nascidos vivos. Esses níveis eram superiores aos demonstrados, no mesmo ano, por outros estados do Nordeste, exceto Alagoas e Paraíba que apresentaram, respectivamente, (126,7‰) e (124,8‰). O ritmo de declínio das taxas se manteve, alcançando, em 1994, (67,0‰), patamar próximo ao da Região Nordeste que era de (63,1‰) (SIMÕES, *apud* GUIMARÃES, 2003).

No caso do Recife, os primeiros registros de estatísticas de mortalidade datam do Século XIX. De acordo com Secretaria de Saúde de Pernambuco (1996), índice de mortalidade infantil do Recife apresentou uma redução de 39,4% entre os anos de 1980 e 1990, onde os números estavam situados em 77,8‰ e 47,1‰, respectivamente. No decorrer dos anos o declínio destas taxas se acentuou, chegando a 33,5 por mil nascidos vivos em 1994.

No que diz respeito aos componentes da mortalidade infantil do Recife há uma prevalência dos óbitos neonatais que representavam, em 1991, 60,5% dos óbitos infantis. De 1980 a 1991, as taxas de mortalidade em menores de 1 ano por diarreia, neste município, apresentaram uma diminuição de 70,1%. Houve 100% de redução nas mortes decorrentes de doenças imunopreveníveis e 43,1% nas por pneumonias, enquanto que as

malformações congênitas mantiveram-se sem muita variação em seus índices (SECRETARIA DE SAÚDE DE PERNAMBUCO, 1996).

Estes dados indicam que houve um decaimento nos óbitos infantis decorrentes de diarréias e doenças imunopreveníveis. Estes são agravos que ocorrem com maior frequência no período pós-neonatal, o que aponta para melhorias nas condições sócio-econômicas e ambientais da cidade em questão.

De acordo com dados da secretaria municipal de saúde do Recife, a taxa de mortalidade infantil no município atualmente é de 13 óbitos por mil nascidos vivos, inferior à verificada em capitais do Sudeste, como São Paulo (14,2) e Belo Horizonte (14,4). A queda, de 2000 a 2007, foi de 36,3%, passando de 520 óbitos para 282. Contudo, ainda existem, em seu território, localidades onde a mortalidade infantil atinge níveis alarmantes.

No intuito de minimizar este quadro, ministro da Saúde, José Gomes Temporão, em visita a Pernambuco, dia 26/05/2009, autorizou, juntamente com o governador Eduardo Campos, o repasse de verbas para 26 municípios pernambucanos para ações de redução da mortalidade infantil.

O projeto prevê a ampliação das equipes de saúde da família, ampliação dos leitos de UTI e ICI, implantação do SAMU e de bancos de leite materno, além de aumentar o número de hospitais Amigo da Criança e da adesão de maternidades com o método Mãe Canguru. O Pacto também pretende investir na qualificação dos profissionais de saúde envolvidos na atenção ao pré-natal, ao parto e ao recém nascido, entre outras ações. O Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Infantil tem como meta reduzir, no mínimo em 5%, o número de mortes de crianças menores de um ano de idade (DIÁRIO DE PERNAMBUCO, 2008).

Para que haja uma efetiva redução nestes índices é necessário que, além de melhorias nas questões sociais como renda, escolaridade, saneamento básico, entre outras, haja um maior investimento nas políticas públicas, principalmente as voltadas para a atenção básica, como é o caso da ESF, que tem agido de forma a imprimir eficazes modificações no perfil de saúde destas populações.

3.3 IMPACTO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NA REDUÇÃO DA MORTALIDADE INFANTIL

A mortalidade infantil, de um modo geral, vem apresentando um considerável decréscimo em seus índices nas principais capitais brasileiras, tendência esta que também vem sendo demonstrada no Recife. Este avanço se deve, dentre outros fatores, ao caráter indispensável da Estratégia de Saúde da Família na redução substancial da mortalidade infantil, sendo este um indicador amplamente utilizado para avaliar o impacto da ESF.

Isto é fato comprovado por alguns estudos acadêmicos em curso. Uma destas pesquisas demonstra que a Saúde da Família no período de 1992 a 2002 apresenta indicadores animadores como a redução da mortalidade infantil. Este estudo, realizado pelo Ministério da Saúde em parceria com a Universidade de São Paulo e Universidade de Nova York, demonstra que a cada 10% de aumento de cobertura o índice de mortalidade infantil cai em 4,6% (MACINKO *et al*, 2006).

Bezerra Filho *et al.* (2007) afirma, através de uma análise empreendida em municípios do Estado do Ceará, o efeito significativamente positivo da ESF na redução da mortalidade pós-neonatal. O esquema a seguir (Figura 12.), ilustra a influência da Estratégia de Saúde da Família em alguns dos fatores que agravam os riscos à mortalidade infantil.



Figura 12. Efeitos da ESF na Mortalidade Infantil e nos seus Condicionantes Intermediários.

Fonte: Adaptado de Lima (2008).

Esses condicionantes intermediários sofrem influência da política adotada pelo governo. Sendo assim, os efeitos desta política podem ou não imprimir uma mudança comportamental na população, que por sua vez acaba por demandar mais a atenção no pré-natal.

No Pré-Natal, além da realização de exames e acompanhamento em geral, é recomendado para as pacientes que realizem uma amamentação regular, o que implica na diminuição dos índices de desnutrição e menor possibilidade de contrair doenças, fazendo com que estas crianças fiquem menos expostas ao risco de morbidade e mortalidade.

Segundo Bitoun, a atenção realizada *in loco*, como é o caso da ESF, produziu efeitos positivos nos indicadores de saúde, reduzindo de 704 para 400 as internações de crianças de zero a quatro anos, entre os anos de 1995 a 1999, com uma diminuição drástica em internações causadas por desidratação aguda e infecção intestinal, enfermidades fortemente associadas à ausência de acompanhamento. Bitoun ainda afirma que, neste mesmo período, houve uma significativa redução de óbitos de mulheres em idade fértil e ampliação do pré-natal (BITOUN, 2001).

A Estratégia de Saúde da Família influencia cada um destes condicionantes, inclusive na própria Mortalidade Infantil. Estes efeitos são salientados por Negri (2000), quando se refere ao papel da ESF na diminuição considerável da mortalidade de menores de um ano: “Foram 230 mil vidas salvas apenas no período de 1989 a 1998. Esse progresso resulta da prioridade que se deu, nos últimos quatro anos, ao combate às doenças diarréicas, às doenças imunopreveníveis, às pneumonias e à desnutrição”.

Vários são os fatores relacionados nesta assertiva. O primeiro diz respeito ao próprio foco inicial e principal da ESF: maior atenção à saúde materna e infantil. O segundo se refere ao impacto do novo modelo de atendimento implantado. Foi através do trabalho da ESF que a importância das características territoriais, nas quais os moradores estavam submetidos, passaram a ser efetivamente levadas em consideração na atenção básica.

Dentre as experiências exitosas da ESF em municípios brasileiros, o governo Federal apontou os seguintes:

- Mauá (SP): redução de 40% na taxa de mortalidade infantil; cobertura vacinal de 100% e 44% das mães orientadas sobre procedimentos de saúde bucal no bebê;

- Sobral (CE): cobertura pré-natal de 100% e excelente cobertura vacinal;
- Camaragibe (PE): cobertura pré-natal de 92% e 59% do aleitamento materno exclusivo entre as crianças menores de 4 meses;
- Ibiá (MG): cobertura vacinal de 95%, cobertura pré-natal de 90% e acompanhamento de 87% dos diabéticos e 80% dos hipertensos;
- Mandaguari (PR): solução em mais de 80% dos problemas de saúde encontrados na comunidade e redução da taxa de mortalidade infantil de 30,3 por mil, em 1996, para 11,86 por mil em 1998.

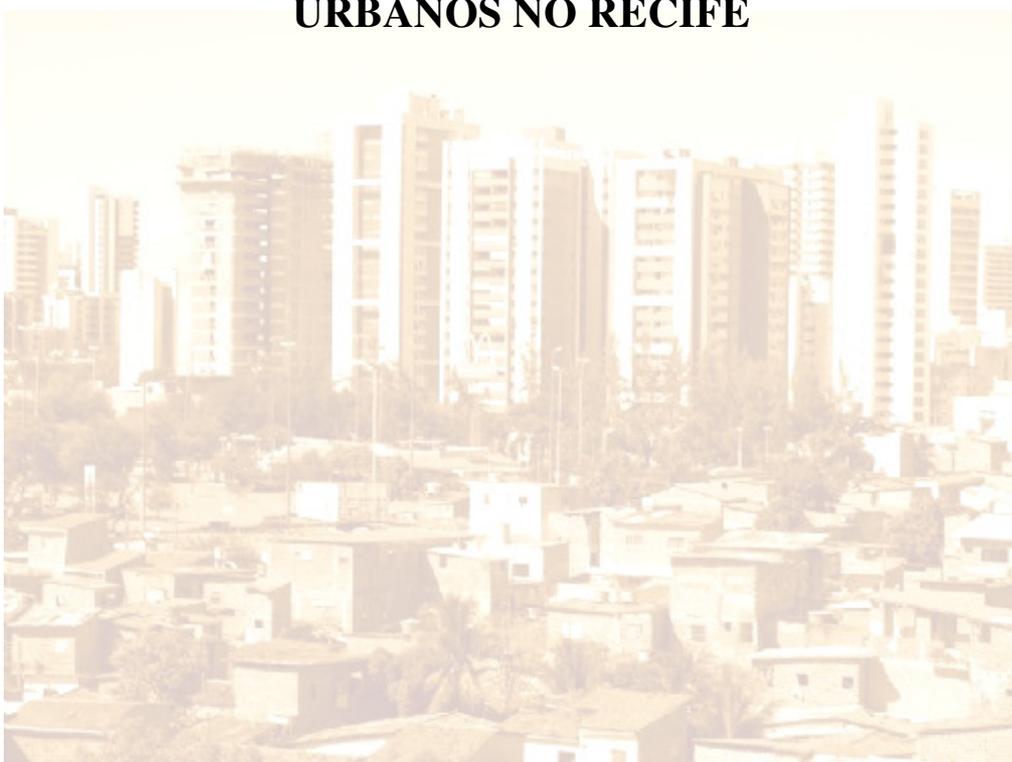
Na insuficiência de transformações sociais mais intensas, o que passa a diferenciar os municípios quanto à redução no CMI, é a maior amplitude no emprego dessas medidas seletivas de atenção primária por parte dos gestores estaduais e municipais (BEZERRA FILHO, 2007).

Todavia, além da variável definidora da política da ESF, outros indicadores socioeconômicos e de infra-estrutura de saúde não perderam sua importância em relação à sobrevivência infantil.

A manutenção do declínio nestes índices dependerá de modificações estruturais, como: melhor distribuição de renda pela geração de empregos e estímulo à produção, inclusão da população em programas educacionais, expansão do saneamento básico e da atenção à saúde nos níveis primário e secundário. Essas são medidas que exemplificam o quanto que ações institucionais concretas, que vão além das ações voltadas exclusivamente ao campo da saúde, podem afetar os níveis de mortalidade infantil, redimensionando a ordem de seus determinantes (BEZERRA FILHO, 2007).

CAPÍTULO 4

DESIGUALDADES TERRITORIAIS DA MORTALIDADE INFANTIL: ANÁLISE DOS DIFERENCIAIS INTRA- URBANOS NO RECIFE



4. DESIGUALDADES TERRITORIAIS DA MORTALIDADE INFANTIL: ANÁLISE DOS DIFERENCIAIS INTRA-URBANOS NO RECIFE

O despertar da comunidade científica no estudo da mortalidade infantil decorre do fato de ser este um importante indicador de saúde, mas por ser também utilizado com o objetivo de investigar as relações existentes entre a variação de seus coeficientes e as variáveis sócio-econômicas e de qualidade de vida.

A análise dos dados de mortalidade infantil demonstra que há padrões desiguais expressos entre regiões mais e menos desenvolvidas, entre capitais e interior dos estados, entre áreas urbanas e rurais e entre diferentes níveis de pobreza dentro das grandes cidades.

Na Figura 13 a seguir, pode-se verificar que os estados que apresentam os piores índices localizam-se, principalmente, na Região Nordeste, indicando que o país ainda é marcadamente atingido por desigualdades sociais também a nível regional.

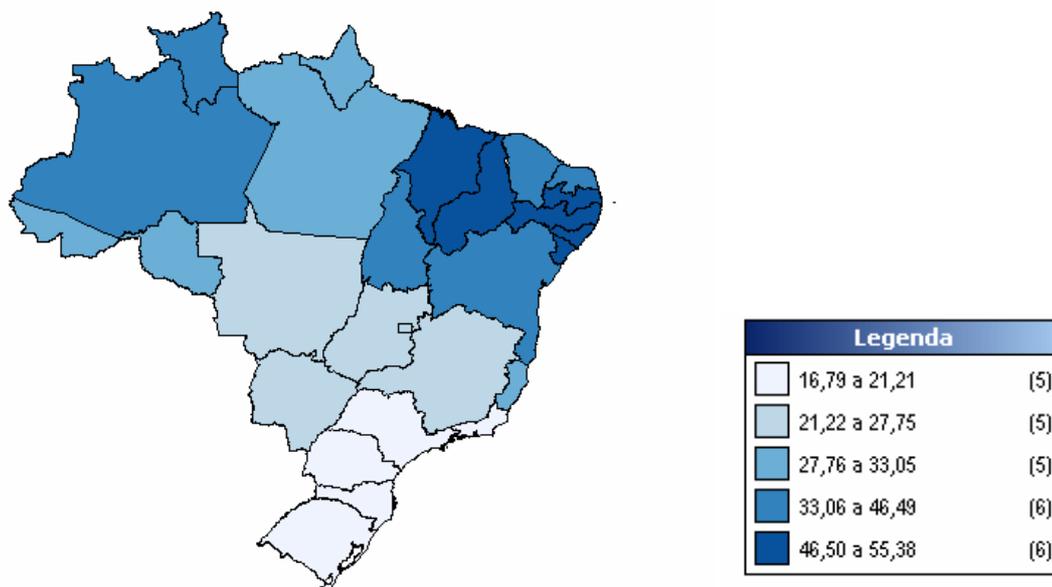


Figura 13. Mapa da Mortalidade Infantil no Brasil até um ano de idade, 2000.

Fonte: Atlas do Desenvolvimento Humano do Brasil.

Nas regiões Sul e Sudeste este coeficiente estava situado em 7 e 20,6‰ nascidos vivos, respectivamente, em 2000, enquanto que, neste mesmo ano, o nordeste apresentou

um Coeficiente de Mortalidade Infantil (CMI) 44‰ nv. Dentro desta região, o CMI para Pernambuco foi de 58,2‰ nv em 1999 (VIDAL, 2003).

Tais números deixam clara a persistência de importantes diferenciais de mortalidade no país, compatíveis com as desigualdades socioeconômicas inter-regionais (VIDAL, 2003).

Yunes 1983, em seu estudo sobre a associação entre a mortalidade infantil e as condições sócio-econômicas em São Paulo, apontou que na classe de renda mais baixa a mortalidade infantil era 2,2 vezes maior do que nas de maior renda.

Para corroborar a sua afirmação, este autor ainda expõe outras pesquisas realizadas em capitais como São Paulo e Salvador. Dentre os principais resultados destacados por estes estudos estão:

- A associação existente entre salário mínimo real e mortalidade infantil no Município de São Paulo, ou seja, enquanto o primeiro diminuía a segunda aumentava. (MACIEL; LESER, *apud* YUNES, 1983);
- A periferia da cidade de São Paulo correspondia à área de maior mortalidade e se encontrava aí não só a mais alta concentração de famílias de baixa renda, como as menores disponibilidades de recursos públicos de saúde (MONTEIRO; COIS, *apud* YUNES, 1983);
- Na cidade de Salvador as variáveis ambientais e sócio-econômicas explicavam mais de 70% da variação nos coeficientes de mortalidade infantil (PAIM; COIS, *apud* YUNES, 1983).

Guimarães (2003), em seu estudo sobre as desigualdades intra-urbanas no Recife, analisou este município dividindo-o em 4 estratos, onde o Estrato I indicava o grupo populacional com elevada condição de vida, o II com intermediária condição de vida, no III os de baixa condição de vida e o IV os de muito baixa condição de vida. Nesta análise, a autora verificou que à medida que a condição de vida nos estratos piorava havia um gradiente crescente da mortalidade infantil neonatal e pós-neonatal.

O perfil de mortalidade infantil do Recife e de seus estratos reflete as diferenças na conquista dos direitos de cidadania pelos vários setores da sociedade brasileira e, em particular, por aqueles residentes neste município. Tal fato fica evidenciado pelas marcantes desigualdades intraurbanas e pelos níveis de mortalidade infantil ainda elevados

quando comparados à média de outras cidades brasileiras e de alguns países latino-americanos (GUIMARÃES *et al*, 2003).

A situação da saúde da população recifense retrata bem suas deficitárias e heterogêneas condições de vida, que se revelam pela existência, em um mesmo território, de doenças prevalentes em ambientes intensamente urbanizados e de problemas próprios de sociedades subdesenvolvidas.

Apesar da redução dos níveis da mortalidade infantil, ainda são mantidas as desigualdades sociais em saúde, e os processos sociais que comprometem as condições de vida continuam desempenhando um relevante papel na sua determinação.

O espaço urbano do Recife apresenta-se, portanto, marcado pela heterogeneidade, onde os grupos populacionais demonstram diferentes padrões de condição de vida e estão sujeitos a desiguais riscos de morbidade e mortalidade, assim como foi detectado neste estudo (GUIMARÃES *et al*, 2003).

Ao demonstrar estes distintos padrões intra-urbanos de condição de vida e de mortalidade infantil no Recife, esta pesquisa evidencia que estes indicadores ocultam importantes desigualdades.

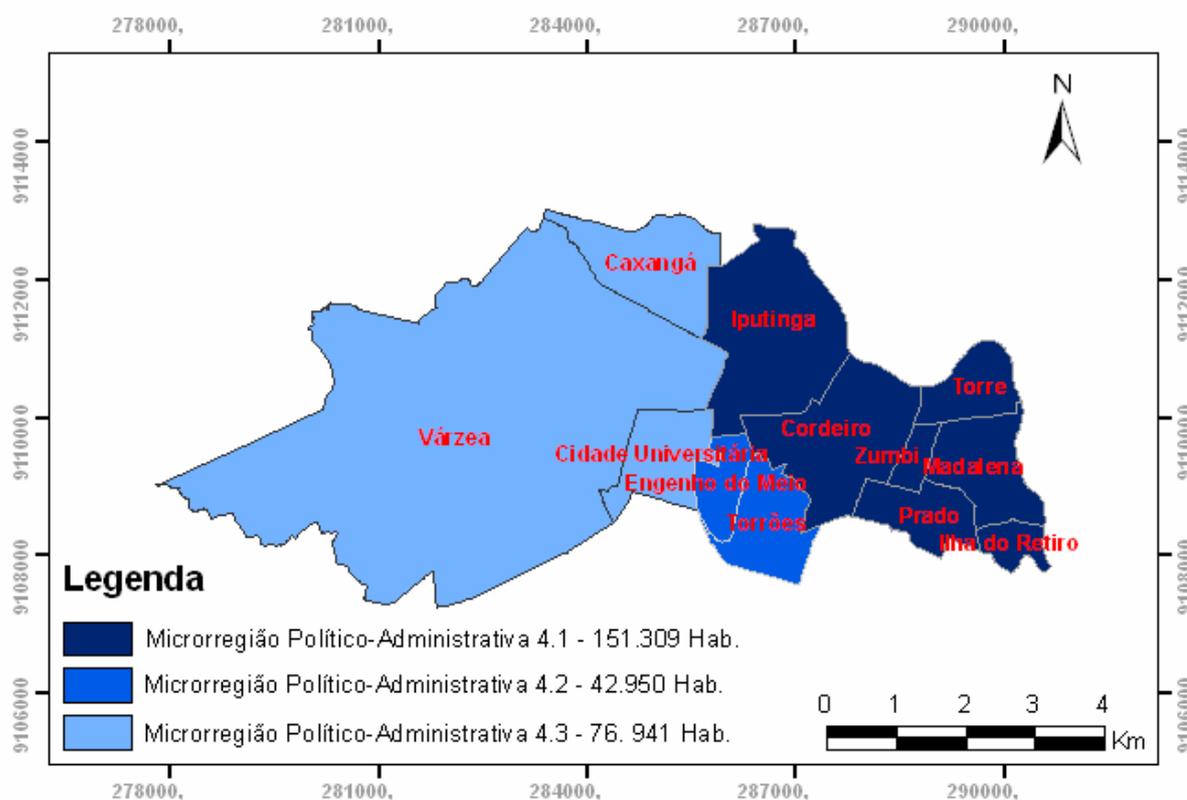
Através da observação da variação destes índices, em grupos populacionais com distintos níveis sócio-econômicos, é possível refletir sobre as desigualdades em saúde. Esta comparação que será empreendida neste capítulo permitirá analisar as tendências temporais da mortalidade infantil entre dois bairros do Distrito Sanitário IV do Recife, relacionando este indicador com a condição de vida dessas comunidades e com a qualidade dos cuidados de saúde.

Por meio do estudo destas diferenças é possível identificar fatores de risco e comparar modelos de vigilância e propostas de cuidados adequados para o acompanhamento materno-infantil, considerando a eficácia e as limitações apresentadas no SUS e, particularmente, na Estratégia de Saúde da Família.

4.1. O MODELO DE SAÚDE NO DISTRITO SANITÁRIO IV

A análise do Distrito Sanitário é um ponto de partida para uma visão inicial das dinâmicas territoriais por parte das equipes de cada Unidade de Saúde da Família. O Distrito Sanitário IV, onde estão localizadas as Unidades de Saúde analisadas neste estudo, foi implantado em julho de 1995, tendo o seu modelo de saúde organizado de acordo com os moldes estabelecidos pelo município.

O citado Distrito apresenta a maior parte do seu território, 41,94 Km², localizada na planície recifense, com exceção das áreas de maior declive situadas no extremo oeste do bairro da Várzea. Engloba 12 bairros, sendo eles: Cordeiro, Ilha do Retiro, Iputinga, Madalena, Prado, Torre e Zumbi, Engenho do Meio, Torrões, Caxangá, Cidade Universitária e Várzea, onde residem 271.200 habitantes. No mapa 4, é possível observar a distribuição desta população por microrregião.



Mapa 4. Distribuição da população por microrregião – Distrito Sanitário IV.

Fonte: FIDEM/UNIBASE- 2000. DES./ED.GRAF.: a autora.

A expansão urbana dos bairros localizados nesta região está diretamente vinculada às vias de acesso que interligaram o centro do Recife e o porto ao interior. Uma dessas era a estrada da Caxangá (Figura 14.) que seguia em direção à localidade da Várzea, centro histórico e sede paroquial que atendia aos engenhos da região tais como: Torre, Madalena, Cordeiro, Engenho do Meio, São João e Santos Cosme e Damião, todos localizados na planície do Capibaribe.

Surgiu ao longo de um alinhamento natural de 6 léguas, desde a Madalena até o rio Capibaribe, ponto em que foi construída, em 1843, uma ponte pênsil (Figura 15.). Já em 1859, essa ponte foi modernizada, recebendo o nome de Ponte de Caxangá (REINAUX, 1987).

Essa estrada possibilitava ainda o acesso a São Lourenço da Mata e aos municípios da mata norte pernambucana, penetrando pelo agreste e sertão do Estado (RECIFE, 2001).



Figura 14. Aspectos históricos da Avenida Caxangá.

Fonte: Museu da Cidade do Recife.

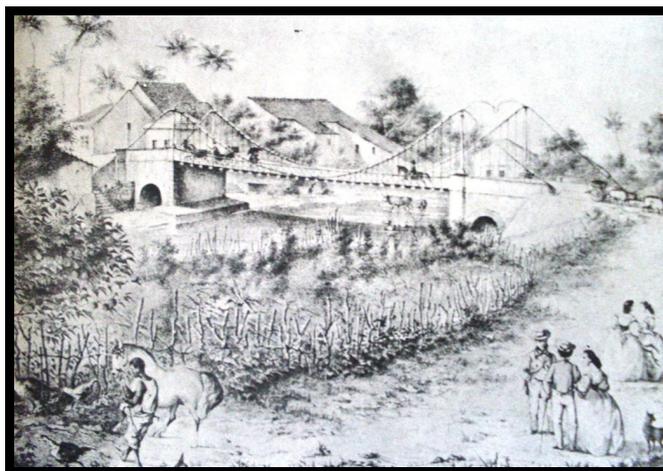


Figura 15. Ponte pênsil sobre o Rio Capibaribe. Iputinga-1850.

Fonte: (REINAUX, 1987).

A instalação de grandes equipamentos institucionais, tais como o Campus da UFPE, a Escola Técnica Federal de Pernambuco, o Colégio Militar, a SUDENE, o Instituto Tecnológico do Estado de Pernambuco - ITEP, entre outros, além das obras rodoviárias e do conjunto habitacional UR-7, alteraram sensivelmente a feição da região, sobretudo no bairro Cidade Universitária. Contudo, não desconfiguraram as características consolidadas ao longo do tempo nos demais bairros circunvizinhos como Várzea, Caxangá, Iputinga e Cordeiro (RECIFE, 2001).

As enchentes ocorridas entre os anos 60 e 70 serviram para diminuir o ritmo do crescimento nas áreas mais baixas da região. E mais recentemente, já na segunda metade dos anos 80, a grande invasão de cerca de 3.000 famílias no bairro Torrões–Roda de Fogo, também contribuiu de forma significativa para marcar o processo de urbanização desta localidade (RECIFE, 2001).

A rede de atenção à saúde do Distrito IV conta com 4 unidades básicas de saúde tradicionais: Dr. José Dustan, Prof^o Joaquim Cavalcanti, Prof^o Amaury Medeiros, Prof^o Olinto de Oliveira; 1 unidade especializada de referência: a Policlínica Lessa de Andrade; 17 unidades de saúde da família: tais como Caranguejo, Cosirof, Barreiras, Cardoso, Sinos, Rosa Selvagem, Vila União, Macaé, Campo do Banco, Skylab, Vietnã, Brasilit, Emocy Krause, Engenho do Meio, Cosme Damião, Sítio das Palmeiras, Amaury de Medeiros, com um total de 38 equipes de saúde.

Conta ainda com 2 centros de atenção psicossocial: Caps Espaço Vida, Caps AD – Eulâmpio Cordeiro; 1 Albergue Terapêutico, Casa Meio do Caminho; 2 residências terapêuticas e 3 pólos da Academia da Cidade: Pólo Beira Rio, Pólo Av. do Forte e Pólo Engenho do Meio.

A localização geográfica destes equipamentos de saúde por microrregião está representada na figura 16, apresentada a seguir:

tem gerado alguns impasses quando o caso exige uma assistência de maior complexidade. Esta afirmação também foi bastante evidenciada nas entrevistas realizadas no Distrito:

No Distrito IV a gente não tem hospital municipal, o que dificulta pra gente, embora a gente tenha as maternidades municipais que a gente tem feito uma ligação legal. A gente não tem um hospital de pronto atendimento municipal, tem o Barão de Lucena e o Getúlio Vargas que são estaduais. Não foi prioridade para a gestão por causa desses hospitais, mas eles não são nossos, isto dificulta o próprio encaminhamento e a contra-referência. Fica mais difícil quando é uma instituição estadual ¹².

A falta de articulação destas unidades com a rede municipal e distrital de assistência impede uma maior eficácia de um sistema de referência e contra-referência. Tal fato inviabiliza ou prejudica a capacidade do Distrito de oferecer aos usuários uma referência pela atenção básica e um atendimento de qualidade nessas unidades.

A Policlínica Lessa de Andrade já possui este sistema formalizado para a rede de serviços municipais instalados no território deste Distrito. Contudo, por ser esta policlínica originária da rede estadual de saúde, ainda continua a atender pessoas que residem fora de sua área programática, o que acaba por saturar o sistema local (CABRAL *et al.*, 2005).

Vale salientar que a territorialização, a hierarquização e a regionalização, expressas na NOAS-01/02 (BRASIL, 2002), são de fundamental importância para a resolução destes entraves, para que, assim como é afirmado nesta normatização, seja garantido “o acesso dos cidadãos a todas as ações e serviços necessários para a resolução de seus problemas de saúde”. Sobre a necessidade de municipalização dos serviços de saúde, e particularmente do caso do Distrito Sanitário IV, afirma Azevedo (2007):

A constituição de uma rede de saúde, com referência e contra-referência garantidas - que vá muito além do “estabelecimento de fluxos e contrafluxos de pacientes e informações gerenciais e tecnocientíficas”, nas palavras de Pinheiro (2001) – passa primordialmente pela implantação, e no presente caso pela municipalização (pois que eles já existem), dos serviços necessários.

Azevedo (2007) afirma que esta questão da saturação da rede de atenção à saúde “torna evidente a necessidade do estabelecimento de pactos intermunicipais que também

¹² Entrevista com Gerente de Território do Distrito Sanitário IV.

dêem conta de questões como programação integrada de procedimentos e alocação de recursos financeiros”.

Visando à redução desta problemática, uma proposta foi publicada em 2005 por um grupo de profissionais e gestores do Distrito Sanitário IV do Recife. Composta por um conjunto de proposições que vão desde a criação de planilhas e fluxos, passando pela elaboração de mapas e guias de orientação de referências, até a capacitação de profissionais (AZEVEDO, 2007).

Essa proposta foi justificada, entre outros fatores, pela saturação no fluxo de referência, em decorrência do crescimento da rede do Distrito Sanitário IV, não acompanhado na média complexidade da Policlínica Lessa de Andrade, onde as solicitações de agendamento podiam demorar até quatro meses para serem atendidas (CABRAL *et al.*, 2005).

A organização normativa de um sistema de referência e contra-referência, estruturado de modo sistêmico e atrelado a políticas de integração regional, tem o poder de estreitar a distância já bem conhecida (principalmente pelos usuários) entre a atenção realizada na ESF e aquela disponível nos serviços de maior complexidade assistencial (AZEVEDO, 2007).

No que diz respeito à Estratégia de Saúde da Família no Distrito Sanitário IV, acompanhando a ampliação da rede de atenção básica nas áreas de maior risco social, houve um crescimento em sua cobertura, passando de 4% em 2000, para 43,5 em 2006, de acordo com dados da Gerência de Atenção Básica da Secretaria de Saúde do Recife.

As Unidades de Saúde da Família funcionam de 7:30h às 17:00h, com intervalo entre 12:00h e 13:30h. Duas vezes por semana, em dias de coleta de material para exames, as unidades passam a funcionar a partir das 7:00h.

Cabe à gerência de território, com o apoio das Gerências Operacionais de Atenção à Saúde, de Vigilância à Saúde e de Gestão de Pessoas, realizar o monitoramento, supervisão, acompanhamento e avaliação das atividades desenvolvidas na Equipe de Saúde da Família. As atribuições destes profissionais são estabelecidas pelos manuais do Ministério da Saúde e realizadas com mais ou menos frequência de acordo com a necessidade local.

Dentre as atividades realizadas pelas Equipes de Saúde da Família estão: Atendimento clínico individual; atendimento em grupo; visitas domiciliares; curativos;

imunização; aplicação de injeções; nebulização; fornecimento de medicação; reuniões educativas com a comunidade; pré-natal; consulta puerperal; exame preventivo de câncer de colo uterino; coleta de material para exames¹³; entrega de resultado de exames; triagens (para a demanda espontânea); reuniões internas administrativas e consolidação mensal dos relatórios de atendimentos diários.

Na maioria dos casos, a composição das Equipes de Saúde da Família deste Distrito segue a estabelecida pelo Ministério da Saúde, com um médico, uma enfermeira, uma auxiliar de enfermagem e uma média de 6 Agentes Comunitários de Saúde.

Houve no Recife uma inclusão tardia das Equipes de Saúde Bucal (ESB) na estratégia saúde da família, fato ocorrido apenas em 2002. Apesar disto, atualmente há nas USFs, com exceção de 2, uma equipe de saúde bucal composta por um cirurgião dentista e um Auxiliar de Consultório Dentário. Em apenas duas equipes, além destes profissionais, há também um Técnico de Higiene Dental.

Nas entrevistas realizadas neste estudo, foi frequentemente citada a dificuldade de acesso destes serviços em decorrência do excesso de famílias pelas quais as ESBs são responsáveis, já que, na grande maioria dos casos, há apenas uma Equipe de Saúde Bucal para uma ou duas Equipes de Saúde da Família. Tal situação acaba por sobrecarregar a ESB, sendo responsabilizada pelo atendimento de toda população vinculada a estas Equipes de Saúde da Família.

Além disto, ACSs e usuários também se referiram ao fato de que alguns profissionais desta área não estavam se adequando ao sistema de atendimento da ESF, prestando um serviço de qualidade questionável. Contudo, é comum, pelo menos nas Unidades de Saúde analisadas neste estudo, a organização dos usuários no sentido de realizarem abaixo-assinados para pedirem a substituição destes profissionais, que acabam sendo deslocados para outra USB.

A grande maioria das Unidades de Saúde dispõe de técnico administrativo, responsável pela recepção, marcação de consultas e demais funções burocráticas. Há pouco tempo essas atribuições ficavam a cargo dos Agentes de Saúde. Este fato implicava em um excesso de atividades e uma dificuldade de compreensão, por parte da comunidade, sobre o

¹³ A análise dos exames laboratoriais é realizada pelo laboratório municipal, que por sua vez envia para as unidades o resultado dos exames. As unidades de saúde da família são responsáveis apenas pela coleta e entrega destes resultados.

trabalho dos ACS, já que, na maioria das vezes, eram procurados apenas na necessidade de encaminhamentos para realização de exames e consultas. Vários ACSs indicavam a dificuldade de acompanhamento das famílias e chegavam a intitular-se como meros “marcadores de consultas”.

Por não marcarem mais consultas, os ACSs se sentem melhor, e sentem que a população tem outra visão deles. Porque antigamente eles eram meros marcadores de consulta. Se chegasse na casa de uma pessoa e não tivesse uma consulta pra marcar, muitas vezes eles não conseguiam nem fazer o papel deles que é de orientação. Então hoje, independente da pessoa estar necessitando ou não, a pessoa quer ser consultada ou pelo dentista, ou pelo médico, ou pelo enfermeiro, mas eles querem um acompanhamento¹⁴.

Além destas dificuldades de cunho operacional, a Equipe de Saúde da Família enfrenta limitações que vão além da possibilidade de atuação destes profissionais. As condições sociais e de infra-estrutura urbana nas quais as comunidades estão inseridas acabam por diminuir a capacidade de intervenção da equipe.

Para exemplificar, ocorreu na fase da pesquisa de campo um fato bem ilustrativo. Ao realizar suas visitas rotineiras, a agente de saúde entrou em um domicílio em condições precárias, com paredes feitas de material reaproveitado, piso ainda no barro e sem a menor estrutura de saneamento básico. A ACS adentrou a “residência” e passou a alertar a moradora a respeito dos cuidados que ela deveria tomar com seu filho de aproximadamente um ano de idade.

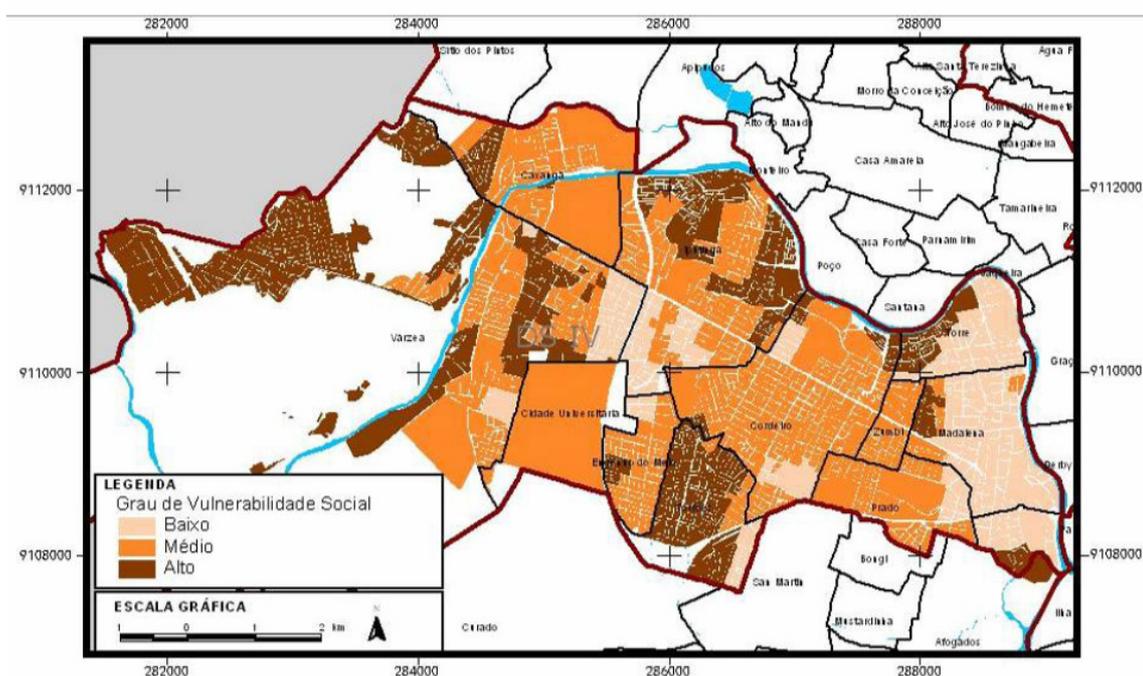
Quando a ACS ainda estava a orientar a moradora, passa por dentro da casa, um rato. A moradora foi a única a não se assustar com o ocorrido e a primeira frase que ela comentou a respeito foi: “Olha só! Um ratinho!”. Era um fato corriqueiro para aquela mulher, algo que ela lidava continuamente e que não mais incomodava, se é que um dia a incomodou.

Como trabalhar a prevenção se o problema já está estabelecido? Como orientar a lavar as mãos antes das refeições se não há, ao menos, água encanada? Como informar uma mãe que seu filho não deve andar descalço se em todos os lados há esgoto a céu aberto? Foram os questionamentos feitos pela ACS após a visita e que apontam as reais dificuldades para que a ESF consiga modificar de forma eficaz o perfil de saúde da

¹⁴ Entrevista com médica da ESF-DS IV-Recife.

população, diante das desigualdades apresentadas no território de atuação destes profissionais.

Bezerra (2008), em seu estudo sobre o Programa de Saúde Ambiental na cidade do Recife, propôs um mapa de vulnerabilidade social para este município, baseando-se em critérios como o desenvolvimento humano, renda do chefe do domicílio e nas condições de habitabilidade apresentadas nos seis distritos sanitários. Através da sobreposição destes indicadores foi obtida uma estratificação em três níveis: alta, média e baixa vulnerabilidade. Para o autor, o Distrito Sanitário (DS) IV foi o que apresentou maior equanimidade entre os três estratos (Mapa 5.).



Mapa 5. Vulnerabilidade Social do Distrito Sanitário IV.

Fonte: (BEZERRA, 2008).

Esse padrão apresentado no DS IV, onde a diversidade predomina e não há prevalência de um único estrato, revela as disparidades encontradas neste território. Logo, uma análise baseada apenas no nível de escala de Distrito Sanitário, e até de bairro, não é suficiente para tornar patente uma real caracterização da área, nem sob o ponto de vista econômico e social e menos ainda da saúde.

Na busca de tentar reduzir este entrave, será realizada a seguir um estudo dos bairros do Engenho do Meio e da Iputinga. Ambos apresentaram os três estratos de vulnerabilidade em seu território, sendo a Iputinga, nas palavras de Bezerra (2008), o bairro com maior diversidade das características socioeconômicas.

4.2. O BAIRRO DA IPUTINGA

A Iputinga é um bairro do Recife, situado na zona oeste da cidade, às margens do rio Capibaribe. Faz limites com Cordeiro, Engenho do Meio, Cidade Universitária, Apipucos, Monteiro e Poço da Panela.

Segundo documentos antigos, já se chamou Ipueira, vocábulo de origem Tupi usado pelos indígenas para designar lugares do campo que se enchem d'água no inverno, permanecendo alagada por algum tempo (Figura 17.) (DIÁRIO OFICIAL, 2003 b).

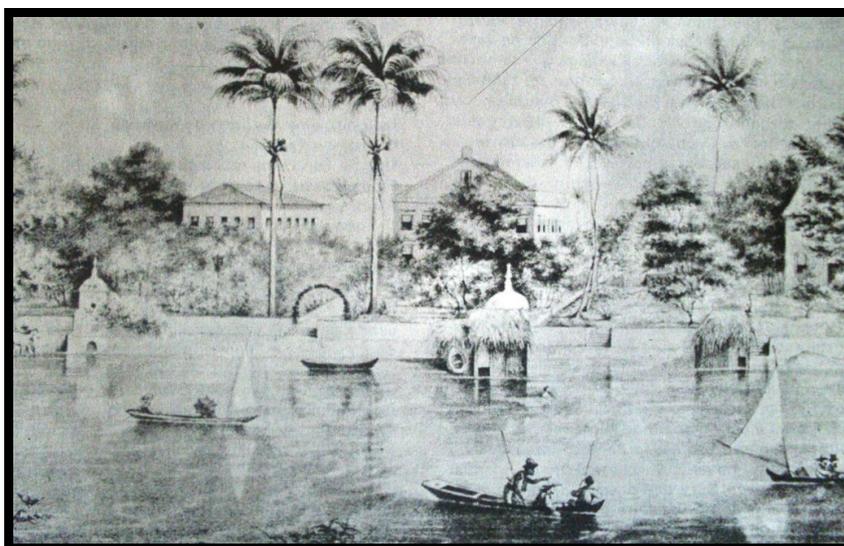


Figura 17. Sertãozinho de Caxangá – Iputinga.

Fonte: (REINAUX, 1987).

Tem a sua origem fortemente ligada à causa abolicionista e à cultura indígena. Sua demarcação atual está delimitada nas áreas dos antigos engenhos pertencentes a João Fernandes Vieira, como o Engenho da Várzea do Capibaribe, São João, Santo Antônio e do Meio. Eram terras de excelente localização e próprias para a agroindústria do açúcar.

Com o passar do tempo estes engenhos foram transformados em povoados que originaram os bairros da atualidade (DIÁRIO OFICIAL, 2003 b).

Um dos principais símbolos do bairro da Iputinga é o Casarão do Barbalho (Figura 18.). O número de escravos enviados ao Ceará, onde a abolição já estava praticamente consolidada antes de 1888, era tão grande que a casa de Dona Olegarinha, esposa do abolicionista José Mariano, já não suportava instalar todos (DIÁRIO OFICIAL, 2003 b).

Os negros passaram então a serem abrigados no casarão do antigo Sítio de Antônio Barbalho Uchoa, que posteriormente passou a ser propriedade do juiz de direito Manoel do Rego Melo, pai do jornalista e historiador Mário Melo.

Atualmente, a residência não muito conservada, ainda preserva a estrutura arquitetônica da época e hoje funciona em suas instalações uma escola municipal inaugurada em 1995 (Figuras 19.).



Figura 18. “Engenho” Barbalho-Óleo s/tela de Francisco Sarinho.

Fonte: (REINAUX, 1987).



Figura 19. Escola Municipal Casarão do Barbalho.

Fonte: <www.recife.pe.gov.br>. Acesso em: 21/03/09.

Esta é uma das poucas casas que restaram da época do auge da cana-de-açúcar, neste bairro. As enchentes periódicas que quase destruíram esta localidade, como a que ocorreu em 1975, além do crescimento de Áreas Pobres (AP) nas margens do rio Capibaribe, contribuíram para que os moradores, principalmente os de melhores condições financeiras, fossem aos poucos deixando o bairro.

Através do movimento conhecido como “Iputinga Bairro dos Artistas”, foi possível fazer com que antigos moradores e artistas retornassem e buscassem melhorias para a

revitalização desta localidade. Há ainda hoje um monumento instalado na Avenida Caxangá como marca do movimento de “Iputinga Bairro dos Artistas” (Figura 20.).



Figura 20. “Monumento ao Talento”, escultura e monumento de Corbiniano Lins.

Fonte: (REINAUX, 1987).

Esta é, acima de tudo, uma localidade caracterizada ampla desigualdade social e econômica (Figura 21.), apresentando sérios problemas de serviços de infra-estrutura como falta de áreas de lazer, pavimentação de ruas, saneamento básico e quantidade insuficiente de postos de saúde. De acordo com dados do Atlas Municipal do Desenvolvimento Humano no Recife, das 12.659 unidades habitacionais, 6.871 estão localizadas em áreas pobres.

Segundo uma reportagem do Jornal do Comércio de 08 de outubro de 2006, boa parte das ruas pavimentadas na comunidade foram financiadas pelos próprios moradores, através de cotas e rifas.



Figura 21. Diferenciação das condições de moradia no Bairro da Iputinga.

Fonte: Fotos da autora.

Observando as figuras acima, fica difícil imaginar que se trata de um mesmo bairro e que estão separadas apenas por uma rua. Naturalmente, os níveis de dificuldade no atendimento por parte da ESF apresentam condições também distintas nestas áreas, já que os habitantes destas localidades estão expostos a riscos diferenciados. Para ter uma idéia da amplitude deste fato, a primeira imagem, na parte superior, trata de uma área que nem mesmo a agente comunitária de saúde pode acessar com facilidade por ser um território controlado pelo tráfico¹⁵.

O que dificulta o trabalho é muitas vezes a questão da violência e do tráfico. Por exemplo, o Detran, muitas vezes o agente de saúde não consegue entrar. Até com os agentes de saúde, quando eles dão o toque de recolher, ninguém pode entrar na comunidade. Então eles não entram, eles não podem sair de casa naquele dia. Às vezes tem que ter um

¹⁵ Esta fotografia (imagem superior da figura 21.) foi tirada a certa distância do local e sob olhares de alguns moradores, sendo a agente de saúde questionada acerca do motivo da visita. A mesma informou que se tratava de um trabalho de faculdade, sendo assim permitido a continuidade da pesquisa.

horário diferenciado, tem que largar mais cedo porque não dá pra ficar até 5 horas na comunidade.¹⁶

Para que o atendimento à saúde venha produzir melhorias significativas nos perfis epidemiológicos destas comunidades é indispensável que haja uma atenção equânime que preveja estas disparidades.

4.2.1 ATENÇÃO À SAÚDE EM IPUTINGA/VILA UNIÃO

Como já foi citado anteriormente, neste bairro não há hospitais de gestão municipal. No atendimento de alta complexidade, geralmente a população recorre aos hospitais das proximidades como o Barão de Lucena e o Getúlio Vargas.

No que diz respeito ao funcionamento da Estratégia de Saúde da Família, a localidade possui duas Unidades de Saúde da Família: Vila União e SkyLab. Como esta pesquisa tem a intenção de investigar e comparar as características das Unidades de Desenvolvimento Humano dentre elas a UDH Iputinga/ZEIS Vila União/ AP Detran, a USF de Vila União foi analisada com maior nível de detalhamento, já que a sua área de atuação está localizada dentro desta UDH.

A Unidade de Saúde da Família de Vila União (Figura 22.) foi inaugurada em 1997, na gestão do então prefeito Roberto Magalhães.

¹⁶ Entrevista com Gerente de Território do Distrito Sanitário IV.



Figura 22. Unidade de Saúde da Família de Vila União.

Fonte: Fotos da autora.

Assim como em todo o Distrito Sanitário IV, a marcação das consultas nesta USF não ocorre por meio dos ACSs. A marcação é semanal e é realizada por dois funcionários administrativos.

A dificuldade encontrada nesta mudança é que em um único dia o estabelecimento recebe um grande número de pacientes, e como se trata de um espaço reduzido, isto gera certo desconforto para os usuários e para a equipe de profissionais que os atendem. Além disto, o fato da consulta não ser mais realizada via ACS interfere, inclusive, na diminuição da procura dos serviços prestados na unidade de saúde por parte dos usuários.

No caso do dentista mesmo, que tinha uma demanda muito grande, agora tem sobrado vagas, porque às vezes a comunidade se nega a sair de casa pra marcar porque acha que a gente é que devia ir lá, então não vai marcar. Ou então esquece, porque a agente ainda lembrava quando era consulta, agora não lembra mais.¹⁷

Apesar destas dificuldades, a marcação da consulta por meio de profissionais designados para este serviço acarretou um ganho de qualidade no trabalho do Agente Comunitário de Saúde, visto que os mesmos passaram investir com mais ênfase no trabalho preventivo.

Esta USF trabalha com quatro Equipes de Saúde da Família: Vila União, Barbalho, Santa Marta e Ayrton Senna, onde cada uma conta com cinco Agentes Comunitários de Saúde, com exceção de Barbalho, onde trabalham seis ACSs, totalizando vinte e um Agentes Comunitários de Saúde nesta USF.

¹⁷ Entrevista com Gerente de Território do Distrito Sanitário IV.

Quando comparada à USF de Caranguejo¹⁸, que possui apenas uma equipe e acompanha mais de 500 famílias, a Unidade de Saúde da Família de Vila União pode aparentar ter uma boa quantidade de profissionais. Contudo a realidade é que esta se encontra sobrecarregada por conta do número elevado de Famílias a serem atendidas.

Conforme está descrito na tabela 5, mais de 75% dos ACS declararam estar de medianamente a não satisfeitos com a quantidade de famílias que estão sob sua responsabilidade. Embora o proposto pelo Ministério da Saúde seja 150 famílias por ACS, na prática, isto dificilmente é seguido, mesmo no caso desta USF, que tem um dos maiores números de ACS do Distrito IV.

Grau de satisfação	Frequência	Percentual
Muito Grande	36	23,6
Mais ou Menos	45	29,6
Nenhuma	70	46,1
Total	151	99,3
Não respondeu	1	0,7

Tabela 5. Grau de satisfação dos ACSs com o número de famílias a atender.

Fonte: Levantamento de dados direto - DS IV- Recife.

Alguns fatores são determinantes para o agravo desta situação. O primeiro está diretamente relacionado à quantidade insuficiente de Unidades de Saúde da Família e, por sua vez, de equipes. Na Iputinga ainda há comunidades não atendidas pela ESF, tais como Detran, Vila São João, Caiara, Jardim Santa Helena, Monsenhor Fabrício, entre outras. Apesar da maioria destas comunidades serem cobertas pelo PACS, carecem de uma atenção mais efetiva, com maior número de profissionais e uma Unidade de Saúde que sirva de base para o atendimento, o que não é possível no PACS.

Outro elemento que tem sobrecarregado estes profissionais é a migração da classe média do sistema de saúde privado para o SUS. Como tem havido uma diminuição do

¹⁸ Esta foi a única USF do Distrito Sanitário IV não analisada. É uma área de difícil acesso e com altos índices de violência. Para que fosse realizada a pesquisa nesta localidade era necessário o acompanhamento de um carro da prefeitura, o que acabou não sendo possível.

poder aquisitivo deste grupo, os gastos com um plano de saúde tornam-se onerosos. Há casos de pessoas que ainda conseguem arcar com as despesas de um plano de saúde, mas exigem o cadastramento na Estratégia de Saúde da Família para facilitar o acesso aos medicamentos.

A gente tá só inflando, inflando...e a gente tem que trabalhar sempre no limite. A gente trabalhava com a lógica de não atender as pessoas dos prédios, achava que quem estava em prédio era melhor economicamente, mas hoje não é. O plano de saúde pesa no bolso de qualquer um. A gente precisa rever essa quantidade, rever quais são as prioridades e rever essa lógica, que a gente não pode trabalhar com a lógica que a gente trabalhava há quatro anos atrás.¹⁹

Um Agente Comunitário de Saúde que tem como responsabilidade atender mais de 200 famílias acaba não tendo condições de realizar um trabalho de boa qualidade. Ao acompanhar estes ACSs em suas visitas, foi possível perceber que, em alguns casos, os mesmos só visitavam as famílias em busca das assinaturas destas pessoas, visto que cada família deve ser visitada pelo menos uma vez no mês, e o que comprova esta visita é a rubrica do responsável.

Se, assim como afirmou a gerente de território do DS IV se referindo ao caso de Vila União, “um PSF que trabalha com 4 equipes, é um PSF que não tem pra onde crescer”, cabe então o investimento na instalação de outras USFs na localidade, o que é unanimidade entre usuários, ACSs, equipe médica e gestores. Por enquanto, há apenas um projeto de instalação de uma USF na comunidade do Detran que passaria a atender a comunidade do Barbalho que atualmente é atendida em Vila União.

Apesar de bem localizada, a USF de Vila União apresenta um espaço insuficiente para o número de profissionais que lá trabalham. Além disto, o fato de prestar atendimento às comunidades que não estão próximas da Unidade de Saúde acaba limitando a busca da população aos serviços oferecidos neste estabelecimento.

Em pesquisa realizada no Recife, Carvalho e Araújo (2007) revelaram que uma proporção elevada de gestantes, 61,2%, indicaram a proximidade de casa ou do trabalho como o principal motivo para a escolha do serviço de saúde onde realizou o pré-natal.

¹⁹ Entrevista com Agente Comunitário de Saúde.

A distância destas unidades em relação à comunidade atendida pode implicar na procura destas gestantes ao atendimento dos hospitais de referência, sobrecarregando o sistema e impedindo um acompanhamento mais intensivo e detalhado, como o que é realizado na ESF. Ou, ainda, pode elevar o número de gestantes que não realizam o pré-natal.

O prejuízo não é apenas dos usuários, os próprios ACS passam a atender uma área muito distante da USF, perdendo muito tempo entre o percurso: casa«-»USF«-»micro-área. Há casos em Vila União que o ACS demora até uma hora e meia para chegar à Unidade de Saúde. Diante desta situação, foi solicitado aos mesmos que diminuíssem sua frequência na USF.

Obviamente, quando se trata de comunidades onde as condições de infra-estrutura urbana são insuficientes e às vezes inexistentes, esse longo deslocamento torna-se ainda mais laborioso (Figuras 23. e 24.).



Figura 23. Ação do ACS em ruas estreitas.

Fonte: Foto da autora.



Figura 24. Ação do ACS em ruas não calçadas e sem estrutura de drenagem.

Fonte: Foto da autora.

Para agravar a situação, os mínimos equipamentos necessários para o trabalho destes agentes dificilmente são disponibilizados, como botas de borracha, bonés, entre outros. Recentemente foram atendidos quanto à necessidade de protetor solar, todavia o protetor era armazenado em um grande recipiente e guardado na Unidade de Saúde. Como

não era possível levar para seus lares, os ACSs teriam que ir de suas casas à USF, sem fazer uso deste material tão indispensável para pessoas que costumam estar expostas à radiação solar intensa. Além disto, o protetor solar tinha um odor muito forte de álcool e causou alergia em grande parte destes profissionais.

Estas dificuldades operacionais e técnicas acabam por limitar o poder de atuação da Estratégia de Saúde da Família nestas comunidades, interferindo, inclusive, no grau de satisfação dos ACS no que diz respeito às condições de trabalho a que são submetidos. Fato que fica explícito na tabela 6, abaixo:

Grau de Satisfação	Frequência	Percentual
Muito Grande	21	13,8
Mais ou Menos	56	36,8
Nenhuma	74	48,7
Não respondeu	1	0,7
Total	152	100,0

Tabela 6. Grau de satisfação dos ACSs com as condições de trabalho.

Fonte: Levantamento de dados direto - DS IV-Recife.

Mesmo diante destes entraves a Estratégia de Saúde da Família tem conseguido trabalhar com a prevenção e educação em saúde, garantindo a melhoria na qualidade de vida da população. É inegável o avanço alcançado quando comparado ao sistema de saúde tradicional.

Agora tem um olhar mais de perto. A busca ativa dá condições de ver a pessoa mais de perto. A gente consegue que a criança na puericultura vá ser atendida mês a mês, o que antes a gente não conseguia. A gente não tinha um trabalho mais personalizado, a gente não tinha o agente de saúde trabalhando na casa. A gente tem acompanhado melhor o sistema de vacinação das crianças, as crianças têm tomado as vacinas.²⁰

E é este o principal indicador da efetividade das ações da ESF: o melhor atendimento à saúde materno-infantil e a conseqüente diminuição da morbidade e

²⁰ Entrevista com enfermeira de Vila União.

mortalidade, bem antes do previsto. Todavia, apesar de já ter diminuído substancialmente seus números, a mortalidade infantil na Iputinga não pode ser considerada um problema resolvido. Ainda há ocorrência de mortalidade por causas evitáveis e as diarreias acometem com frequência as crianças menores de um ano, principalmente em comunidades como Ayrton Senna.

A incidência destas enfermidades neste bairro indica que, mesmo diante da comprovada importância da Estratégia de Saúde da Família, estas famílias ainda estão expostas à condições desfavoráveis no que diz respeito à qualidade de vida. Estes indícios serão fundamentados de forma mais enfática no decorrer deste capítulo, quando for feita a análise baseada nas Unidades de Desenvolvimento Humano.

4.3. O BAIRRO DO ENGENHO DO MEIO

O Engenho do Meio (Figura 25.) foi confiscado pelos holandeses e vendido ao judeu Jacob Escobar ou Stachower, sendo comprado em 1645 por Fernandes Vieira. Em 1686, o Engenho do Meio ainda pertencia a Dona Maria Cezar, viúva de Fernandes Vieira, mas o engenho já estava quase em ruínas (REINAUX, 1987).

Era assim chamado por se localizar entre duas outras fábricas de açúcar: Cordeiro e São João (DIÁRIO OFICIAL, 2003 a).

A casa grande deste Engenho estava localizada na atual Cidade Universitária entre a Reitoria e o Centro de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Pernambuco (CAVALCANTI, 1998).



Figura 25. Horta do Engenho do Meio.

Fonte: Museu da Cidade do Recife.

A partir do século XVIII, após a extinção dos Engenhos da região, passaram a surgir certas aglomerações populacionais, pequenos povoados, entre eles o atualmente denominado Engenho do Meio (RECIFE, 1989).

É no Engenho do Meio que está situada a localidade conhecida como Bom Pastor, que recebeu este nome por conta do Presídio do Bom Pastor, instituição de cárcere feminino. Há nessas proximidades uma praça geralmente utilizada para caminhadas.

Este é um bairro que faz limites com Iputinga, Curado, Torrões, Cordeiro e Cidade Universitária, e abriga uma população de 10.560 habitantes, de acordo com dados de 2000 do Atlas Municipal de Desenvolvimento Humano no Recife.

Apresenta condições bem diferenciadas das encontradas na Iputinga. Com raras exceções, as ruas são asfaltadas, a grande maioria das casas são feitas de alvenaria, e a falta d'água não é um problema que acomete este bairro com frequência, mesmo quando se trata das localidades mais carentes, como Vila Redenção (Figuras 26. e 27.).



Figura 26. Comunidade Vila Redenção – Engenho do Meio.

Fonte: Foto da autora.



Figura 27. Rua Amarante – Engenho do Meio.

Fonte: Prefeitura da Cidade do Recife.

É um bairro predominantemente residencial, com muitas casas térreas e conjuntos habitacionais de quatro pavimentos. De acordo com dados da Empresa de Urbanização do Recife (URB), das 60 ruas do bairro, 15 não são calçadas. Apresenta 826 imóveis localizados em Zeis²¹ e áreas pobres, percentual baixo, quando se leva em consideração os 3.370 domicílios existentes neste bairro.

Dispõe de 17 escolas, das quais 2 são municipais (Figura 28.), além de 2 creches e um Centro Social Urbano. Um das queixas mais freqüentes da comunidade é a violência e a pouca oferta de espaços de lazer. Segundo uma reportagem do Jornal do Comércio do dia 27 de maio de 2007, uma das poucas opções neste sentido, a Praça Arnaldo Assunção (Figura 29.), onde funciona a Academia da Cidade, torna-se extremamente insegura a partir das 17h.

²¹ As Zonas Especiais de Interesse Social (ZEIS) são assentamentos habitacionais de baixa renda surgidos espontaneamente, propostos pelo Poder Público, onde haja possibilidade de urbanização e regularização fundiária. São áreas definidas por Lei municipal. No Recife existem 66 ZEIS (RECIFE, 2005).



Figura 28. Escola Municipal do Engenho do Meio.

Fonte: Prefeitura da Cidade do Recife.



Figura 29. Praça Arnaldo Assunção.

Fonte: Prefeitura da Cidade do Recife.

Como é possível observar, apesar de não ser considerado um bairro de classe alta, esta é uma localidade que apresenta condições bem diferenciadas das encontradas na Iputinga. Todavia, no campo da saúde, estes bairros demonstram certas similitudes.

4.3.1 ATENÇÃO À SAÚDE EM ENGENHO DO MEIO

O hospital de referência para onde convergem os casos de maior complexidade do bairro do Engenho do Meio é o Hospital das Clínicas. Entretanto, assim como ocorre na Iputinga e em todo o Distrito Sanitário IV, por não se tratar de uma instituição municipal, a articulação com a ESF é extremamente prejudicada.

Na atenção básica, a população desta localidade dispõe dos serviços de apenas uma Unidade de Saúde da Família, e é atendida por duas equipes que trabalham nesta USB. Cada uma destas Equipes de Saúde da Família conta com seis Agentes Comunitários de Saúde, em um total de doze ACSs.

Esta USF funcionava inicialmente em uma sede provisória (Figura 30.) e posteriormente foi transferida para o prédio onde estava localizada a associação de moradores do bairro. Esta associação ainda funciona no mesmo prédio, mas cedeu a maior parte para instalação da Unidade de Saúde da Família (Figuras 31. e 32.).



Figura 30. Antiga Unidade de Saúde da Família do Engenho do Meio.

Fonte: Prefeitura da Cidade do Recife.



Figura 31. Atual Unidade de Saúde da Família do Engenho do Meio.

Fonte: Foto da Autora.



Figura 32. Associação de Moradores e lateral da USF do Engenho do Meio.

Fonte: Foto da Autora.



Figura 33. Pátio interno da USF do Engenho do Meio.

Fonte: Foto da Autora.

É uma Unidade de Saúde que apresenta uma estrutura física muito satisfatória, onde cada profissional tem uma sala, ainda há um espaço para realização de grupos e para reuniões e cada uma destas salas conta com um equipamento de ar-condicionado. A área de espera dos pacientes também é ampla e com boa circulação de ar (Figura 33).

Esta USF também dispõe de uma sala de odontologia que é referência, pois recebeu como doação de uma ONG um equipamento de Raio-X e uma Auto-Clave, materiais não encontrados em outra USF além desta.

No que diz respeito à marcação de consulta, cada Unidade encontrou uma estratégia diferente, baseada no perfil da população e dos profissionais. As marcações

podem ser agendadas de um turno para o outro, para o dia seguinte, para a semana seguinte ou por demanda espontânea.

No caso do Engenho do Meio, foram realizadas reuniões com a comunidade, onde foi reavaliado o sistema de marcação. Após as sugestões, adotou-se uma conduta única dentro da unidade, que implantou o sistema de marcação semanal. Além disso, eventualmente as enfermeiras disponibilizam um turno para o atendimento da demanda espontânea, pessoas que necessitam de um atendimento imediato.

Dentro do limite do número de consultas diárias é deixado um quantitativo para intercorrências e trimestralmente são realizadas reuniões para que, juntamente com a comunidade, seja avaliado o sistema e adotado o que melhor se adéque às reais necessidades da população e da equipe.

Uma das dificuldades mais referidas pelos profissionais da Equipe de Saúde da Família do Engenho do Meio, no período da pesquisa de campo, foi a compreensão limitada que a comunidade tem acerca da ESF. Os usuários ainda vêm a Estratégia de Saúde da Família sob a lógica do sistema de saúde tradicional. A busca do atendimento tem um caráter muito mais curativo do que preventivo.

Eles ainda precisam compreender um pouco mais. Principalmente porque começa a trabalhar com a lógica da atenção básica e da prevenção. Embora que se a gente for pra prática a gente começa a perceber que a maioria dos PSFs ainda não conseguem trabalhar mesmo com a prevenção, porque a comunidade ainda não compreendeu o PSF e continua ainda na lógica do sistema antigo, querem chegar e ser atendido naquele dia, e não é o papel do PSF. Ainda confundem com o serviço de pronto atendimento que eles podem ir numa emergência ²².

O fato da marcação da consulta não ser mais agendada por meio do ACS representa um avanço neste sentido. Estes profissionais que antes eram rejeitados quando a família não precisava marcar uma consulta, atualmente conseguem fazer este acompanhamento de caráter preventivo. No entanto, só esta ação não é capaz de solucionar a questão. Um trabalho intensivo de esclarecimento sobre o papel da ESF é um processo contínuo, devendo ser prioridade para a equipe e, neste sentido, o Agente Comunitário de Saúde é fundamental para que isto aconteça o quanto antes.

²² Entrevista com Agente Comunitário de Saúde da USF-Engenho do Meio.

A implantação da Estratégia de Saúde da Família neste bairro também representou um avanço na atenção à saúde materno-infantil. No sistema antigo, as crianças eram atendidas na unidade tradicional Joaquim Cavalcanti, que era referência na microrregião 4.2. O profissional da saúde que acompanhava estes pacientes não criava vínculo algum com os mesmos, até porque as gestantes e as crianças não eram atendidas por um único médico.

A gente não tinha essa questão do pré-natal está dentro da comunidade, de estar acompanhando esta criança, de estar fazendo a puericultura. Antes era totalmente solto, um dia a pessoa é atendida por um pediatra, no outro dia já é atendido por outro, ela não cria vínculo com o profissional, a mãe também não cria. A gente não tinha também o Agente de Saúde na casa dessa pessoa pra saber o que acontecia. Porque hoje a gente tem um agente de saúde acompanhando essa criança e o ACS informa na unidade se essa criança tem uma alergia, ele informa se a criança foi internada. E aí essa enfermeira vai fazer essa visita, ela vai acompanhar²³.

Na Estratégia de Saúde da Família a criança é acompanhada mensalmente pelo médico ou enfermeiro até completar um ano. São preconizadas, no mínimo, três consultas médicas durante um ano, mesmo para crianças saudáveis. Neste caso, a primeira consulta é realizada pela enfermeira logo quando a criança sai da maternidade para que seja feita uma avaliação geral.

Até o sexto mês ela é novamente acompanhada e no sétimo mês um médico avalia a troca da alimentação. Aos doze meses a criança recebe alta da puericultura e um médico passa a realizar todo o atendimento²⁴. Quando se trata de um caso de risco, a criança não recebe alta da puericultura e continua sendo acompanhada mensalmente.

Este é o grande diferencial da ESF. Anteriormente não havia controle algum, a mãe só procurava um médico quando acreditava que seu filho estivesse enfermo. Representou também um avanço no acesso, já que as crianças saem do atendimento com a consulta marcada para o mês seguinte.

²³ Entrevista com enfermeira da USF-Engenho do Meio.

²⁴ Nos outros Distritos Sanitários, os médicos e enfermeiros não participam da puericultura. Esta foi uma decisão do Distrito Sanitário IV para tentar diminuir ou altos índices de mortalidade infantil apresentados neste distrito.

No caso das gestantes, os procedimentos realizados seguem a mesma lógica. Quando acontece de ser uma gestante de alto risco, ela tem que ser acompanhada por um hospital de referência, mas, mesmo assim, ela deve ser atendida pela ESF, recebendo visitas do ACS, que tem por função informar na unidade qualquer intercorrência com a gestante.

Nestes casos, o médico não conhece apenas a gestante ou a criança, ele compreende os problemas tanto sociais quanto de saúde do paciente. Além disso, a visão não é focada apenas no indivíduo, mas na família a qual ele faz parte. Foram estes diferenciais que fizeram da ESF um dos mais poderosos instrumentos no combate à mortalidade infantil.

Contudo, apesar deste bairro ter condições econômicas e sociais bem diferenciadas das encontradas na Iputinga, a mortalidade infantil é um problema que também atinge as áreas mais carentes desta localidade. Há um número reduzido de mortalidade por diarreias, mas ainda existem casos de crianças com baixo peso, que necessitam de uma alimentação diferenciada, e que pelas condições financeiras da família, acabam não recebendo o tratamento adequado e se expondo ainda mais ao risco de morte.

São crianças que muitas vezes são cuidadas por irmãos mais novos, enquanto os pais estão no trabalho, ou ficam em creches com grande quantidade de crianças e poucas pessoas responsáveis pelo cuidado. Em ambos os casos, mesmo que a criança receba um polivitamínico, dificilmente será prestada a atenção necessária.

A questão social também ficou bem evidente na entrevista realizada com uma das moradoras da comunidade: “Eu estava com a perda grande de líquido, mas não podia deixar de trabalhar. Continuei trabalhando [...] Acabou que entrei em trabalho de parto no sexto mês. O bebê nasceu pequenininho, não ficou vivo”.

A prematuridade extrema, o abandono do pré-natal e a falta de cuidados são acompanhados e registrados pela ESF. A gestante acaba tendo consciência do risco que corre, mas há dificuldades que vão além da capacidade de atuação da Estratégia de Saúde da Família. No caso citado no parágrafo anterior, a paciente era aconselhada e advertida a respeito dos riscos, mas a mesma tinha receio de pedir uma licença e perder seu emprego, única fonte de renda em sua família.

A gente não tem como mudar isso, porque é uma questão social. É aquela mãe que está no quinto ou sexto filho e que ela mesmo fala que não tem o que comer. Porque ela não tem outra coisa pra oferecer pra aquela criança, a alimentação que ela tem é aquela mesmo. Ou então é

aquela criança que precisa de uma alimentação diferenciada e que ela só tem fubá pra dar pra ela todos os dias, porque é mais barato²⁵.

A questão do planejamento familiar também é um desafio para as equipes dos dois bairros. Mesmo sendo disponibilizados nas USFs anticoncepcionais, injeções, contracepção de emergência e camisinhas, ainda há casos de famílias muito numerosas e de gravidez precoce.

De acordo com Carvalho e Araújo (2007), as grávidas adolescentes iniciam mais tardiamente o pré-natal e realizam um menor número de consultas, quando comparada às mulheres adultas. Com a vida sexual começando cada vez mais cedo e com menor experiência, os adolescentes têm se tornado um grupo que merece uma atenção diferenciada nas visitas dos ACSs.

A ESF é um programa centrado no acompanhamento da família. Todavia, na maioria das vezes, a pessoa acompanhada, quando não se trata de um caso de risco, como idosos, diabéticos ou hipertensos, são as mulheres, já que são elas que se encontram em casa no decorrer do dia e geralmente são as mais preocupadas com questões relacionadas à saúde, ao contrário dos homens, conforme aponta a fala da gerente de território:

A gente precisa focalizar mais no acompanhamento dos homens. A gente vê muito a mulher trazendo o filho pra consulta, a mulher vindo se cuidar. O homem já chega no PSF num estágio mais avançado. Não chega porque quer fazer um *check-up*. A gente não tem muito acompanhamento à saúde do homem. Até porque ele não se sente muito à vontade pra chegar numa unidade de saúde. ACS no Engenho do Meio, por exemplo, a gente só tem um homem, e na microrregião tem 3 homens.

Atrelado a isto, a ESF, inicialmente, era centrada apenas no atendimento materno-infantil. Estes indícios podem apontar para uma das razões desta dificuldade de alcançar esses adolescentes no que diz respeito à educação sexual e planejamento familiar, já que, na maioria dos casos, eles não fazem parte dos grupos prioritários nas visitas domiciliares, conforme pode ser verificado na Tabela 7.

²⁵ Entrevista realizada com Agente Comunitário de Saúde do Engenho do Meio.

Grupo mais importante nas visitas	Frequência	Percentual
Crianças menores de 1 ano.	107	70,4
Homens idosos (acima de 60 anos).	13	8,6
Mulheres idosas (acima de 60 anos).	9	5,9
Mulheres adultas (entre 20 e 59 anos).	8	5,3
Crianças de 1 a 9 anos.	7	4,6
Homens adultos (entre 20 e 59 anos).	5	3,3
Adolescentes femininos (entre 10 e 19 anos).	1	0,7
Total	150	98,7
Não sabe ou não respondeu	2	1,3
Total de entrevistados	152	100,0

Tabela 7. Primeiro grupo mais importante nas visitas domésticas na opinião dos ACSs.

Fonte: Levantamento de dados direto no Distrito Sanitário IV-Recife.

Algumas Unidades de Saúde já vêm trabalhando com grupo de educação em saúde com adolescentes, o grupo AESA (Adolescentes Educadores em Saúde), porém, com pouca adesão por parte dos adolescentes. É uma questão que acaba por interferir na mortalidade infantil, pois quanto mais freqüente é a ocorrência de uma gravidez precoce, maior é a possibilidade de um nascimento prematuro e, por sua vez, da mortalidade em menores de um ano.

Outra dificuldade ainda existente na Estratégia de Saúde da Família é a pouca articulação entre as equipes de unidades de saúde distintas. As experiências exitosas, dificilmente extrapolam as quatro paredes da USB, o que impede o despertamento de outras equipes para outra forma de trabalhar.

A observação das especificidades locais não deve acarretar uma perda de visão do todo. Na ESF há uma tendência de se observar as peculiaridades locais, o que é perfeitamente saudável e benéfico para as comunidades, todavia é também indispensável que haja uma articulação maior entre as unidades de saúde, inclusive entre as equipes de uma mesma unidade, já que em entrevista, poucas sabiam informar as condições de trabalho, dificuldades ou avanços de ACSs que não fizessem parte de sua equipe.

Essa visão local extrema pode, inclusive, prejudicar a possibilidade de evolução do programa, já que, com as experiências alheias, há uma reciclagem de novas idéias através das ações exitosas, bem como uma possibilidade menor de erros, com o exemplo de experiências mal sucedidas.

É também fundamental para o enfrentamento dos diversos problemas que acometem a população, uma divisão adequada do número de famílias a serem atendidas pelos ACS. Assim como em Vila União, esta foi uma dificuldade bastante citada nas entrevistas. Quando se trata de um ACS que tem por responsabilidade um número excessivo de famílias, a tendência é que o atendimento seja bastante prejudicado.

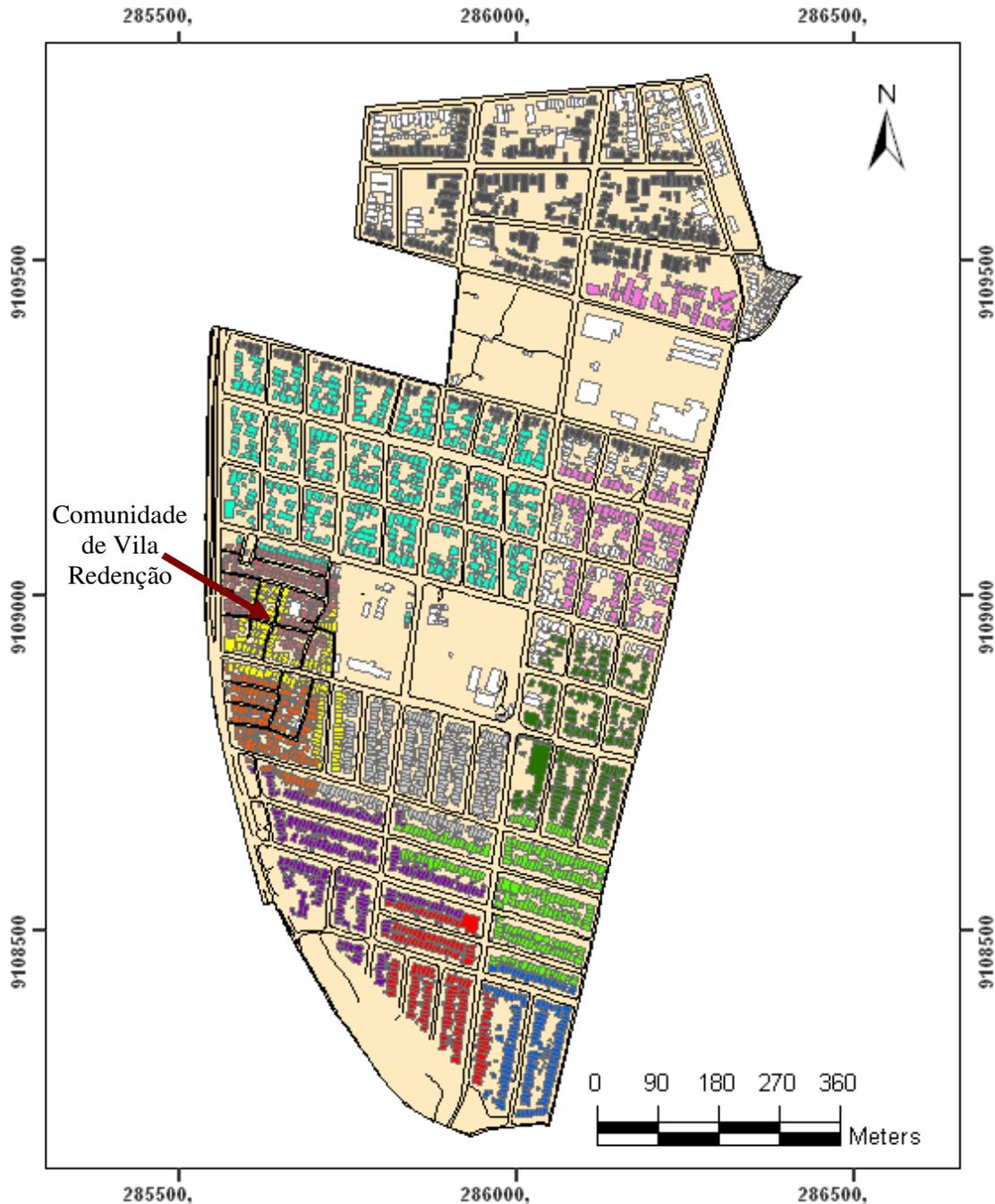
O critério utilizado para a definição das Micro-Áreas é o populacional. Há também um cuidado em não permitir que a localidade de atuação de um ACS esteja demasiadamente distante de sua residência²⁶, contudo, como a área de abrangência é extensa, algumas Micro-Áreas acabam por estar mais afastadas das unidades de saúde.

No mapa 6 apresentado a seguir, no qual é possível verificar a divisão das micro-áreas da USF do Engenho do Meio²⁷, observa-se que na comunidade de Vila Redenção, que compreende as Micro-Áreas 02, 03 e 04 (Equipe 420) e 05 (Equipe 112), por se tratar de uma área de maior carência e, conseqüentemente, que exige maior atenção por parte da equipe, apresenta uma maior quantidade de ACSs num território mais reduzido quando comparado às outras Micro-Áreas.

Tal fato indica que o nível de dificuldade e de exigência de uma atenção mais detalhada varia de acordo com as necessidades de cada território. As áreas de difícil acesso exigem um trabalho diferenciado.

²⁶ Alguns ACSs optaram por trabalhar mais distantes de sua residência. Esta relação tão próxima existente entre ACS e comunidade, acaba por limitar a “privacidade” destes profissionais. Muitos reclamavam que a comunidade cobrava o atendimento mesmo nos finais de semana ou depois do expediente.

²⁷ A intenção inicial era confeccionar os mapas das micro-áreas das USFs do Engenho do Meio e de Vila União, já que o próprio distrito não possui tal mapeamento. Para o Engenho do Meio foi possível ser realizado, pois os ACSs haviam construído um croqui que permitia visualizar as micro-áreas. No caso de Vila União, os croquis existentes estavam desatualizados, desgastados e com informações insuficientes para a construção deste mapeamento.



Legenda

Equipe 420		Equipe 112	— Sistema Viário
 Micro-Área 01	 Micro-Área 01	 Edificações não cobertas pela ESF	 Área do bairro
 Micro-Área 02	 Micro-Área 02		
 Micro-Área 03	 Micro-Área 03		
 Micro-Área 04	 Micro-Área 04		
 Micro-Área 05	 Micro-Área 05		
 Micro-Área 06	 Micro-Área 06		

Mapa 6. Divisão das Micro-áreas no bairro do Engenho do Meio.

Fonte: FIDEM/UNIBASE- 2000. DES./ED.GRAF.: a autora.

Esta divisão é realizada pelos coordenadores do Distrito Sanitário e posteriormente vão sendo feitas pequenas alterações decorrentes de mudança de moradores ou até do surgimento de novos aglomerados, com a construção de conjuntos habitacionais ou de ocupação desordenada.

Diante da caracterização da atenção à saúde nestes dois bairros, foi possível verificar que, em ambos, a Estratégia de Saúde da Família apresenta limitações e avanços em sua atuação.

Contudo, resta o seguinte questionamento: Se a ESF é comprovadamente tão eficaz no combate à mortalidade infantil, porque então este índice apresenta níveis tão diferenciados nestas localidades onde ambas demonstram ter boa cobertura? Não pretendendo esgotar os mais diversos caminhos que poderiam indicar esta resposta, o debate realizado a seguir tem por intuito tentar apontar alguns esclarecimentos possíveis para esta indagação.

Neste sentido, serão apresentadas as principais heterogeneidades entre duas UDHS do Recife. Por conseguinte, o desafio da gestão municipal reside em minimizar esses contrastes, em busca da melhoria das condições de vida da população por meio da oferta de serviços públicos que garantam a inclusão social.

4.4. DIFERENCIAIS INTRA-URBANOS NO RECIFE: DESIGUALDADES SOCIOECONÔMICAS ENTRE AS UDHS DO ENGENHO DO MEIO E IPUTINGA

No Recife nenhum morador de renda alta ou média reside a mais de 1.050m de uma comunidade de baixa renda. Esta distância máxima é atingida no Bairro dos Aflitos e Jaqueira. Ou seja, no geral, o território do Recife é marcado por profundas desigualdades também no interior dos bairros, salvo algumas exceções onde a pobreza é mais generalizada, formado um amplo aglomerado popular mais homogêneo (RECIFE, 2005).

Desse modo, algumas áreas focalizadas são responsáveis pelas médias elevadas que classificam os bairros e/ou regiões nos piores indicadores de morbi-mortalidade e de pobreza. Embora no geral exista um quadro de pobreza predominante, percebem-se também grandes desigualdades entre os diversos estratos da sociedade (RECIFE, 2005).

Na busca de tornar patentes estas disparidades, a mortalidade infantil demonstra ser um indicador sensível do nível de saúde, bem-estar e desenvolvimento econômico de toda uma comunidade (TEIXEIRA; BARROS, 2002).

Segundo dados do Atlas de Desenvolvimento no Recife, em 1991, a mortalidade infantil até um ano de idade na UDH Engenho do Meio era de 33,05 mortos a cada 1000 nascidos vivos, passando para 19,49 no ano de 2000, correspondendo a uma diminuição de aproximadamente 41%. No caso da UDH Iputinga apresentava um índice de 55,10 em 1991, decaindo para 41,23 em 2000, redução de pouco mais que 25%.

As UDHS do Engenho do Meio e da Iputinga se enquadram, respectivamente, nos grupos com os melhores e piores índices de mortalidade infantil do Recife²⁸ (Figura 34.).

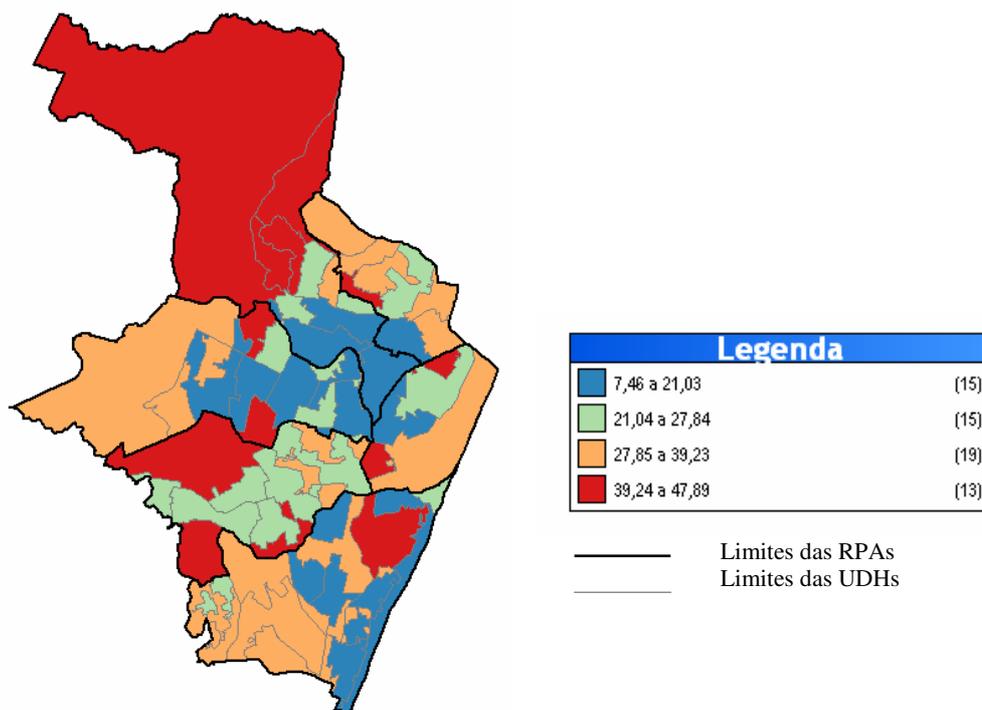


Figura 34. Mortalidade até um ano de idade: Todas as UDHS do Recife.

Fonte: RECIFE. Prefeitura; PNUD. Atlas do Desenvolvimento Humano no Recife. 2005.

²⁸ O fato de basear esta análise nas UDHS teve por intenção revelar as iniquidades territoriais dentro destes bairros. Apesar de a UDH ser uma unidade espacial que apresenta certo nível de homogeneidade social, isto não implica dizer que dentro de uma UDH não haja disparidades. Mas, para este estudo, as UDHS foram as unidades espaciais mais adequadas para a comparação destas áreas de perfis sociais diferenciados.

As diferenças entre os índices apresentados pelas UDHs são evidentes, assim como a expressiva diminuição dos números no decorrer do tempo, o que pode ser observado na tabela 8.

Indicadores	UDH Engenho do Meio/ Cordeiro/ Iputinga – Bom Pastor	UDH Iputinga/ ZEIS Vila União/ AP Detran
Mortalidade até cinco anos de idade, 1991.	48,89	80,34
Mortalidade até cinco anos de idade, 2000.	31,29	65,33
Mortalidade até um ano de idade, 1991.	33,05	55,10
Mortalidade até um ano de idade, 2000.	19,49	41,23

Tabela 8. Variação da Mortalidade Infantil entre as UDHs do Engenho do Meio e Iputinga.

Fonte: RECIFE. Prefeitura; PNUD. Atlas do Desenvolvimento Humano no Recife. 2005.

Conforme é verificado na tabela acima, comparativamente, a UDH Engenho do Meio apresenta um maior declínio nas taxas de mortalidade infantil em relação à UDH Iputinga. Apesar de, em ambas, haver uma expressiva atuação da Estratégia de Saúde da Família, este nível diferenciado na redução da mortalidade infantil demonstra que, entre outros fatores, as distintas condições sócio-econômicas destas comunidades continuam a limitar o poder de atuação da ESF no combate à mortalidade infantil.

Esta afirmação decorre do fato de que o primeiro ano de vida é um período extremamente vulnerável a condições ambientais adversas fortemente relacionadas com a pobreza e os fatores sociais envolvidos na sobrevivência durante o primeiro ano de vida. Expressam-se também nas condições de saúde e na esperança de vida da população em outras idades (TEIXEIRA; BARROS, 2002).

Além disto, as UDHs analisadas apresentam padrões distintos de ocupação, enquanto que na UDH Engenho do Meio há certa estabilidade, a Iputinga tem apresentado um acréscimo na ocupação de áreas pobres no decorrer de sua história.

Assim como afirma Santos (1996), “o espaço é o resultado da geografização de um conjunto de variáveis, de sua interação localizada, e não nos efeitos de uma variável

isolada”. Desta forma, faz-se necessário analisar outros indicadores que possam estar interferindo nos índices de mortalidade infantil das localidades em questão.

É possível identificar uma correspondência entre as Unidades de Desenvolvimento Humano que apresentaram um progresso considerável no percentual de pessoas que vivem em domicílios sem instalação sanitária e as maiores quedas de mortalidade infantil (LYRA; SOUZA; BITOUN, 2005).

A UDH Iputinga – Zeis Vila União/AP Detran, que, entre 1991 e 2000, passou de 51,8 % para 10,1 % de pessoas habitando em domicílios sem instalação sanitária, apresentou uma redução da taxa de mortalidade de até um ano de vida de cerca de 14 por mil. A mesma demonstrou também um percentual de 17,81% de pessoas vivendo em domicílios sem água encanada em 2000. Enquanto que na outra UDH este percentual não passou de 0,19% de domicílios sem instalação sanitária e 2% de domicílios sem água encanada, sendo estes números referentes ao ano de 2000.

Como aponta a tabela 9 a seguir, a mesma relação é verdadeira para índices como renda, nível de instrução, esperança de vida ao nascer e etc., demonstrando uma ampla desigualdade social em territórios muito próximos.

Indicadores (2000)	UDH Engenho do Meio/ Cordeiro/ Iputinga – Bom Pastor	UDH Iputinga/ ZEIS Vila União/ AP Detran
Percentual de pessoas que vivem em domicílios sem água encanada.	2,0	17,81
Percentual de pessoas que vivem em domicílios sem instalação sanitária.	0,10	10,11
População que reside nos Aglomerados Subnormais.	0	7.232
Esperança de vida ao nascer.	73	65
Média de anos de estudo dos responsáveis pelo domicílio do sexo feminino.	8,48	4,76
Percentual de responsável pelo domicílio com renda de 1 a 2 salários mínimos.	12,80	27,35

Tabela 9. Comparação dos indicadores sociais das UDHs Engenho do Meio e Iputinga.

Fonte: RECIFE. Prefeitura; PNUD. Atlas do Desenvolvimento Humano no Recife. 2005.

Assim como são constatadas diversas áreas no território brasileiro vazias de serviços básicos para a existência humana, verificam-se cidades cujas periferias, tais serviços são igualmente ausentes ou insuficientes, apesar de certa densidade demográfica. É como se as pessoas nem lá estivessem (SANTOS, 1985).

O fato é ainda mais alarmante quando territórios próximos, e até vizinhos como o caso das UDHs aqui trabalhadas, apresentam condições muito distintas de acesso aos bens e serviços que legalmente é assegurado a todos. Isto remete o fato de que “a capacidade de utilizar o território não apenas divide, como separa os homens, ainda que eles pareçam como se estivessem juntos” (SANTOS, 1985).

Esta situação fica bem evidente no bairro da Iputinga, onde o padrão de ocupação urbana de localidades tão próximas revela as desigualdades territoriais deste bairro. As diferentes formas de acesso à infra-estrutura urbana e aos demais serviços proporcionam condições diferenciadas de qualidade de vida (Figura 35.).

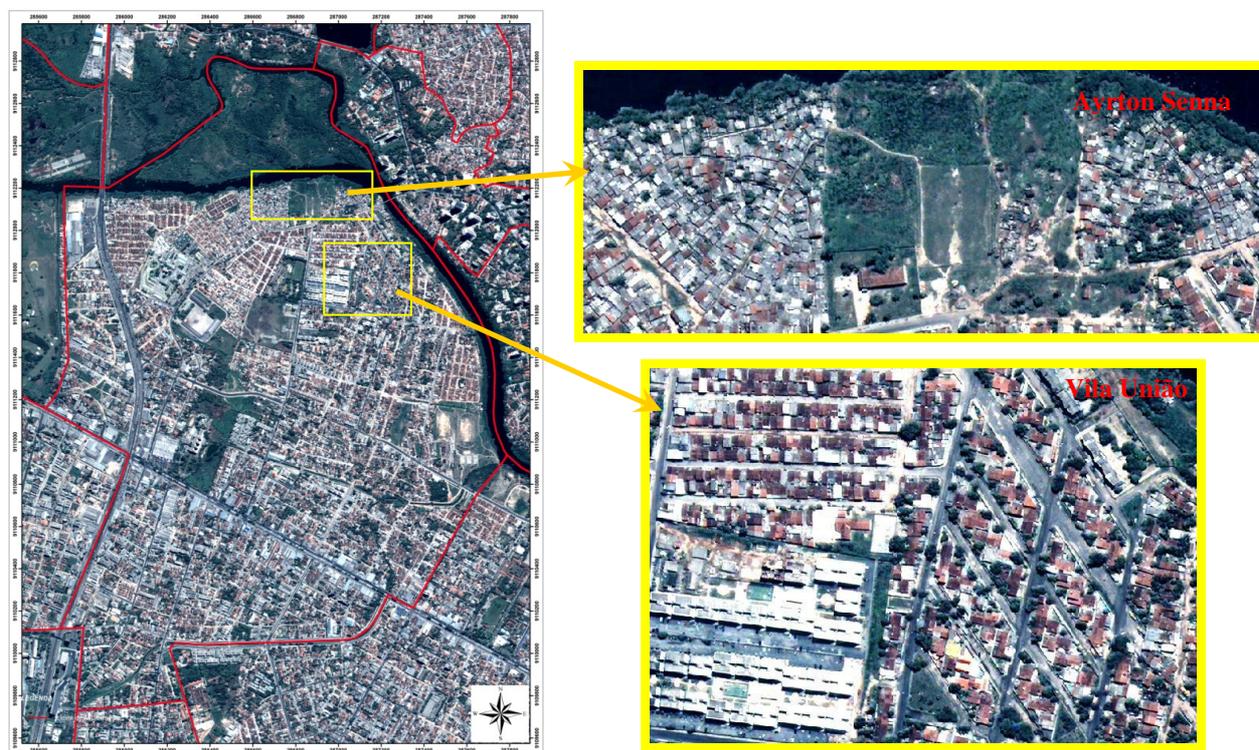


Figura 35. Padrão de ocupação urbana das comunidades de Ayrton Senna e Vila União.

Fonte: Adaptado de PNUD.

Estas deficiências foram também citadas nos questionários aplicados no bairro do Engenho do Meio e da Iputinga, onde há níveis diferentes de satisfação, variando de um bairro para o outro, como pode ser verificado nas tabelas 10 e 11, a seguir:

Grau de Satisfação	Conservação das ruas e praças		Esgotamento sanitário		Recolhimento do Lixo	
	Frequência	Percentual	Frequência	Percentual	Frequência	Percentual
Muito grande	12	27,9	10	23,3	22	51,2
Mais ou menos	2	4,7	3	7,0	16	37,2
Nenhuma	29	67,5	30	69,8	5	11,6
Total	43	100,0	43	100,0	43	100,0

Tabela 10. Nível de satisfação dos usuários da USF Vila União com os serviços básicos no bairro.

Fonte: Levantamento de dados direto – Iputinga - Recife.

Grau de Satisfação	Conservação das ruas e praças		Esgotamento sanitário		Recolhimento do Lixo	
	Frequência	Percentual	Frequência	Percentual	Frequência	Percentual
Muito grande	8	34,7	10	43,4	18	78,2
Mais ou menos	7	30,4	4	17,4	1	4,3
Nenhuma	8	34,7	9	39,1	4	17,4
Total	23	100,0	23	100,0	23	100,0

Tabela 11. Nível de satisfação dos usuários da USF Engenho do Meio com os serviços básicos no bairro.

Fonte: Levantamento de dados direto – Engenho do Meio - Recife.

O nível de satisfação destes usuários, moradores das comunidades em questão, no que diz respeito a serviços básicos como, esgotamento sanitário, recolhimento do lixo e conservação das ruas, permite averiguar as principais deficiências existentes nestas localidades. Há que se ressaltar que o nível de insatisfação dos moradores da Iputinga, quanto a estes serviços, é notavelmente superior ao apresentado no Engenho do Meio.

Este quadro deficitário na oferta de saneamento, habitação e água encanada, repercute na saúde pública, aumentando os custos do sistema de saúde com o elevado número de internações hospitalares e medicamentos. Tal fato eleva os índices de

mortalidade e a morbidade das doenças relacionadas com o saneamento ambiental inadequado, principalmente na mortalidade infantil até um ano, período de maior vulnerabilidade em relação a estas condições.

Em muitas comunidades pobres, onde os serviços de saúde passaram a atender e prestar assistência no âmbito do SUS, essa presença não foi suficiente para reverter, somente com base em ações de saúde materno-infantil, os efeitos da pobreza e das muito precárias condições habitacionais. Essa situação aponta para a necessidade de investimentos em saúde ambiental e em melhoria da infra-estrutura de saneamento, sem a qual muitas áreas do Recife manterão taxas incompressíveis ou pouco compressíveis de mortalidade infantil (LYRA; SOUZA; BITOUN, 2005).

Apesar da redução dos níveis da mortalidade infantil, são mantidas as desigualdades sociais em saúde, e os processos sociais que comprometem as condições de vida continuam desempenhando um relevante papel na sua determinação.

Não obstante, os coeficientes de mortalidade infantil poderiam ser ainda mais reduzidos, considerando-se o perfil da mortalidade e a possibilidade de se evitar o óbito nas diversas etapas do processo de adoecimento dessas crianças (VIDAL, 2003).

As condições sócio-econômicas reforçam os riscos provenientes das questões de infra-estrutura urbana, o que reflete intensamente na qualidade de vida da população, de uma forma geral, e, por conseguinte, em sua saúde e desenvolvimento (BRASIL, 2003).

A Estratégia de Saúde da Família tem sido um instrumento comprovadamente eficaz no combate à mortalidade infantil, no entanto, a vinculação das equipes ao território e a continuidade da atenção são indispensáveis. A partir da identificação de problemas e da eleição de um conjunto de prioridades para este território, o planejamento do trabalho em saúde torna-se possível e eficiente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O interesse em desenvolver metodologias adequadas para o conhecimento e o monitoramento das desigualdades sociais em saúde tem crescido em todo o mundo. Área até pouco tempo restrita a alguns grupos acadêmicos, vem sendo cada vez mais utilizada por gestores do sistema de saúde como um poderoso instrumento para estabelecer agendas de prioridades e avaliar o impacto de políticas adotadas (VIANA *et al.*, 2001).

A avaliação do perfil de causas básicas da mortalidade infantil tende a revelar determinadas características das condições de habitação, saneamento básico, assistência médica e nutrição que se traduzem em riscos diferenciais na mortalidade. O comportamento das causas específicas desenha o perfil de cada grupo ou região, identificando a influência de políticas públicas específicas e o impacto de condições estruturais.

A valorização desses aspectos sugere a introdução de reformulações metodológicas relacionadas à construção de categorias de análise mais apropriadas, definidas não apenas em função do lugar ocupado por um determinado grupo na estrutura produtiva, mas também a partir das condições de reprodução social da população (DUARTE, 1992).

Visto sob esta perspectiva, o espaço sócio-geográfico pode ser considerado uma unidade de análise adequada para avaliar os diferenciais de mortalidade infantil segundo o nível de reprodução social de seus habitantes (DUARTE, 1992).

Ou seja, os níveis e tendências da mortalidade infantil segundo idade e causas, analisados para diferentes áreas geográficas, tendem a reproduzir as disparidades existentes entre situações de reprodução social desiguais.

Neste sentido, o Recife se apresenta como uma cidade marcada por padrões de desigualdade nas condições de saúde da população. Os avanços nos indicadores de saúde, mesmo em territórios com aspectos sociais e econômicos diferenciados, apontam para melhorias nos cuidados básicos de saúde decorrentes da implantação da Estratégia de Saúde da Família.

É um desafio para a saúde pública sugerir programas adaptados ao contexto no qual as pessoas estão inseridas, dando uma significativa importância a territorialização das políticas de saúde. Esta idéia assegura uma atenção maior nas especificidades de cada local, com o objetivo de atender melhor as necessidades do público-alvo.

Além desta divisão, existe também um incentivo, por parte dos órgãos responsáveis, à auto-responsabilidade e à participação da comunidade no funcionamento dos programas, tendo uma grande contribuição para o bom desempenho das políticas de atenção básica à saúde.

Apesar dos esforços associados à implantação da Estratégia de Saúde da Família, há uma manutenção das fortes desigualdades sócio-territoriais concernentes à mortalidade infantil. É de se esperar que a atenção à saúde possa continuar sendo expandida para reverter esse quadro negativo. Contudo, sem uma ação ampliada às dimensões socioeconômicas, habitacionais e ambientais das condições de vida da população, envolvendo mais que a política de saúde, o direito elementar à vida continuará marcado por intransponíveis barreiras separando os recifenses (LYRA; SOUZA; BITOUN, 2005).

Cabe ao setor público definir uma política de saúde que corrija a distorção encontrada, ou seja, priorizar a disponibilidade de recursos de saúde e saneamento nas áreas de baixa renda (YUNES, 1983).

Estes entraves acabam por minimizar a efetividade das ações na atenção à criança. Tal fato dificulta que mudanças consideráveis sejam empreendidas nas condições de saúde destas comunidades e, por sua vez, nos coeficientes de mortalidade infantil.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AKERMAN, Marco. *Território, governança e articulação de agendas*. Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo: São Paulo, 2005.

ANDRADE, Manuel Correia. *A questão do território no Brasil*. São Paulo: Hucitec; Recife: IPESPE, 1995.

AZEVEDO, Ana Lucia Martins. *Acesso à atenção à saúde no SUS: o PSF como (estreita) porta de entrada*. Recife, 2003. 177p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Fundação Oswaldo Cruz.

BASTOS, Priscila Felix. O ambiente urbano e a saúde: análise sobre o trabalho dos Agentes de Saúde junto a comunidades de baixa renda do Recife. In: *Anais da 58ª Reunião Anual da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência-SBPC*. Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência: Florianópolis, 2006.

BEZERRA FILHO, J. G. *et al.*. Distribuição espacial da taxa de mortalidade infantil e principais determinantes no Ceará, Brasil, no período 2000-2002. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 5, p. 1173-1185, 2007.

BEZERRA, Anselmo César Vasconcelos. *Subsídios à Gestão Territorial do Programa de Saúde Ambiental: contribuição da geografia à construção de mapas operacionais para territorialização dos Agentes de Saúde Ambiental no Recife-PE*. Recife, 2008. 154p. Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Geografia) Centro de Filosofia e Ciências Humanas/ Universidade Federal de Pernambuco.

BEZERRA, Anselmo César Vasconcelos; BASTOS, Priscila Felix; BITOUN, Jan. Agentes de saúde ambiental (ASA) e agentes comunitários de saúde (ACS) na cidade do Recife: por que atores de uma política local agem tão distantes? In: *Geografia, medicina e saúde: do diálogo de saberes aos desafios da espacialização do processo saúde-doença*. Curitiba – PR: AGB. Publicação em CD-ROM, 2007, 10p (Anais do III Simpósio Nacional de Geografia da Saúde/ II Fórum Internacional de Geografia da Saúde).

BEZERRA, Daniel U. Cavalcanti. *Alagados, mocambos e mocambeiros*. Recife: Instituto Joaquim Nabuco de pesquisas Sociais/Imprensa Universitária/UFPE, 1965.

BITOUN, J.; BARRETO, A.M. *Recife e seus bairros*. Recife: SEPLAM/PCR, 1996.

BITOUN, Jan. A política de saúde e as inovações na gestão local. *Cidadania, cidade é notícia*. Recife: Etapas, n. 4. Abril/Maio, 2000.

_____. Programa de Administração Participativa de Camaragibe-PE. In CAMAROTTI, Ilka; SPINK, Peter (Orgs.). *Redução da pobreza e dinâmicas locais*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2001.

BOTAZZO, C. *Unidade básica de saúde: a porta do sistema revisitada*. Bauru: EDUSC, 1999. 237p.

BRASIL, Ministério da Saúde. *Perfil da saúde ambiental infantil no Brasil*. Brasília, DF, 2003.

_____. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*: promulgada em 5 de outubro de 1988. Organização do texto: Juarez de Oliveira. 4. ed. São Paulo: Saraiva, 1990. 168 p.

_____. *Lei 8.080/90 – Lei 8.142/90*. Brasília: Diário Oficial da União, 1990.

_____. *Lei nº. 11.350*, de 5 de outubro de 2006. Regulamenta profissão de agente comunitário de saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 6 out. 2006, p. 1.

_____. Ministério da Saúde. Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS 01/02). Brasília, 2002.

_____. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília, 2006.

_____. Ministério da Saúde. *Prêmio Saúde Brasil*. Disponível na Internet: <<http://www.saude.gov.br/psf/experiencias/premio.asp>> Acesso em: 24/10/08.

_____. Ministério da Saúde. *Programas Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde: atividades 1999*. Brasília, 2000.

_____. Ministério da saúde. *Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial*. Brasília: Ministério da Saúde, 1997. 36 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Saúde da Família: ampliando a cobertura para a consolidar a mudança do modelo de atenção básica. *Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil*. Recife, v. 3, n. 1, p. 113-125, jan./mar. 2003.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. *ABC do SUS: doutrinas e princípios*. Brasília, 1990. 20p.

_____. Ministério da Saúde. *Sistema de informações hospitalares – SIHSUS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001e. Disponível em: <www.datasus.gov.br> Acesso em: 24/10/08.

_____. *Portaria nº 1886 de 18 de Dezembro de 1997*. Dispõe sobre a aprovação das normas e diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 18 dez. 1997,

_____. *Decreto nº 3.189 de 4 de Outubro de 1999*. Dispõe sobre a fixação das diretrizes para o exercício da atividade de Agente Comunitário de Saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 4 out. 1999.

_____. *Lei nº 10.507 de 10 de Julho de 2002*. Dispõe sobre a criação da profissão de Agente Comunitário de Saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 10 jul. 2002.

_____. *Portaria nº 648 de 28 de Março de 2006*. Dispõe sobre a aprovação da Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família e o Programa Agentes Comunitários de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 28 mar. 2006.

CABRAL, A. M. C. *et al.* (Orgs.). *Referência e contra-referência: uma proposta de reestruturação para a assistência à saúde no Distrito Sanitário IV – Recife*. Recife: Bargaço, 2005.

CAMPOS, G.W.S. *Reforma da reforma: repensando a saúde*. São Paulo: Hucitec, 1997. 220p.

CARVALHO, B. G.; MARTIN, G. B.; CORDONI JR, L. A organização do sistema de saúde no Brasil. In: ANDRADE, S. M.; SOARES, D. A.; CORDONI JR, L. *As bases da saúde coletiva*. Londrina: UEL e Núcleo de Estudo em Saúde Coletiva, 2001.

CARVALHO, Valéria Conceição Passos de; ARAÚJO, Thália Velho Barreto de. Adequação da assistência pré-natal em gestantes atendidas em dois hospitais de referência para gravidez de alto risco do Sistema Único de Saúde, na cidade de Recife, Estado de Pernambuco. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, v. 7, n. 3, 309-317, 2007.

CAVALCANTI, Carlos Bezerra. *O Recife e seus bairros*. Recife: Câmara Municipal do Recife, 1998, 166p.

CLAVAL, P. *O território na transição da pós-modernidade*. In: Geografia. Ano 1 – nº2, 1999.

COHN, A. Saúde e Cidadania: análise de uma experiência de gestão local. In: EIBENSCHUTZ, C. (org.) *Políticas Públicas: o público e o privado*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996. p.315-343.

CRUZ, Mariângela Guanaes Bortolo da. Estudo comparativo de alguns indicadores em municípios do Estado de São Paulo segundo a implantação da Saúde da Família. *Revista da Escola de Enfermagem USP*. São Paulo, v. 39, n. 1, p. 28-35, 2005.

DIÁRIO DE PERNAMBUCO. Ministro da Saúde vem ao Recife amanhã. Recife, 25 de maio de 2009. In: *Vida Urbana*. <<http://www.diariodepernambuco.com.br/nota.asp>> Acesso em 26 de maio de 2009.

DIÁRIO OFICIAL. *Área verde e tradições libertárias caracterizam Iputinga*. Recife, 25 de novembro, 2003 b.

DIÁRIO OFICIAL. *Símbolos históricos compõem o Engenho do Meio*. Recife, 04 de novembro, 2003 a.

DUARTE, Cristina Maria R. Qualidade de Vida e Indicadores de Saúde: Aspectos da Mortalidade Infantil no Estado do Rio de Janeiro e suas Regiões. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 8, n. 4, p. 414-427, 1992.

GERSCHMAN, Silva. *A Democracia Inconclusa: Um Estudo da Reforma Sanitária Brasileira*. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 1995.

GUIMARÃES, Maria José Bezerra *et al.* Condição de vida e mortalidade infantil: diferenciais intra-urbanos no Recife, Pernambuco, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 19, n.5, p. 1413-1424, 2003.

GUIMARÃES, Maria José Bezerra. *Mortalidade Infantil: uma análise das desigualdades intra-urbanas no Recife*. Recife, 2003, 121p. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Fundação Oswaldo Cruz.

HAESBAERT, Rogério. A multiterritorialidade do mundo e o exemplo da Al Qaeda. *Terra Livre*, São Paulo, v. 1, n. 18, p.37- 46, 2002.

HAESBAERT, Rogério. *O Mito da desterritorialização: do “fim dos territórios” à multiterritorialidade*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2006.

JORNAL DO COMÉRCIO. *Engenho do Meio sem atrativos para crescer*. Cidades. Recife, 27 de maio de 2007.

JUSTO, Alda Maria. *Descentralização da política de saúde para municípios em gestão plena do sistema: uma análise da agenda decisória da Comissão dos Intergestores Bipartite de Pernambuco*. Dissertação de mestrado apresentada ao Programa Integrado de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Universidade Federal de Pernambuco. CCS. Saúde Coletiva, 2006.

KLUTHCOVSKY, Fábio Aragão. *Avaliação do processo de expansão do Programa Saúde da Família em um município do Sul do Brasil*. Ribeirão Preto: EERP/USP, 2005. 186 p. Dissertação de mestrado, programa de Pós-Graduação Enfermagem em saúde pública.

KRÜGER, Tânia Regina. O desconhecimento da reforma sanitária e da legislação do SUS na prática do conselho de saúde. *Planejamento e Políticas Públicas*. n. 22, 2000.

LEUCOVITZ, E.; GARRIDO, N.G. Saúde da família: a procura d um modelo anunciado. *Cadernos Saúde da Família-construindo um novo modelo: os municípios já têm história pra contar*. v.1, n.1, p. 3-9, 1996.

LIMA, Edilmar Carvalho DE. *Efeitos do Programa de Saúde da Família (PSF) sobre a Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) nos Municípios Cearenses*. Fortaleza: 2008. 55 p. Dissertação de Mestrado em Economia. Universidade Federal do Ceará.

LUNARDELO, Simone Renata. *O trabalho do agente comunitário de saúde nos Núcleos de Saúde da Família em Ribeirão Preto- São Paulo*. Dissertação de mestrado, apresentada à escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Ribeirão Preto, 2004.

LYRA, Maria Rejane Souza de Britto; SOUZA, Maria Angela de Almeida; BITOUN, Jan. Demografia e saúde: perfil da população. In: RECIFE. Prefeitura et al. *Desenvolvimento Humano no Recife: atlas municipal*. 2005. 1CD-ROM.

MACINKO, J.; GUANAIS, F.C.; MARINHO DE SOUZA, F. An Evaluation of the Impact of the Family Health Program on Infant Mortality in Brazil, 1990-2002. *Journal of Epidemiology and Community Health*, January, 2006.

MARICATO, Ermínia. Urbanismo na periferia do mundo globalizado metrópoles brasileiras. *São Paulo em Perspectiva*, v. 14, n. 4, 2000.

MENDES, E.V. A descentralização do sistema de serviços de saúde no Brasil: novos rumos e outro olhar sobre o nível local. In: MENDES, E.V. A (Org.). *A organização da saúde no nível local*. São Paulo: Hucitec, 1998. p. 17-56.

_____. *Uma agenda para a saúde*. São Paulo: Hucitec, 1996.

_____. (org.) *Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. 4ª ed. São Paulo - Rio de Janeiro: HUCITEC/ABRASCO. 1999. 302 p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Anais da 8ª. Conferência Nacional de Saúde*. Relatório Final. Brasília, 1987.

MONKEN, M.; BARCELLOS, C. Vigilância à saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. *Cadernos de Saúde Pública*. v. 21, n. 3, p.898-906, 2005.

MONKEN, Maurício *et al.* O território na saúde: construindo referências para análises em saúde e ambiente. In: Ary Carvalho de Miranda; Christovam Barcellos; Josino Costa Moreira; Maurício Monken. (Org.). *Território, Ambiente e Saúde*. 1 ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, v. 1, p. 23-41, 2008.

NEGRI, B. *Assistência básica de saúde: menos doença, mais vida*. Disponível na Internet: <<http://www.saude.gov.br/apresenta/acoes/assistencia.htm>> Acesso em 01/12/08.

NUNES, M. O.; ALMEIDA, B. A.; HOMEM, C. R., MELO, M. C. I. C. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. *Cadernos de Saúde Pública*. v. 18, p. 1639-46, 2002.

OLIVEIRA, L.A.P. & MENDES, M.M.S. Mortalidade infantil no Brasil: uma avaliação de tendências recentes. In: *Os muitos Brasis - saúde e população na década de 80* (MINAYO, M.C.S., org.). p. 291-303, São Paulo/Rio de Janeiro: HUCITEC/ABRASCO, 1995.

PEREIRA, Martha Priscila Bezerra. *Comunidades pobres urbanas da cidade do Recife e Políticas Públicas: como a interação das ações do governo e práticas cotidianas da comunidade está viabilizando uma melhoria das condições de saúde*. Recife: 2001. 108p. Dissertação (Programa de Mestrado em Geografia) Centro de Filosofia e Ciências Humanas/ UFPE.

_____. *Conhecimento geográfico do agente de saúde: competências e práticas sociais de promoção e vigilância à saúde na cidade do Recife – PE*. Presidente Prudente: 2008. 255 p. Tese (doutorado) - Faculdade de Ciências e Tecnologia- Universidade Estadual Paulista.

PEREIRA, Martha Priscila Bezerra; BARCELLOS, Christovam. O Território no Programa de Saúde da Família. *Hygeia*, jun., v. 2, n. 2, p. 47-55, 2006.

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

RECIFE. Diretoria Geral de Urbanismo, Departamento de Informações e Projeções. *Regiões Político-Administrativas do Recife: Região Oeste – RPA 4*. Recife, 2001.

_____. *Perfil municipal: histórico e evolução urbana*. Recife: DPU (Diretoria de Planejamento Urbano), 1989, 230p.

_____. *Plano Municipal de Saúde: 2006-2009 – Recife Saudável: Inclusão Social e Qualidade no SUS*. Recife, 2005.

_____. Prefeitura *et al.* Definição e metodologia de cálculo dos indicadores e índices de desenvolvimento humano. In: *Desenvolvimento Humano no Recife: atlas municipal*. 2005. 1CD-ROM.

_____. *Resolução n. 1 de 11 de outubro de 2007*: Comissão Especial criada pela Lei 17.233/ 2006. Recife. 2007.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. *Plano Municipal de Saúde: 2002-2005*. Recife, 2002.

REINAUX, Marcílio. *Iputinga bairro dos artistas*. Recife: Ed. Comunicarte, 1987.

REZENDE, A.P. *O Recife: histórias de uma cidade*. Recife: Fundação de Cultura da Cidade do Recife, 2002.

RIGOBELLO, Jorge Luiz. *A utilização do Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB pelos profissionais médicos das equipes de saúde da família, dos municípios da área de abrangência da Direção Regional de Saúde VIII*. Ribeirão Preto, 2006. 154p. Dissertação de mestrado em Saúde na Comunidade. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP.

RONCALLI, Angelo Giuseppe. O desenvolvimento das Políticas Públicas de Saúde no Brasil e a construção do Sistema Único de Saúde. In. PEREIRA, Antonio Carlos. *Saúde Bucal Coletiva*. Natal: MEDSI, 2002.

RÜCKERT, Aldomar; MISOCZKY, Maria Ceci A. *Território Vivido, Território em Mutação. Estratégias de organização da atenção à saúde*. DACASA: Porto Alegre, 2002.

SANTOS, Milton. *A natureza do espaço: técnica e tempo. Razão e emoção*. São Paulo: Edusp, 2002.

_____. *Espaço e método*. São Paulo: Nobel, 1985.

_____. *Metamorfoses do espaço habitado: fundamentos teóricos e metodológicos da Geografia*. São Paulo: Hucitec, 1996.

SAQUET, Marcos Aurélio. O território: diferentes interpretações na literatura italiana. In: RIBAS, A. D.; SPOSITO, E. S.; SAQUET, M. A. *Território e Desenvolvimento: diferentes abordagens*. Francisco Beltrão: Unioeste, 2004.

SILVA, Izabel Christina de Avelar. *Contribuição à vigilância da saúde na cidade do Recife: Estudo das desigualdades de condição de vida e de saúde – 1996 – 2001*. Recife: [s.n.], 2003. Dissertação de Mestrado em Saúde Coletiva. Universidade Federal de Pernambuco – UFPE, Recife.

SILVA, Pedro Luiz Barros. Serviços de saúde: o dilema do SUS na nova década. *São Paulo em perspectiva*. v. 17, n. 1, p. 69-85, 2003.

SOUZA, Marcelo José Lopes de. O território: sobre espaço e poder. Autonomia e desenvolvimento. In CASTRO, I. E. de; GOMES, P. C. da C.; CORRÊA, R. L. (Orgs.). *Geografia: conceitos e temas*. 3ª ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2001, p.77-116.

SECRETARIA DE SAÚDE DE PERNAMBUCO. *Mortalidade infantil em Pernambuco (1980-1991): geografia, magnitude e significados*. Recife: Secretaria de Saúde de Pernambuco, 1996.

TEIXEIRA, Cristina; BARROS, Henrique. Evolução da Mortalidade Infantil na Cidade do Porto:1960-2000. *Arquivos de Medicina*. v. 16, n. 30-32, 2002.

TRAVASSOS, C. Equidade e o Sistema Único de Saúde: uma contribuição para o debate. *Cadernos de Saúde Pública*, v.13, n.2, p.325- 30, 1997.

UNGLERT, CVS. Territorialização em Saúde. In: *Distrito Sanitário. O processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde* (E. V. Mendes, org.) São Paulo- Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1999.

VIANA, Ana Luíza D'Ávila; DAL POZ, Mario Roberto. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. *Physis: Revista Brasileira de Saúde Coletiva*, n. 8, v. 2, p. 11-48, 1998.

VIANA, Solon Magalhães *et al.* *Medindo as desigualdades em saúde no Brasil: uma proposta de monitoramento*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2001.

VIDAL, Suely Arruda *et al.* Avaliação da aplicação da estratégia da Atenção Integrada às Doenças Prevalentes da Infância (AIDPI) por Agentes Comunitários de Saúde. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*. Recife, v. 3, n. 1, p. 205-213, 2003.

YUNES, João. Características Sócio-Econômicas da Mortalidade Infantil em São Paulo. *Pediatria*. São Paulo, v. 5, p. 162-168, 1983.

