

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES
DOUTORADO EM SAÚDE PÚBLICA**

Jandira Aureliano de Araújo

**ANÁLISE DE DEMANDAS DE SAÚDE AMBIENTAL DE COMUNIDADES
VULNERADAS E DAS RESPOSTAS DA POLÍTICA DE SAÚDE LOCAL**

RECIFE

2014

Jandira Aureliano de Araújo

**ANÁLISE DE DEMANDAS DE SAÚDE AMBIENTAL DE COMUNIDADES
VULNERADAS E DAS RESPOSTAS DA POLÍTICA DE SAÚDE LOCAL**

Tese apresentada ao Curso de Doutorado em Saúde Pública do Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz para a obtenção do grau de Doutor em Ciências.

Orientadores: **Dr. André Monteiro Costa**

Dra. Lia Giraldo da Silva Augusto

RECIFE

2014

Catálogo na fonte: Biblioteca do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

- A663a Araújo, Jandira Aureliano de.
Análise de demandas de saúde ambiental de comunidades vulneradas e das respostas da política de saúde local / Jandira Aureliano de Araújo. - Recife: [s. n.], 2014.
235 p. : ,ilus., tab, graf., mapas.
Dissertação (Doutorado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, 2014.
Orientadores: André Monteiro Costa, Lia Giraldo da Silva Augusto.
1. Saúde Ambiental. 2. Atenção Primária Ambiental. 3. Necessidades e Demandas de Serviços de Saúde. 4. Promoção da Saúde. 5. Iniquidade Social. 6. Integralidade em Saúde. 7. Direitos Humanos. 8. Saúde Pública. 9. Comunidades Vulneráveis. I. Costa, André Monteiro. ths. II. Augusto, Lia Giraldo da Silva. ths. III. Título.

Jandira Aureliano de Araújo

ANÁLISE DE DEMANDAS DE SAÚDE AMBIENTAL DE COMUNIDADES
VULNERADAS E DAS RESPOSTAS DA POLÍTICA DE SAÚDE LOCAL

Tese apresentada ao Curso de Doutorado em
Saúde Pública do Centro de Pesquisa Aggeu
Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz para a
obtenção do grau de Doutor em Ciências.

Aprovado em: 19 / 12 / 2014

BANCA EXAMINADORA

Dr. André Monteiro Costa

Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães/FIOCRUZ

Dra. Ide Gomes Dantas Gurgel

Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães/FIOCRUZ

Dra. Tereza Maciel Lyra

Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães/FIOCRUZ

Dra. Solange Laurentino dos Santos
CCS/UFPE

Dra. Mírcia Betânia Costa e Silva
CCS/UFPE

Ao meu pai José Aureliano Irmão (In memoriam)
e à minha mãe Maria Aureliano de Araújo

AGRADECIMENTOS

Ao Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães pela oportunidade de participar dos cursos dessa conceituada instituição de pesquisa e ensino.

Aos professores e colegas de turma pelo momento rico de interação e aprendizagem.

À equipe da Biblioteca do CPqAM pela receptividade e apoio na pesquisa bibliográfica, revisão das referências e formatação da tese.

À Secretaria Acadêmica e à Coordenação do Curso por todo apoio prestado e orientações.

Aos meus caríssimos orientadores, Prof^o Dr. André Monteiro Costa e Prof^a Dra. Lia Giraldo da Silva Augusto pela grande contribuição em todas as etapas do desenvolvimento da tese, minha admiração e carinho.

Aos Professores membros da Banca de Qualificação e de Defesa pelas contribuições valiosas para o desenvolvimento e revisão da tese.

Aos colegas de trabalhos do Distrito Sanitário I da Secretaria de Saúde do Recife, pelo apoio e acesso à informação.

Aos Agentes Comunitários de Saúde das USF dos Coelhos, pelo acompanhamento nas visitas às comunidades.

À equipe de Saúde Ambiental, ao nosso coordenador Eugênio, aos supervisores e ASACE dos bairros dos Coelhos e da Ilha Joana Bezerra pelo apoio na pesquisa de campo.

Aos participantes da pesquisa do grupo de idosos do bairro dos Coelhos e dos grupos de alunos das duas escolas municipais da Ilha Joana Bezerra, sem os quais esse trabalho não seria viabilizado. Agradeço pela compreensão, receptividade e construção conjunta de conhecimento.

Aos diretores, coordenadores e professores das Escolas Prof. José da Costa Porto e Municipal do Coque pela receptividade e colaboração cedendo espaços e alunado.

Enfim, à minha família e aos meus amigos pela compreensão e apoio nessa caminhada, meu carinho e admiração.

A todos que, de alguma forma, contribuíram para o desenvolvimento desse estudo.

*Queremos uma justiça social que combine com a justiça ecológica.
Uma não existe sem a outra.*

Leonardo Boff

ARAÚJO, Jandira Aureliano de. **Análise de Demandas de Saúde Ambiental de Comunidades Vulneradas e das Respostas da Política de Saúde Local**. 2014. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2015.

RESUMO

A promoção de ambientes favoráveis e fomentadores de saúde representam, ainda, um desafio para o Sistema Único de Saúde na cidade do Recife, especialmente nos territórios de desenvolvimento humano marcados pela exclusão social. O objetivo desta investigação foi analisar as demandas de saúde ambiental de comunidades vulneradas e as respostas da política de saúde local, no caso da cidade do Recife, mediante seu Programa de Saúde Ambiental (PSA). Trata-se de um estudo de caso com abordagem qualitativa, utilizando para coleta de dados as técnicas de Observação Direta, da Metodologia de Análise de Redes do Cotidiano (MARES) e Análise Documental a partir de artigos, teses, documentos oficiais e do Sistema de Informação da Atenção Básica. A análise dos produtos (textos e transcrições dos debates) das oficinas foi realizada com a utilização da técnica Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). Para o estudo foi selecionada uma microrregião que integra a área central do município do Recife, apresenta o menor Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) da cidade e condições precárias de saneamento ambiental. Os resultados revelam que as políticas públicas, entre as quais, a de Atenção Primária Ambiental (APA), não estão sendo viabilizadas de forma a garantir o direito dos cidadãos à saúde e às condições dignas de vida. Isto foi constatado a partir do contexto de vulneração socioambiental observado na microrregião e das demandas expressas pelos sujeitos participantes do estudo, destacando-se: saneamento ambiental, acesso aos serviços de saúde; visita do agente de saúde ambiental; educação de qualidade, creche; moradia adequada. A intersetorialidade, a integralidade e o empoderamento social não estão sendo valorizados no planejamento e desenvolvimento das ações de Vigilância e Saúde Ambiental. O PSA segue a lógica do modelo de Atenção à Saúde Sanitarista e do mercado em suas práticas, desconsiderando as necessidades e demandas socioambientais das comunidades vulneradas. Diferenças significativas intrabairros, por microáreas, mostram a importância do planejamento das ações de Saúde Ambiental/APA nesse nível de territorialidade, priorizando as ações que contribuam para redução do processo de vulneração socioambiental das comunidades e para efetivação de seus direitos fundamentais. Para tanto, necessita superar o modelo da velha saúde pública empírico-funcionalista dos anos 70 do século xx e assumir o paradigma da Determinação Social da Saúde.

Palavras chaves: Saúde Ambiental, Atenção Primária Ambiental, Necessidades e Demandas de Serviços de Saúde, Promoção da Saúde, Iniquidade Social, Integralidade em Saúde, Direitos Humanos, Saúde Pública, Comunidades Vulneráveis.

ARAÚJO, Jandira Aureliano de. **Analysis Environmental Health Demands Become Vulnerable Communities and Local Health Policy Responses**. 2014. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2015.

ABSTRACT

The promotion of supportive environments and health promoters also represent a challenge to the National Health System in the city of Recife, especially in the areas of human development marked by social exclusion. The objective of this investigation was analyze the demands of environmental health have become vulnerable communities and the responses of local health policy, in the case of Recife, through its Program for Environmental Health (PSA). This is a case study with a qualitative approach, using data collection the Direct Observation techniques, Everyday Networks Analysis Method (MARES) and Document Analysis from articles, theses, official documents and system Primary Care Information. Analysis of the products (texts and transcripts of debates) of the workshops was carried out using the Discourse of Collective Subject (DSC). For the study we selected a microregion integrating the central area of Recife, has the lowest Human Development Index (HDI) of the city and poor conditions of environmental sanitation. Results show that public policies, including the Primary Care Environmental are not being made possible to ensure citizens' right to health and decent living conditions. This was verified from the context of environmental injury observed in the microregion and demands expressed by participants in the study, with emphasis on: environmental sanitation, access to health services; visit the environmental health officer; quality education, child care; adequate housing. The intersectionality, comprehensiveness and social empowerment are not being valued in the planning and development of the Surveillance and Environmental Health. The PSA follows the logic of Care model to Sanitarian Health and market their practices, disregarding the needs and demands of the social and environmental become vulnerable communities. Significant differences intra-neighborhoods for micro areas, show the importance of planning actions of Environmental Health / APA that level of territoriality, giving priority to actions that contribute to reducing the environmental process injury of the communities and enforcement of their fundamental rights. Therefore, need to overcome the model of the old empirical-functional public health 70s of the twentieth century and assume the paradigm of Social Health Determination.

Key words: Environmental Health, Primary Environmental Care, Health Services Needs and Demand, Health Promotion, Social Inequity, Integrality in Health, Human Rights, Public Health, Vulnerable Groups.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1 - Taxa de incidência da leptospirose, por 100.000 habitantes, no período de 2001 a 2013, no Recife/PE.	105
Gráfico 2 - Taxa de incidência da leptospirose, por 100.000 habitantes, no período de 2001 a 2013, no Estado de Pernambuco.	105
Gráfico 3 - Taxa de incidência da leptospirose, por 100.000 habitantes, no período de 2001 a 2013, no Brasil.	106
Gráfico 4 - Número de casos e taxa de detecção da filariose linfática no período de 2003 a 2010, na cidade do Recife, PE. 2014.	107
Gráfico 5 - Número de pessoas tratadas com Dietilcarbamazina em tratamento em massa contra filariose linfática e taxa de filariêmicos na Região Metropolitana do Recife, no período de 2003 a 2013.	108
Gráfico 6 - Taxa de incidência da dengue, por 100.000 habitantes, no período de 2001 a 2013 e número absoluto de óbito do período na cidade do Recife/PE.	110
Gráfico 7 - Taxa de incidência da dengue, por 100.000 habitantes, no período de 2001 a 2013 e número absoluto de óbito do período, no Estado de Pernambuco.	111
Gráfico 8 - Taxa de incidência da dengue, por 100.000 habitantes, no período de 2001 a 2013 e número absoluto de óbito do período, no Brasil.	111
Gráfico 9 - Taxa de incidência, por 100.000 habitantes, e número de óbitos por acidentes por escorpiões em Pernambuco, no período de 2001 a 2013.	112
Gráfico 10 - Taxa de incidência, por 100.000 habitantes, e número de óbitos por acidentes com escorpiões no Brasil, no período de 2001 a 2013.	113
Figura 1 - Mapa da Microrregião 1.3, Distrito Sanitário 1 (RPA1), Recife, PE.	114
Figura 2 – Mapa da Av. Central, São José do Coque, Joana Bezerra, Recife/PE, 2013.	115
Figura 3 – Condições ambientais da Av. Central, comunidade São José do Coque – Ilha Joana Bezerra, Recife/PE, 2013.	115
Gráfico 11 - Domicílios particulares permanentes, por classes de rendimento nominal mensal domiciliar da Microrregião 1.3, Recife/PE.	116
Figura 4 - Imagem de satélite do bairro Ilha Joana Bezerra, Recife/PE, 2013.	118
Figura 5 – USF – Berilo Pernambucano – Ilha Joana Bezerra, Recife/PE	119

Figura 6 - Imagem de Satélite do bairro dos Coelhos, Recife/PE, 2013.	121
Figura 7 - USF Coelhos I, bairro dos Coelhos, Recife/PE	122
Figura 8 – USF Coelhos II e depósito de material reciclável (papelão) ao lado. Coelhos, Recife/PE.	122
Figura 9 - Escola Municipal Novo Mangue – Ilha Joana Bezerra – Recife/PE	125
Figura 10 - Escola Municipal dos Coelhos, Recife/PE	125
Figura 11 - Equipamentos públicos da Ilha Joana Bazerra, Recife/PE	126
Figura 12 - Aspecto do entorno das escolas, Ilha Joana Bezerra, Recife/PE, 2013.	127
Figura 13 – Praça com criação de cavalos ao lado das unidades educacionais da Ilha Joana Bezerra, Recife/PE, 2013.	127
Figura 14 – Equipamentos públicos do bairro dos Coelhos, Recife/PE, 2013.	128
Figura 15 - Visão geral das condições de moradia e infraestrutura precária , Ilha Joana Bezerra, Recife/PE, 2013.	131
Figura 16 – Residências de alvenaria e de material aproveitado, Coelhos, Recife/PE.	133
Figura 17 - Comunidade do Campinho mostrando forma de obtenção da água, Coelhos, Recife/PE, 2013.	134
Gráfico 12 - Destino dos resíduos sólido da cidade do Recife, PE.	135
Gráfico 13 - Destino dos resíduos sólido do Distrito Sanitário I, (RPA1), Recife, PE.	135
Figura 18 – Disposição inadequada dos resíduos sólidos nos canais e nas margens do rio. Ilha Joana Bezerra, Recife/PE, 2013.	137
Figura 19 – Disposição inadequada de resíduos sólidos sob a palafita, no leito do rio, e entre as residências, comunidade Vila Nova, Coelhos, Recife/PE.	139
Gráfico 14 - Esgotamento sanitário da cidade do Recife/PE	140
Gráfico 15 - Esgotamento sanitário da Região Política Administrativa 1, Recife/PE.	141
Figura 20 - Condições de saneamento - esgotos a céu aberto e esgoto estourado na microárea Coque III, Ilha Joana Bezerra, Recife, PE.	143
Figura 21 - Esgotos a céu aberto lançados no canal, Ilha Joana Bezerra, Recife/PE.	144
Figura 22 – Esgotamento sanitário inadequado com esgotos estourados, acúmulo de água nas ruas e residências do bairro dos Coelhos, Recife/PE, 2013.	146
Figura 23 – Esgoto lançado no Rio Capibaribe, Coelhos, Recife/PE, 2013.	147
Figura 24 – Ponto de Apoio (PA) dos ASACE sem infraestrutura, Coelhos, Recife/PE.	153

Figura 25 - Formas de armazenamento de água nas residências, Joana Bezerra, Recife/PE, 2013.	155
Figura 26 – Atuação dos ASACE em áreas insalubres com casas sobre o Canal Ibiporã, Ilha Joana Bezerra, Recife/PE, 2013.	155
Figura 27 - Coleta de <i>Culex quinquefasciatus</i> . Ilha Joana Bezerra, Recife/PE, 2013.	156
Figura 28 – Ações de educação em saúde numa escola municipal, Coelhos, Recife/PE.	156
Figura 29 – Atividade de bloqueio de caso de leptospirose, Coelhos, Recife/PE	157
Figura 30 – Comunidade do Campinho antes do incêndio, Coelhos, Recife/PE, 2013.	164
Figura 31 – Moradias da comunidade do Campinho antes do incêndio, Coelhos, Recife/PE, 2013.	164
Figura 32 – Incêndio na Comunidade do Campinho, Coelhos, Recife/PE, 2013.	165
Figura 33 - Comunidade do Campinho destruída após o incêndio, Coelhos, Recife/PE, 2013.	165
Figura 34 – Desratização em multirão, com raticida Ratol, Coelhos, Recife/PE, 2013.	166
Figura 35 – Inspeção de criadouros de <i>Aedes aegypti</i> , em multirão, Coelhos, Recife/PE, 2013.	166
Figura 36 – Construção de residencial parada por mais de um ano, Joana Bezerra, Recife/PE, 2013.	167
Quadro 1 – Problemas e soluções gerais	172
Quadro 2 - Dificuldade do acesso aos serviços de saúde	173
Quadro 3 - Agente de Saúde Ambiental e Controle de Endemias visita as residências	175
Quadro 4 - Agente de Saúde Ambiental e Controle de Endemias não visita as residências	176
Quadro 5 - Dificuldade de acesso à educação de qualidade.	177
Quadro 6 - Dificuldade de acesso a Educação de Jovens e Adultos de qualidade.	178
Quadro 7 – Demanda por creche	178
Quadro 8 - Poluição sonora	180
Quadro 9 - Saneamento básico	182
Quadro 10 - Determinantes microsociológicos da saúde	183
Figura 37 – Esboço do Mapa da Comunidade inspirado na MARES	188

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Total de pessoas e famílias cadastradas nas USF da Microrregião 1.3, Recife, PE, 2013.	117
Tabela 2 – Abrangência de usuários pela USF Berilo Pernambucano, de acordo com nº de famílias, sexo e utilização de planos de saúde, Ilha Joana Bezerra, Recife/PE, 2013.	120
Tabela 3 – Abrangência de usuários pelas USF Coelhos I e II, de acordo com nº de famílias, sexo e utilização de planos privado de saúde, Coelhos, Recife/PE.	123
Tabela 4 – Escolarização – Bairro Ilha Joana Bezerra, Recife/PE, 2013.	124
Tabela 5 – Escolarização – Bairro dos Coelhos, Recife/PE, 2013.	124
Tabela 6 - Estrutura das moradias da Microrregião 1.3, RPA 1, Recife/PE, 2013.	129
Tabela 7 – Estrutura das moradias das famílias do bairro Ilha Joana Bezerra, Recife/PE, 2013.	130
Tabela 8 – Estrutura das moradias das famílias do bairro dos Coelhos, Recife/PE.	132
Tabela 9 - Saneamento básico, destino dos resíduos sólidos da Microrregião 1.3, Recife/PE.	136
Tabela 10 – Saneamento básico, destino dos resíduos sólidos da Ilha Joana Bezerra, Recife/PE, 2013.	136
Tabela 11 – Saneamento básico, destino dos resíduos sólidos do bairro dos Coelhos, Recife/PE, 2013.	138
Tabela 12 – Saneamento básico, esgotamento sanitário da Microrregião 1.3, RPA 1, Recife, PE, 2013.	141
Tabela 13 – Saneamento básico, esgotamento sanitário, Ilha Joana Bezerra, Recife/PE, 2013.	142
Tabela 14 – Saneamento básico, esgotamento sanitário, Coelhos, Recife/PE, 2013.	145

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABA	Atenção Básica Ambiental
ABRASCO	Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
ABES	Associação Brasileira de Engenharia Sanitária e Ambiental
ABS	Atenção Básica em Saúde
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AMPASA	Associação Nacional do Ministério Público de Defesa da Saúde
AOA	Agente Operacional de Apoio
APA	Atenção Primária Ambiental
APS	Atenção Primária em Saúde
ASA	Agente de Saúde Ambiental
ASACE	Agente de Saúde Ambiental e Controle de Endemias
Bti	<i>Bacillus thuringiensis israelensis</i>
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CDC	Center for Disease Control
CDSS	Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CIEVS Recife	Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde do Recife
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CODECIR	Coordenadoria de Defesa Civil do Recife
COMPESA	Companhia Pernambucana de Saneamento
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CPqAM	Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães
CVA	Centro de Vigilância Ambiental
DIEVS	Diretoria de Epidemiologia e Vigilância à Saúde
DIRCON	Diretoria de Controle Urbano do Recife
DS	Distrito Sanitário
DSC	Discurso do Sujeito Coletivo
DVA	Divisão de Vigilância Ambiental
DVS	Diretoria de Vigilância à Saúde
EJA	Educação de Jovens e Adultos
EMLURB	Empresa Municipal de Limpeza Urbana

ESF	Estratégia de Saúde da Família
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
FPEEEA	Força motriz-Pressão-Estado-Exposição-Efeito-Ação
FSESP	Fundação de Serviço de Saúde Pública
GVACZ	Gerência de Vigilância Ambiental e Controle de Zoonoses
IAP	Instituto de Aposentadoria e Pensões
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IDH-M	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
INPS	Instituto Nacional da Previdência Social
LIRA	Levantamento de Índice Rápido de <i>Aedes aegypti</i>
MARES	Método de Análise de Redes do Cotidiano
MS	Ministério da Saúde
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONG	Organização Não Governamental
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PE	Ponto Estratégico
PNAD	Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílios
PLANSAB	Plano Nacional de Saneamento Básico
PNCD	Plano Nacional de Controle da Dengue
PNI	Programa Nacional de Imunização
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PPA	Plano Plurianual
PPI	Programação Pactuada Integrada
PROJOVEM	Programa Nacional de Inclusão de Jovens
PSA	Programa de Saúde Ambiental
PSF	Programa de Saúde da Família
RPA	Regiões Político – Administrativa
RSB	Reforma Sanitária Brasileira
SAAE	Serviços Autônomos de Água e Esgotos
SANAR	Programa de Enfrentamento às Doenças Negligenciadas

SEDUC	Secretaria de Educação
SESAN	Secretaria de Saneamento do Recife
SESC	Serviço Social do Comércio
SIAB	Sistema de Informações de Atenção Básica
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SNHIS	Sistema Nacional de Habitação de Interesse Social
SINVSA	Sistema Nacional de Vigilância em Saúde Ambiental
SNSA	Secretaria Nacional de Saneamento Ambiental
SOVA	Serviço Operacional de Vigilância Ambiental
SUS	Sistema Único de Saúde
SVS	Secretaria de Vigilância à Saúde
TCE/PE	Tribunal de Contas do Estado de Pernambuco
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UDH	Unidade de Desenvolvimento Humano
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
USF	Unidade de Saúde da Família
VIGIAR	Vigilância em Saúde Ambiental relacionada à Qualidade do Ar
VIGIAGUA	Vigilância da Qualidade da água
VIGIAPP	Vigilância de Produtos Perigosos
VIGIQUIM	Vigilância em Saúde Ambiental relacionada às Substâncias Químicas
VIGISOLO	Vigilância Populações Expostas a Solos Contaminados
VIGIDESASTRE	Vigilância de populações expostas a desastres
VS	Vigilância à Saúde
ZEIS	Zonas Especiais de Interesse Social e Áreas Pobres
ZEPA	Zonas Especiais de Preservação Ambiental

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	19
2 OBJETIVOS	24
3 REFERENCIAL TEÓRICO	25
3.1 A compreensão da saúde como uma determinação complexa	25
3.1.1 Concepção de saúde	26
3.1.2 A Reforma Sanitária Brasileira e a saúde como direito social	30
3.1.3 Determinação Social e Promoção da Saúde	35
3.1.4 Território, vulnerabilidades e vulneração	45
3.1.4.1 <i>Concepção de território</i>	45
3.1.4.2 <i>Vulnerabilidades e vulneração</i>	49
3.1.5 Necessidades e demandas em Saúde	52
3.1.6 A integralidade e a intersetorialidade na execução de ações de saúde	60
3.2 O campo de atuação da Vigilância em Saúde Ambiental	66
3.2.1 Concepção teórica e desenvolvimento da Vigilância da Saúde	66
3.2.2 Integração entre Vigilância e Atenção	68
3.2.2.1 <i>Atenção Primária Ambiental (APA)</i>	70
3.2.2.2 <i>Vigilância em Saúde Ambiental</i>	76
3.2.2.3 <i>Perspectiva do Programa de Saúde Ambiental – o caso de Recife/PE</i>	79
4 PERCURSO METODOLÓGICO	84
4.1 Desenho do estudo	84
4.2 Área de estudo	85
4.2.1 Perfil do bairro dos Coelhos	87
4.2.2 Perfil do bairro Ilha Joana Bezerra	87
4.3 Coleta de dados	88
4.3.1 Dados secundários	88
4.3.2 Dados primários	89
4.3.2.1 <i>Observação direta</i>	89
4.3.2.2 <i>Oficinas inspiradas na MARES</i>	91
4.4 Análise dos dados	98

4.4.1 Dados secundários	98
4.4.2 Dados primários: observação direta e oficinas	98
4.4.2.1 <i>Análise das produções (textos, falas, etc)</i>	99
4.4.2.2 <i>Sistematização dos dados – Matriz de análise</i>	100
4.5 Considerações Éticas	100
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	102
5.1 Perfil Epidemiológico da Microrregião 1.3	102
5.2 Contexto de vulneração socioambiental dos territórios de vida das comunidades analisadas	113
5.2.1 Microrregião 1.3 – perfil das pessoas e famílias cadastradas na ESF	116
5.2.2 Escolarização da população da Microrregião 1.3	123
5.2.3 Microrregião 1.3 – Estrutura e condições de moradia	129
5.2.4 Microrregião 1.3 – Saneamento básico – destino dos resíduos sólidos	134
5.2.5 Microrregião 1.3 – Saneamento básico – esgotamento sanitário	139
5.2.6 Considerações sobre os condicionantes de vulneração do território	149
5.3 Estruturação do Programa de Saúde Ambiental (PSA) e viabilização de ações	151
5.3.1 Estruturação do PSA	151
5.3.2 Ações desenvolvidas pelo PSA para atendimento das necessidades e demandas das comunidades vulneradas	152
5.3.2.1 <i>Visitas de inspeção</i>	153
5.3.2.2 <i>Desratização</i>	157
5.3.2.3 <i>Controle de escorpiões</i>	158
5.3.2.4 <i>Controle do <i>Aedes aegypti</i></i>	158
5.3.2.5 <i>Controle da filariose</i>	161
5.3.2.6 <i>Controle da raiva</i>	161
5.3.2.7 <i>Ações intersetoriais - realizadas para atender as demandas das comunidades relacionadas às competências do PSA</i>	162
5.4 Demandas percebidas pelos sujeitos do território	168
5.4.1 Problemas, necessidades, demandas e possíveis soluções	169
5.4.2 Discurso do Sujeito Coletivo (DSC)	171

5.4.2.1 <i>Problemas e soluções gerais</i>	171
5.4.2.2 <i>Problemas e soluções específicas: dificuldade do acesso aos serviços de saúde</i>	172
5.4.2.3 <i>Problemas e soluções específicas: visita do Agente de Saúde Ambiental e Controle de Endemias (ASACE).</i>	174
5.4.2.4 <i>Problemas e soluções específicas: dificuldade de acesso à educação de qualidade.</i>	176
5.4.2.5 <i>Problemas e soluções específicas: dificuldade de acesso a Educação de Jovens e Adultos de qualidade.</i>	177
5.4.2.6 <i>Problemas e soluções específicas: demanda por creche</i>	178
5.4.2.7 <i>Problemas e soluções específicas: poluição sonora</i>	179
5.4.2.8 <i>Problemas e soluções específicas: saneamento básico</i>	180
5.4.2.9 <i>Determinantes microsociológicos da saúde</i>	182
5.4.3 <i>Esboço do Mapa da comunidade</i>	183
5.5 <i>Discussão sobre o PSA - lacunas da ação integrada de políticas públicas locais em resposta às demandas de saúde ambiental das comunidades estudadas.</i>	189
6 <i>CONSIDERAÇÕES, CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES FINAIS</i>	198
REFERÊNCIAS	201
APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	222
APÊNDICE B – Instrumento para coleta de dados – Oficinas MARES	223
APÊNDICE C – Instrumento de análise de dados - DSC	232
ANEXO A - Carta de Anuência	234
ANEXO B – Parecer do Comitê de Ética	235

1 INTRODUÇÃO

Em 1988, a promulgação da Constituição Federal vigente vislumbrava mudanças de realidades sociais. Os direitos, assegurados na nova Carta Magna, poderiam melhorar as condições de vida e saúde de comunidades vulneradas. Mais de vinte e cinco anos passaram-se e os direitos constitucionais avançaram até certo ponto, mas ainda representam um sonho ou um ideal a ser conquistado por meio de lutas para uma importante parcela da sociedade brasileira.

Atuando nas Secretarias de Educação e de Saúde do município do Recife conhecemos comunidades, como as dos bairros Ilha Joana Bezerra e Coelhos, onde as condições socioambientais são precárias, as pessoas sobrevivem em ambientes insalubres, vulneráveis às endemias e epidemias e reféns da violência e das drogas. As famílias, sem perspectivas de mudanças, colocam seus filhos na escola, sonhando com um futuro melhor para eles, com melhores condições de vida e moradia, longe das drogas e da violência do tráfico.

Nesses bairros, doenças endêmicas como a leptospirose e a filariose prevalecem. Até o ano de 2001 as zoonoses eram controladas, na cidade do Recife, por meio de diversos programas executados pelo Centro de Controle de Zoonoses (posteriormente denominado Centro de Vigilância Animal / Centro de Vigilância Ambiental). A partir de 2002, foi implantado o Programa de Saúde Ambiental (PSA) que incorporou o controle das zoonoses e dos diversos agravos provocados por animais sinantrópicos e peçonhentos, além de desenvolver ações relacionadas aos fatores de riscos ambientais à saúde. O Centro de Vigilância Ambiental (atual Gerência de Vigilância Ambiental e Controle de Zoonoses) assumiu a coordenação do PSA, cujas ações estão descentralizadas, sendo executadas pelos Distritos Sanitários do Recife.

Atuando na Secretaria de Saúde do Recife, inicialmente, entre dezembro de 1994 e 2005, no Centro de Controle de Zoonoses (Centro de Vigilância Ambiental) e, desde 2005, no Distrito Sanitário 1, assistimos os avanços e retrocessos nos programa de controle de zoonoses e outros agravos provocados por animais, assim como, no PSA.

Como um indicador, desde 1995, a cidade do Recife vem enfrentando epidemias e surtos epidêmicos da dengue (BRASIL, 2014a; CORDEIRO, M., 2008), com campanhas e programas especiais. Apesar de alguns avanços com a implantação do PSA, as ações de controle de epidemias e endemias continuam seguindo o modelo tradicional, verticalizado e químico dependente (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE

COLETIVA, 2012; GURGEL, 2007). A dengue foi e continua sendo um desafio para o sistema local de saúde, visto que, o vetor do vírus encontrou condições propícias para se reproduzir em áreas urbanas, não apenas nas comunidades pobres, mas em toda cidade. Contudo, o grande desafio para os governantes é garantir condições dignas de vida em ambientes favoráveis à saúde para toda população, como assegura a Constituição Federal, por meio de políticas públicas intersetoriais, desenvolvidas em parceria com a sociedade.

A promoção de ambientes favoráveis e fomentadores de saúde, com o envolvimento de diversos setores e o compromisso com políticas sustentáveis de saúde e ambiente, discutida na Terceira Conferência Internacional de Promoção da Saúde, no ano de 1991, em Sundsvall, Suécia, ainda, constitui um desafio para a humanidade. Ambientes favoráveis referem-se aos aspectos físicos e sociais do entorno onde as pessoas vivem: casa, trabalho e lazer e as estruturas que determinam o acesso aos recursos para viver e as oportunidades para ter maior poder de decisão. A Conferência de Sundsvall enfatiza os princípios do desenvolvimento sustentável e que os temas de saúde, ambiente e desenvolvimento humano não podem estar separados. Desenvolvimento implica melhoria da qualidade de vida e saúde e na preservação da sustentabilidade do meio ambiente (CONFERÊNCIA INTERNACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE, 1991).

Esses aspectos foram discutidos em diversas outras conferências internacionais de saúde e de meio ambiente, como: a de Estocolmo em 1972; Ecodesenvolvimento em 1973; Brundtland em 1987; Meio ambiente e Desenvolvimento, Rio 1992; de saúde como Lalonde em 1974; Alma-Ata em 1978; e as Conferências Internacionais de Promoção da Saúde: 1986 em Ottawa (Canadá); 1988 em Adelaide (Austrália); 1992 em Bogotá (Colômbia); 1997 em Jacarta (Indonésia); México em 2000 (México); 2005 em Bangkok (Tailândia); 2009 Nairobi (Quênia); além das conferências nacionais de saúde.

As políticas sustentáveis de saúde e ambiente devem promover a equidade em saúde, sociedades mais inclusivas e produtivas, a redução das desigualdades socioeconômicas, melhoria da qualidade de vida e bem-estar para todos, contribuindo para a paz e segurança. Para tanto, devem atuar sobre os determinantes sociais, econômicos, ambientais e comportamentais da saúde (CONFERÊNCIA MUNDIAL DE DETERMINANTES SOCIAIS EM SAÚDE, 2011). Esta Conferência ratifica o que foi colocado na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, reunida em Alma-Ata, em 1978 (CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE, 1978, p. 1), que “as desigualdades de saúde dentro e entre países são politicamente, socialmente e economicamente inaceitáveis”, sendo injusta e, em grande parte, evitáveis.

Outras posições mais críticas da Medicina Social Latino-americana e o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) consideram a palavra determinante social inapropriada para a compreensão da complexidade do processo saúde-doença, propondo o uso da noção de determinação social da saúde (BREILH, 2013; FLEURY-TEIXEIRA; BRONZO, 2010; NOGUEIRA, 2010). No entanto, o embate correto e efetivo não parece ser “exatamente contra a epidemiologia tradicional e nem contra o uso dessa epidemiologia para a análise dos determinantes sociais da saúde, mas contra a realidade social que produz iniquidades de toda ordem, inclusive sanitária” (FLEURY-TEIXEIRA; BRONZO, 2010, p. 43).

Os programas de promoção da saúde relacionados com os problemas socioambientais “devem ser movimentos de resoluções dos problemas ambientais de forma socialmente justas, economicamente viáveis, ecologicamente prudentes e politicamente emancipadores” (FREITAS, 2003, p. 147). No entanto, a imposição dos princípios da globalização econômica, no contexto neoliberal, tem produzido e aprofundado as iniquidades sociais, beneficiando alguns grupos sociais em detrimento da maioria (RIGOTTO; AUGUSTO, 2007).

No Brasil, na década de 1980, com a persistência da crise do setor saúde, o Movimento Sanitário elaborou o projeto da Reforma Sanitária, propondo a reorganização do sistema na perspectiva de democratização da sociedade, do Estado, dos seus aparelhos, burocracias e práticas. Nessa direção, a saúde da população, compreendida como resultante da forma como a sociedade se organiza e considerando as suas dimensões econômicas, política e cultural, estimula a reflexão sobre “propostas menos parciais para os problemas e necessidades de saúde” (PAIM, 2001, p. 2). Essas mudanças foram questões centrais debatidas na 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) realizada em 1986 e incorporadas à Constituição de 1988, que ampliou o conceito de saúde.

A Carta Magna do Brasil, de 1988, coloca a saúde como direito de todos e dever do Estado e formaliza a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), regulamentado em 1990, com a Lei nº 8.080. Esta lei apresenta como fatores determinantes e condicionantes da saúde, entre outros, “a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais” e que “os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País”. Em seu Art. 2º, afirma que a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício. Refere-se a “formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a promoção, proteção e recuperação” da saúde (BRASIL, 1990).

Dentre as atribuições do SUS, Lei nº 8.080/1990, o Art. 6º “inclui no campo de atuação a tarefa de executar as ações de vigilância sanitária, epidemiológica e de saúde do trabalhador, a colaboração na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho. No Art. 7º, incisos II e X, refere-se à integralidade das ações dos serviços preventivos e curativos e a integração das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico. As três esferas de governo competem participar da formulação da política e da execução de ações de saneamento básico e colaborar na fiscalização e no controle das agressões ao meio ambiente que tenham repercussão sobre a saúde humana, conforme Artigos 16º, 17º e 18º (BRASIL, 1990).

Um passo importante para integralidade das ações de saúde e meio ambiente foi a criação da Vigilância em Saúde Ambiental, regulamentada, inicialmente, como Vigilância Ambiental em Saúde pela Instrução Normativa Nº 1/2001, abrangendo medidas de prevenção e controle dos fatores de riscos biológicos e não biológicos relacionados às doenças e outros agravos à saúde (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 2001). Em 2005 foi atualizada pela Instrução Normativa Nº 1/2005, restringindo sua atuação aos fatores de risco não biológicos (BRASIL, 2005a).

No âmbito da cidade do Recife as ações de vigilância e saúde ambiental, definidas na Instrução Normativa Nº 1, foram inseridas no PSA, instituído pelo Decreto 19.187/2002. Na perspectiva de desenvolver ações integrais, o PSA seria executado pela Secretaria de Saúde, com a colaboração dos demais órgãos da municipalidade, especialmente, a Empresa Municipal de Limpeza Urbana (EMLURB), a Secretaria de Planejamento, a Coordenadoria de Defesa Civil do Recife (CODECIR), a Diretoria de Controle Urbano do Recife (DIRCON) e a Secretaria de Saneamento do Recife (SESAN) (RECIFE, 2002).

Conforme os documentos oficiais, o PSA integra o modelo de atenção à saúde “Recife Saudável”. Na sua concepção foram observados os princípios e as diretrizes da 8ª Conferência de Saúde, da Constituição Federal de 1988, do SUS, da Agenda 21 e do Programa Marco de Atenção ao Ambiente da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Apresenta um fundamento holístico de saúde e da intersetorialidade, atuando em nível de território, a partir da identificação, eliminação e/ou redução das situações ou dos fatores de riscos associados à ocorrência de doenças e agravos (RECIFE, 2003).

No entanto, Albuquerque (2005, p. 14), ao proceder uma avaliação crítica, afirma que o PSA atua, restritamente, no “clássico controle das doenças transmissíveis e parasitárias de notificação compulsória (dengue, filariose, cólera, leptospirose, raiva humana)”, mediante uma dimensão monocausal de vigilância epidemiológica prescrita pelo Ministério da Saúde,

não viabilizando, na prática, a contextualização socioambiental para territorialização das ações e a sua integralidade. Atuando dessa forma, o PSA considera o ambiente como um espaço físico estático e desconhece a complexidade da produção e reprodução da saúde nos territórios onde vivem e trabalham as pessoas (AUGUSTO, 2011).

A intersectorialidade não tem sido priorizada no planejamento e viabilização das ações do PSA. Lyra (2009, p. 272), apesar de identificar o princípio da intersectorialidade em documentos e entrevistas referentes ao PSA, observa que na sua execução “houve significativa reticência em relação às práticas intersectoriais”.

O Tribunal de Contas do Estado de Pernambuco ao avaliar o PSA identificou que as demandas intersectoriais não estão sendo atendidas de forma satisfatória pelos órgãos envolvidos, por falta de cooperação para firmar um compromisso, o que fragiliza as ações do programa. O atendimento às demandas não tem sido acompanhado de forma satisfatória pelos distritos sanitários, por falta de um sistema informatizado (PERNAMBUCO, 2009).

Diante do exposto, o presente estudo apresenta as seguintes perguntas condutoras: como o Programa da Saúde Ambiental (PSA) atua nas comunidades vulneradas? quais as necessidades e principais demandas socioambientais dessas comunidades?

Partimos do pressuposto de que as demandas de promoção e vigilância à saúde ambiental das comunidades vulneradas são atendidas de forma restrita e sem conformidade com as diretrizes do próprio PSA. Ao não internalizar as necessidades e demandas das comunidades vulneradas nas suas práticas, o PSA identifica-se com o antigo programa de controle de zoonoses, reafirmando o modelo centralizado e vertical da velha Saúde Pública, modelo assistencial sanitarista, efetivado por meio de campanhas e programas especiais, centrado no saber biomédico (MERTHY; QUEIROZ, 1993; PAIM, 2012). Considerando esse ponto de vista, o PSA não incorpora, na prática, o discurso da Reforma Sanitária Brasileira, seus princípios e diretrizes, as resoluções das Conferências Internacionais de Promoção da Saúde, convocadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS), bem como, as de Ambiente e Desenvolvimento das Nações Unidas.

A perspectiva de análise proposta nessa pesquisa é abordar as necessidades e as demandas socioambientais que surgem nos territórios de vida de comunidades vulneradas, acrescentando, assim, outros elementos ainda não analisados nas avaliações já realizadas sobre o PSA, até o momento.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Analisar o atendimento às demandas de saúde ambiental de comunidades vulneradas da cidade do Recife/PE, mediante à integração de políticas públicas locais a partir do Programa de Saúde Ambiental.

2.2 Objetivos específicos

- a) Descrever o perfil epidemiológico de doenças/agravos relacionados à Saúde Ambiental no território de estudo;
- b) Identificar os principais condicionantes / determinantes/ fatores de vulneração das comunidades estudadas;
- c) Identificar as principais demandas socioambientais percebidas pelos sujeitos do território;
- d) Verificar como essas demandas são atendidas pela atuação do Programa de Saúde Ambiental nas áreas de estudo;
- e) Evidenciar lacunas da ação integrada de políticas públicas locais em resposta às demandas de saúde ambiental das comunidades estudadas.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 A compreensão da saúde como uma determinação complexa

A saúde apresenta determinação complexa e interdependência com o ambiente natural e social. Essa interdependência tenciona e amplia o conceito de saúde a partir de questões oriundas da Saúde Coletiva, como a determinação social da saúde, que discute como as desigualdades socioespaciais, as injustiças ambientais, as condições de vida e de trabalho e a crise ecológica global comprometem as condições da vida (MARMOT, 2005; PORTO, 2012).

O processo da Reforma Sanitária e da construção do campo de conhecimento da Saúde Coletiva, com enfoque sobre a determinação social da saúde, contribuíram para democratização da saúde e formalização dos princípios e diretrizes do SUS, dentre os quais, a descentralização e territorialização das ações de saúde, a intersetorialidade e a integralidade.

A compreensão da relação entre saúde e ambiente encontra-se na literatura científica compondo o campo da Saúde Pública e da Saúde Coletiva. As diversas Conferências Internacionais de Promoção da Saúde e de Meio Ambiente deixam clara essa relação, a partir das discussões dos determinantes sociais da saúde e da saúde enquanto direito humano.

A concepção teórica de território e a territorialização das ações de vigilância e promoção da saúde surgem como fundamentais para organização do processo de trabalho e práticas de saúde ambiental, especialmente, nos territórios marcados pela exclusão social e processo de vulneração das comunidades. Abordar as concepções de vulnerabilidade, vulneração, necessidades e demandas socioambientais é imprescindível para compreensão da influência do mercado na geração das desigualdades em saúde e iniquidades sociais.

A Vigilância à Saúde, a Atenção Primária Ambiental e Vigilância em Saúde Ambiental representam a tradução dos conceitos e princípios do SUS em ações e políticas de saúde, objetivando a redução das desigualdades sociais, das vulnerabilidades e o atendimento das necessidades e demandas das comunidades. Para tanto, deve concretizar-se nas práticas e serviços de saúde. Conforme Porto (2012), a questão ambiental é central para o debate sobre a vigilância à saúde e sobre modelo de desenvolvimento que gera desigualdade e destruição de alternativas futuras.

3.1.1 Concepção de saúde

O termo saúde tem sido utilizado com diversos sentidos, dependendo do momento histórico, paradigma dominante, contexto socioeconômico e áreas de conhecimento. Para Arouca (1975, p. 116) “na evolução do conhecimento científico, a saúde foi um conceito ausente ou negativo na sua dimensão ‘em si’, e as doenças foram definidas na sua singularidade particular, em relação a um tipo de sofrer”.

Gadamer (2006) refere-se ao caráter oculto da saúde, que não se declara por si mesma. Afirmar que é possível estabelecer valores padrão para a saúde, mas no momento de se impor esses valores a uma pessoa saudável, o que se consegue é deixá-la doente. A saúde não pode ser medida, por ser um estado de adaptação interna e de conformidade própria, não podendo ser submetida a outro controle. A saúde tem relação com o bem estar, disposição a empreendimentos e ao conhecimento e se caracteriza pelo autoesquecer. A saúde não é “um sentir-se, mas um estar-se aí, estar no mundo, estar com as pessoas, sentir-se ativa e prazerosamente satisfeita com as próprias tarefas da vida”. Conclui que “a melhor maneira para entender o que seja saúde é imaginá-la com um estado de equilíbrio natural, [...] um processo contínuo no qual o equilíbrio volta a se estabelecer” (GADAMER, 2006, p. 118)

San Martín (1981, p. 2) refere-se à saúde e à doença como fenômenos ecológicos em que a noção de saúde implica ideias de variação e de adaptação contínua e a noção de enfermidade, variação e de *desadaptación*. Entre os dois estados existe uma escala de variação, da adaptação perfeita (difícil de obter) até a *desadaptación* ou enfermidade. Trata-se de um estado orgânico de equilíbrio entre o meio interno e o externo do indivíduo, devido às diferenças genéticas entre os indivíduos e as diferenças em suas condições de vida.

La concepción de la normalidad y de la anormalidad, de la salud y de la enfermedad, implica un conjunto complejo de nociones en el que se integran la biología, la fisiología, la ecología, la sociología y las dimensiones económicas de la noción de salud con la experiencia de cada individuo y el valor que cada uno asigne a la vida humana. En todo caso, las nociones de salud y enfermedad se expresan siempre, y se controlan, en relación a la interdependencia del individuo con la sociedad y su ambiente total (SAN MARTIN, 1981, p. 4).

No paradigma sistêmico a saúde está relacionada ao grau de flexibilidade do organismo na interação com o meio ambiente natural e social, seus limites de tolerância para que se adapte às mudanças ambientais. A saúde é concebida como “uma experiência de bem-estar resultante de um equilíbrio dinâmico que envolve os aspectos físicos e psicológicos do

organismo, assim como, suas interações com o meio ambiente natural e social” (CAPRA,1982, p. 316).

Conceituada pela OMS, em 1946, como estado de completo bem estar físico mental e social, e não apenas ausência de doença, a saúde, conforme San Martin (1981, p. 5), apresenta um objetivo “difícilmente alcanzable aun para los países más desarrollados; es completamente inalcanzable en los países menos desarrollados donde la mayoría de la población vive en condiciones ambientales infrasanitarias y donde, lógicamente, el bienestar debe ser mas raro”.

Minayo (2010) refere-se à saúde como capital econômico e social, como responsabilidade individual e como um bem coletivo. Na sociedade contemporânea a saúde representa um direito e um ideal dos cidadãos e da coletividade, que estabelece padrões para qualidade de vida, sendo requisito e propulsor do desenvolvimento. Nesse contexto, a saúde é:

Um bem econômico e cultural em disputa, pois os avanços científicos e tecnológicos beneficiam desigualmente a humanidade no interior das sociedades, evidenciando a relação entre acumulação do capital e de conhecimento e o aumento das desigualdades sociais e das diferenças do perfil epidemiológico (MINAYO, 2010, p. 242).

Enquanto responsabilidade individual, a saúde é um bem pessoal de grande valor, que deve atingir a subjetividade do indivíduo e movimentar sua ação. A saúde como um bem coletivo reflete a luta pela transformação das condições de vida e de trabalho e aponta para mudanças do modo e das relações sociais de produção, representadas por melhores salários, acesso a terra, ao emprego com condições dignas de trabalho e segurança, ao saneamento básico, à moradia, à educação e ao lazer. Nesse contexto, as análises de saúde coletiva devem desvendar o caráter de classe dos investimentos públicos, enfatizando os direitos constitucionais e do SUS, contrapondo-se ao mercantilismo da medicina (MINAYO, 2010).

Almeida Filho (2011, p. 15), analisando o conceito de saúde, parte do pressuposto que

A saúde é um problema simultaneamente filosófico, científico, tecnológico, político e prático. Diz respeito a uma realidade rica, múltipla e complexa, referenciada por meio de conceitos, apreensível empiricamente, analisável metodologicamente e perceptível por seus efeitos sobre as condições de vida dos sujeitos.

Na era contemporânea, conforme Almeida Filho (2011), grandes filósofos escreveram sobre temas de saúde e correlatos, destacando-se o francês George Canguilhem com sua obra *O Normal e o Patológico* de 1943. Segundo Canguilhem (apud ALMEIDA FILHO, 2011, p. 22), a definição médica de normal provém da fisiologia, tendo como base o conceito

biológico de doença. O patológico significa “presença de outras normas vitalmente inferiores, que impossibilitam ao indivíduo viver o mesmo modo de vida permitido aos indivíduos sadios [...]”. O patológico corresponde ao conceito de doença e o contrário, vital, do sadio. A saúde é uma norma de vida superior às capacidades normais, que ultrapassa as crises determinadas pelas forças da doença, permitindo instalar uma nova norma fisiológica. Normalidade, seria uma categoria ampla, com as subcategorias saúde e patológico (ALMEIDA FILHO, 2011).

Diversos autores concebem a saúde como equilíbrio e/ ou adaptação. Contudo, Almeida Filho (2011, p. 23) afirma que “a saúde transcende a perspectiva da adaptação, superando a obediência irrestrita ao modo de vida estabelecido. Constitui-se “justamente pela transgressão de normas e pela transformação das funções vitais”.

Dimensões ou facetas do conceito saúde (saúde como fenômeno; saúde como metáfora; saúde como medida; saúde como valor; saúde como práxis), reconhecidas por diversos autores, são analisadas por Almeida Filho (2011), concluindo que o problema conceitual da saúde-doença-cuidado compreende:

Objetos heurísticos complexos, plurais e sensíveis aos contextos, que só se definem em sua configuração total, já que a apreensão de cada um de seus elementos e dimensões não nos dá acesso à integralidade desse objeto. Nessa etapa ainda preliminar, será necessário produzir esquemas explicativos metassintéticos ancorados na realidade concreta de saúde (ALMEIDA FILHO, 2011, p. 149).

O referido autor enfatiza a necessidade da adoção de uma postura crítica que explicita as implicações e determinações políticas e econômicas do processo de construção do conhecimento científico e das transformações históricas relativas à vida, à saúde, ao sofrimento e à morte. E coloca que, no Brasil houve um avanço “na construção de um espaço-processo-movimento de conhecimento e produção de práticas sociais focado nesse recorte múltiplo (epistemológico e histórico) do objeto saúde, que pode configurar como um novo paradigma que chamamos de saúde coletiva” (ALMEIDA FILHO, 2011, p. 149).

A Saúde Coletiva reconhece a interdependência de todos os fenômenos e das relações entre saúde e ambiente. Objetiva viabilizar abordagens mais integrais, que englobam os aspectos qualitativos emanados das relações biopsíquicas e socioambientais, integrando “as dimensões históricas, espaciais e coletivas das situações vividas pelos indivíduos e pelas populações” (AUGUSTO; CARNEIRO; FLORÊNCIO, 2005, p. 5). Assume o conflito como inerente à vida em sociedade e vincula o seu ideário às lutas democráticas e pelos direitos

sociais no Brasil, ocupando espaço singular na produção sanitária internacional. Seu modelo teórico conceitual incorpora os elementos da produção internacional de países como o Inglaterra, Cuba, Itália e Canadá, de forma crítica, na década de 1970 (CARVALHO, 2007).

Constituiu-se a partir de diálogos com a saúde pública e com a medicina social, enquanto campo de conhecimento e âmbito de práticas. Apresentando uma delimitação provisória, enquanto campo de conhecimento, a saúde coletiva contribui com:

o estudo do fenômeno saúde/doença em populações enquanto processo social; investiga a produção e distribuição das doenças na sociedade como processos de produção e reprodução social; analisa as práticas de saúde (processo de trabalho) na sua articulação com as demais práticas sociais; procura compreender, enfim, as formas com que a sociedade identifica suas necessidades e problemas de saúde, busca sua explicação e se organiza para enfrentá-los (PAIM; ALMEIDA FILHO, 1998, p. 309).

A Saúde Coletiva, em sua corrente Em Defesa da Vida, utiliza um modelo social de determinação do processo saúde/doença, enfatizando aspectos ideológicos, culturais e psicológicos da vida em sociedade e temas como agenciamento humano, a produção do sujeito e a emancipação social. Considera que a saúde resulta “de um processo de produção, um objetivo a ser alcançado por tecnologias e saberes, que tem por objeto a doença em sujeitos concretos ou situações que a potencialize” (CARVALHO, 2007, p. 125). O indivíduo saudável possui sentimento de segurança para viver, criar valores e instaurar normas vitais a partir de seus desejos, interesses, necessidades e do entorno social. Para essa corrente, produzir saúde significa contribuir para o aumento da autonomia de indivíduos e coletivos para viver e lidar com as limitações decorrentes da doença, da genética e do contexto psicossocial (CARVALHO, 2007).

A saúde, para a Corrente Vigilância da Saúde, resulta de um processo de acumulação / produção social, que expressa qualidade de vida, apresentando múltiplas determinações, tendo como grupos causais principais: biologia humana, serviços de saúde, estilo de vida e meio ambiente. Considerada como produto social resultante de fatores políticos, econômicos, ideológicos e cognitivos, a saúde deve ser apreendida por um olhar interdisciplinar e práticas intersetoriais (MENDES, 1996 apud CARVALHO, 2007).

As estratégias da Vigilância da Saúde sugerem um deslocamento da ênfase dos serviços assistenciais para o enfrentamento dos problemas relacionados às condições de vida da população. O atendimento das necessidades de saúde da população, num dado território, deve ser priorizado “em substituição à oferta de serviços organizados em torno da demanda espontânea”. Para tanto, as ações de atenção à saúde devem ser organizadas em função dos

principais agravos e de grupos populacionais prioritários, reorientando a demanda (CARVALHO, 2007, p. 115).

Inspirado no ideário da Promoção da Saúde, da Vigilância da Saúde e Em Defesa da Vida, Carvalho (2007, p. 157) reafirma a saúde como “um processo/estado em que indivíduos e coletivos tem o máximo de capacidade para viver a vida de maneira autônoma, reflexiva e socialmente solidaria”. A produção da saúde implica na garantia de ações integrais, visando prevenir, curar, reabilitar e promover a saúde individual e coletiva. Para tanto, deve valorizar a intervenção na reprodução da vida e na emancipação social.

A saúde, para a Saúde Coletiva, trata-se de “um bem social, um direito universal associado à qualidade e a proteção à vida, espelhando políticas públicas e sociais universalizantes, inclusivas na cidadania e superadoras das imensas desigualdades sociais” (MINAYO, 2010, p. 256). É entendida a partir da Medicina Social enquanto questão relacionada com a produção e distribuição de agravos à saúde em suas várias formas, dimensões e conteúdos presentes na sociedade, decorrentes das estruturas e dinâmicas sociais e de processos históricos. Os agravos decorrem de contingências, considerando as possibilidades de vivências nos planos biológico, psíquico e ecológico. Os níveis de saúde resultam de um complexo jogo de interação nos grupos sociais, sendo contingentes às relações e dinâmica de produção e consumo que distribuem de formas diferenciadas as situações de riscos e de exposições aos agentes e processos mórbidos (TAMBELLINI; CÂMARA, 1998).

A Saúde Coletiva constitui um campo de conhecimento científico que se ocupa dos aspectos sociais relacionados com o processo saúde-doença, sua determinação, e com as políticas de saúde. Para esse campo, a doença é a vida em condições alteradas e está relacionada com os problemas sociais, devendo o Estado intervir ativamente na solução dos problemas de saúde (GARCIA, 1989).

3.1.2 A Reforma Sanitária Brasileira e a saúde como direito social

Serviços e programas de Saúde Pública, em nível nacional, foram criados e implementados na Primeira República (1889-1930). Campanhas sanitárias foram organizadas, destinadas a combater as epidemias urbanas e as endemias rurais. Este modelo concentra as decisões e adota um estilo repressivo de intervenção médica nos corpos individual e social. No Período Populista, de 1930 a 1950, foram criados os institutos de seguridade social, organizados por categorias profissionais fundamentais para a economia agroexportadora até

então dominante. Traços das práticas clientelistas e paternalista, que impregnavam os programas e serviços de auxílios e de atenção médica, e o centralismo, verticalismo e autoritarismo corporativo, que impregnavam a Saúde Pública, ainda são característicos das instituições e políticas de saúde brasileiras (LUZ, 1991).

O período do desenvolvimentismo, de 1950 a 1960, ficou “conhecido pela tentativa de implantar-se um projeto nacional de desenvolvimento econômico 'moderno', integrado à ordem capitalista industrial, e pela crise do regime populista e nacionalista dos anos 60” (LUZ, 1991, p. 80). Nesse período, as políticas de saúde apresentavam dicotomia institucional, predominância do modelo campanhista, que se opunha ao modelo curativista que predominava nos serviços previdenciários de atenção médica, burocratizados e ineficazes para solucionar os problemas de saúde das populações urbana e rural (LUZ, 1991).

No período do governo militar, de 1964 a 1984, houve internacionalização da economia brasileira e erupção do capitalismo monopolista de Estado. Um modelo econômico concentrador de renda, acelerou a urbanização sem garantir as condições adequadas de infraestrutura (saneamento, transporte, habitação e de saúde, entre outras) (GUIMARÃES, 1978 apud PAIM, 1994). As condições de saúde agravaram-se em relação ao período anterior, com aumento das taxas de mortalidade infantil, incidência de tuberculose, malária, acidentes de trabalho e outros agravos, refletindo um perfil epidemiológico com a concomitância da morbidade moderna com a de pobreza. As doenças cardiovasculares chegam a ocupar o primeiro lugar da mortalidade proporcional na década de 1980 (PAIM, 1994).

O modelo econômico vigente refletiu nos serviços de saúde e previdência social. No ano de 1966 foi criado o Instituto Nacional da Previdência Social (INPS), a partir da unificação dos diversos Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAPs) (BATICH, 2004; BRASIL, 2011). A política adotada pelo INPS, de “compra de serviços de terceiros”, com suspensão da contratação de recursos humanos e da construção de hospitais e ambulatórios próprios, favoreceu a hegemonia do modelo médico-assistencial privatista e consequente capitalização do setor saúde, aprofundando sua crise, com baixa cobertura, alto custo e pouco impacto sobre os problemas de saúde (PAIM, 1994, p. 54).

A crise do modelo da política social vigente, entre 1975 e 1982, repercutiu nos serviços de saúde e nas condições de vida da população em decorrência “de uma política concentradora, centralizadora, privatizante e ineficaz, expressão do regime político autoritário”. A crise das políticas sociais (saúde, habitação, educação), no início da década de 1980, era identificada com a crise do regime (LUZ, 1991, p. 83). Para racionalizar o setor, o governo propôs a criação do Sistema Nacional de Saúde, mas diante dos obstáculos políticos,

o Ministério da Saúde procurou responder à crise do setor com a implantação de diversos programas verticais, especialmente os Programas de Extensão de Cobertura (PEC). Diante das limitações das políticas racionalizadoras, centralismo, desintegração dos serviços, baixa resolutividade, abrem-se espaços para o desenvolvimento de políticas democratizantes, como as da Reforma Sanitária Brasileira (PAIM, 2009).

Uma nova configuração política, denominada Nova República, instalou-se no Brasil, com a derrota do regime autoritário e a deflagração do processo democrático da eleição para presidente da república, no ano de 1985. A partir de então, propostas de mudanças da situação de saúde passam a ser analisadas, sistematizadas e debatidas, constituindo o projeto de Reforma Sanitária: “conjunto de políticas que buscam modificar a situação de saúde a partir do estudo dos determinantes das condições de saúde e da organização dos serviços, promovendo a articulação das forças sociais potencialmente capazes de operar essa transformação” (PAIM, 1994, p. 56).

Paim (2007) conceitua a Reforma Sanitária a partir de sua análise como fenômeno histórico-social, identificando os seguintes momentos: ideia-proposta-projeto-movimento-processo. Como ideia, percepção, representação, um pensamento inicial, a Reforma Sanitária, aparece vinculada à crítica feita aos limites do movimento ideológico da Medicina Preventiva e à busca de alternativas para a crise da saúde durante o autoritarismo (PAIM, 2009, p. 31). Essa ideia recebeu a denominação Reforma Sanitária em 1977, no editorial da Saúde em Debate do CEBES, vinculando-a à concepção de direito à saúde.

Atualmente, Paim (2007) define a Reforma Sanitária Brasileira (RSB) como uma reforma social centrada nos seguintes elementos constituintes:

- a) democratização da saúde, o que implica a elevação da consciência sanitária sobre saúde e seus determinantes e o reconhecimento do direito à saúde, inerente à cidadania, garantindo o acesso universal e igualitário ao Sistema Único de Saúde e participação social no estabelecimento de políticas e na gestão; b) democratização do Estado e seus aparelhos, respeitando o pacto federativo, assegurando a descentralização do processo decisório e o controle social bem como fomentando a ética e a transparência nos governos; c) democratização da sociedade e da cultura, alcançando os espaços da organização econômica e da cultura, seja na produção e distribuição justa da riqueza, seja na adoção de uma "totalidade de mudanças" em torno de um conjunto de políticas públicas e práticas de saúde, seja mediante uma reforma intelectual e moral (PAIM, 2007, p. 151).

Como proposta, conjunto articulado de princípios e proposições políticas, a Reforma Sanitária aparece nos relatórios finais dos Simpósios de Política de Saúde da Câmara de Deputados (especialmente, em 1979 e 1984) e em outros documentos. A proposta de Reforma

Sanitária Brasileira resultou da mobilização da sociedade civil em defesa da democracia, dos direitos sociais e de um novo sistema de saúde. Enquanto projeto, a Reforma Sanitária foi sistematizada no Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986. O projeto desenvolveu-se com instalação da Comissão Nacional da Reforma Sanitária. A Reforma Sanitária, como movimento da democratização da saúde, apresenta-se como um “conjunto de práticas ideológicas, políticas e culturais” que tem a saúde como referência fundamental, emergindo com o CEBES (PAIM, 2007, p. 150).

Essas transformações iniciaram em 1986, com a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), que teve a participação de mais de 4.000 delegados e do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira. O documento final da 8ª CNS trouxe um conceito abrangente de saúde, referida como “resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso a serviços de saúde” (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1986, p. 4). Este conceito implica a saúde como um direito social:

A garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, em todos os seus níveis, a todos os habitantes do território nacional, levando ao desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade. (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1986, p. 4).

Está em conformidade com os Direitos Humanos Internacionais de segunda geração. Contudo, esse direito não se materializa pela sua formalização no texto constitucional, necessitando que o Estado assuma “uma política de saúde consequente e integrada às demais políticas econômicas e sociais, assegurando os meios que permitam efetivá-las” (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1986, p. 4).

A proposição de criação de um novo Sistema Nacional de Saúde surgiu em 1979, sendo retomada e ampliada na 8ª CNS em 1986, formalizada na Constituição de 1988 e regulamentada na Lei Orgânica da Saúde, de 1990. Desta forma, o Sistema Único de Saúde (SUS) deriva da Reforma Sanitária Brasileira, “articulando um conjunto de políticas específicas (atenção básica, atenção hospitalar, urgência e emergência, regulação, humanização, promoção da saúde, entre outras) e desenvolvendo distintas práticas de saúde” (PAIM, 2009, p. 29).

Enquanto processo, “entendido como conjunto de atos relacionados a práticas sociais – econômicas, políticas, ideológicas e simbólicas” – a Reforma Sanitária brasileira pode ser analisada a partir da implantação dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS), da instalação da Comissão Nacional da Reforma Sanitária (CNRS) e do

desenvolvimento dos trabalhos da Assembleia Constituinte, Constituição de 1988, e por meio da conjuntura pós-88 (PAIM, 2009, p. 31).

Silva (2011) afirma que o Movimento Sanitário ficou recuado a partir de 1990, não conseguindo articular propostas em defesa da consolidação da Reforma Sanitária, limitando-se à implementação SUS. E destaca, como desafios: a profunda e prolongada crise econômica da década de 1980, que persiste até os dias atuais; a ofensiva neoliberal; a falta de empenho dos sucessivos governos para construção do SUS e para o avanço da Reforma Sanitária Brasileira.

Analisando a RSB, Paim (2007) conclui que, enquanto projeto de reforma social, resultou em uma reforma parcial, setorial e institucional, identificada como a construção e implantação do Sistema Único de Saúde, “convivendo com iniquidades sociais e um Estado colonizado por interesses capitalistas, corporativos e partidários” (PAIM, 2007, p. 272).

A não concretização dos compromissos da RSB é evidenciada por meio dos obstáculos enfrentados pelo SUS, tais como: a falta de implementação da norma constitucional da Seguridade Social; o subfinanciamento; a precarização das relações e condições de trabalho, as mudanças insignificantes na estrutura dos modelos de atenção à saúde e de gestão do sistema; o marketing de valores de mercado e a desvalorização dos determinantes estruturais das necessidades de saúde e dos conselhos de saúde para solução dos problemas (SILVA, 2011). A revolução do modo de vida ainda continua como promessa não cumprida do movimento sanitário, especialmente, na sua aposta emancipadora (PAIM, 2007).

Algumas conquistas obtidas pela RSB devem-se a extraordinária habilidade do Movimento Sanitário de dialogar e negociar. A RSB, conforme Paim (2007, p. 273), contribuiu para “difusão da consciência do direito à saúde, vinculado à cidadania, e para a realização parcial de uma reforma democrática de Estado”. Possibilitou a participação social e controle público sobre o Estado e governos, a descentralização e a pactuação das relações inter governamentais no contexto da Federação.

Dentre os eventos importantes para a retomada do movimento, em torno da Reforma Sanitária Brasileira, destacam-se: a realização do 8º Simpósio sobre Política Nacional de Saúde e a *Carta de Brasília*; o Manifesto, reafirmando compromissos pela saúde dos brasileiros, subscrito pelo CEBES, ABRASCO, ABRES, Rede Unida e AMPASA, em 2005; o Fórum da Reforma Sanitária Brasileira, atuante desde 2005, e a retomada do CEBES, a partir de 2006; iniciativas governamentais como, o Pacto pela Saúde em 2006, a formalização da Política Nacional de Promoção da Saúde, em 2007, e a instalação, em 2005, e conclusão dos trabalhos da Comissão Nacional de Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS) (PAIM, 2009).

3.1.3 Determinação Social e Promoção da Saúde

A abordagem da Determinação Social da Saúde reconhece que o caráter complexo da saúde, multidimensional e histórico, permite aprofundar os estudos das diferenças e das injustiças sociais para reverter as inequidades de classe, de etnia e de gênero, que é subjacente em cada sociedade. Fomenta a organização, participação e mobilização social para transformação da sociedade, na perspectiva da defesa da vida e dos direitos humanos integrais (MEJÍA, 2013).

O Paradigma da Determinação Social da Saúde surge na interface do materialismo crítico, da economia e da ecologia política em diálogo com uma versão crítica das ciências da saúde, do ambiente e da sociedade. Propõe decifrar o movimento da vida, seu metabolismo histórico na natureza, modos típicos de viver (econômico, político e cultural) e do movimento dos genótipos e fenótipos humanos, no marco do movimento da materialidade social, cujo eixo é a acumulação do capital ou reprodução social (BREILH, 2013).

A noção de Determinação Social da Saúde é:

La expresión del pensamiento crítico que se había apoderado del movimiento latinoamericano de medicina social (ahora mejor conocido como de salud colectiva); a cuyo origen convergieron las inquietudes de colectivos movilizadas, el desarrollo de nuevos instrumentos de análisis y la presencia de un proyecto expreso de transformación del paradigma obsoleto de la vieja salud pública empírico-funcionalista de los años 70 (BREILH, 2013, p. 15).

O Paradigma da Determinação Social da Saúde objetiva acompanhar o esforço histórico dos povos para derrotar e desmontar o sistema atual de acelerada acumulação do capital, exclusão social e destruição da natureza, com seu modo civilizatório consumista, contaminante e destruidor. Emancipar a sociedade e conseguir a vigência plena de 4 aspectos da vida: sustentabilidade, soberania, solidariedade e saúde/biossegurança integral, e não, apenas, elevar os indicadores convencionais de qualidade de vida (BREILH, 2013).

A noção de Determinação Social exerceu influência para a construção da epidemiologia crítica latino-americana, inicialmente, estruturada a partir do debate e da ruptura com as normas e os princípios da epidemiologia clássica e o seu multicausalismo linear, em seguida, da crítica ao modelo empírico-funcionalista da epidemiologia ecológica e, atualmente, da crítica a epidemiologia dos determinantes sociais da saúde. Nessa perspectiva, a epidemiologia para ser emancipatória deve estar comprometida com a mudança civilizatória frente a um sistema social inviável e incompatível com a vida e a saúde; substituir o

pensamento linear pelo complexo; superar a lógica da saúde pública funcionalista baseada no pensamento moderno dos anos 70 e 80 do século xx, que julgava as coisas por seu valor de troca, a saúde como mercadoria; e resgatar o conceito de valor de uso; introduzir a lógica de contradição no processo de saúde, colocando que há uma oposição em todos os processos com relação ao valor de uso e o de troca, entre o que serve, protege, é saudável, e o que causa dano, deteriora e é insalubre (BREILH, 2013).

A Determinação Social da Saúde está relacionada às condições materiais de produção, às características sociais gerais da sociedade e à posição de cada indivíduo na sociedade. Os diversos extratos sociais estão submetidos aos riscos ambientais, físicos e biológicos de forma diferenciada, com maior exposição nos extratos com condições sociais de pobreza ou miséria. Estes, em geral, desprovidos de poder na sociedade, também, estão submetidos aos agravos oriundos da falta de perspectiva e reconhecimento, da frustração e da sensação de injustiça e impotência. A deficiência de acesso à educação e aos serviços de saúde amplia a situação de vulnerabilidade e/ou vulneração das pessoas, tornando-as incapazes de lidar positivamente com os diversos fatores de riscos (FLEURY-TEIXEIRA; BRONZO, 2010).

Quanto à Promoção da Saúde, seu conceito foi construído e ampliado ao longo de diversas Conferências Internacionais de Promoção da Saúde, tendo, como referência inicial, o conceito de saúde do Informe Lalonde, no início de 1974. Neste documento, o campo da saúde é decomposto em quatro componentes: biologia humana, ambiente, estilo de vida e organização da assistência à saúde (LALONDE, 1974). Contudo, em 1920 já havia um conceito de Promoção da Saúde, como:

Um esforço da comunidade organizada para alcançar políticas que melhorem as condições de saúde da população e os programas educativos para que o indivíduo melhore sua saúde pessoal, assim como para o desenvolvimento de uma “maquinaria social” que assegure a todos os níveis de vida adequados para manutenção e melhoramento da saúde (WINSLOW, 1920, p. 23 apud BUSS, 2009, p. 21).

A Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, reunida em Alma-Ata, realizada em 1978, enfatiza que “a saúde é um direito humano fundamental, e que a consecução do mais alto nível possível de saúde é a mais importante meta social mundial, cuja realização requer a ação de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor saúde” (CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE, 1978, p. 2). Refere-se à chocante desigualdade existente no estado de saúde dos povos, particularmente entre os países desenvolvidos e em desenvolvimento e dentro dos

países, como política, social e economicamente inaceitável, devendo ser objeto da preocupação comum de todos os países. Considera o desenvolvimento econômico e social, baseado numa ordem econômica internacional, importante para a mais plena realização da meta de Saúde para Todos no Ano 2000 e para a redução da lacuna existente entre o estado de saúde dos países em desenvolvimento e o dos desenvolvidos. A promoção e proteção da saúde dos povos são essenciais para o contínuo desenvolvimento econômico e social e contribuem para a melhor qualidade de vida e para a paz mundial (CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE, 1978).

Alguns aspectos importantes para a construção e ampliação do conceito de Promoção da Saúde podem ser destacados de cada Conferência Internacional. A I Conferência Internacional de Promoção da Saúde aconteceu no Canadá, em 1986, tendo como resultado a formulação da Carta de Ottawa que propõe cinco campos centrais de ação para Promoção da Saúde: a elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis; criação de ambientes favoráveis à saúde; reforço da ação comunitária; desenvolvimento de habilidades pessoais; e reorientação do Sistema de Saúde (CONFERÊNCIA INTERNACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE, 1986; BUSS, 2009). A Carta de Ottawa define a promoção da saúde como o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo (CONFERÊNCIA INTERNACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE, 1986).

A II Conferência Internacional de Promoção da Saúde realizada em Adelaide, Austrália, em 1988, teve como tema central as políticas públicas saudáveis, identificando quatro áreas prioritárias: apoio à saúde da mulher; alimentação e nutrição; tabaco e álcool; criação de ambientes saudáveis. Ressalta a importância da criação de ambientes (sociais e físicos) favoráveis para que as pessoas possam viver vidas saudáveis, o compromisso com a equidade no acesso a bens e serviços existentes na sociedade e a intersetorialidade (CONFERÊNCIA INTERNACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE, 1988). A criação de ambientes favoráveis à saúde constitui o foco principal da conferência seguinte.

Tendo como tema central “Ambientes favoráveis à saúde”, a III Conferência Internacional de Promoção da Saúde, aconteceu em Sundsval, Suécia, em 1991. Foca a interdependência entre saúde e ambiente em todos os seus aspectos. Convoca todos (governo e sociedade) a se engajarem ativamente no desenvolvimento de ambientes físicos, sociais, econômicos e políticos mais favoráveis à saúde.

Nessa Conferência, salientam-se quatro aspectos para um ambiente favorável e promotor de saúde: *a dimensão social* – maneiras pelas quais normas, costumes e processos

sociais afetam a saúde; a *dimensão política* – a participação democrática nos processos de decisão e a descentralização dos recursos e das responsabilidades, compromisso com os direitos humanos, com a paz e com a relocação de recursos oriundos da corrida armamentista; a *dimensão econômica* – reescalonamento de recursos para alcançar a meta Saúde para todos no Ano 2000 e o desenvolvimento sustentável, o que inclui a transferência de tecnologia segura e correta; e a necessidade de reconhecer e utilizar a capacidade e o conhecimento das mulheres em todos os setores, inclusive político e econômico (CONFERÊNCIA INTERNACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE, 1991).

As propostas para ação têm como princípios: a) equidade na participação com amplo envolvimento e controle da sociedade; b) interdependência de todos os seres vivos. O processo democrático de promoção da saúde requer aumentar o poder de decisão das pessoas e a participação comunitária, constituindo-se numa força motriz para a autoconfiança e o desenvolvimento. A educação é um direito humano básico e necessário às mudanças políticas, devendo ser acessível para todos (CONFERÊNCIA INTERNACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE, 1991).

A Conferência de Sundsvall enfatiza os princípios do desenvolvimento sustentável e que os temas de saúde, ambiente e desenvolvimento humano não podem estar separados. Desenvolvimento implica melhoria da qualidade de vida e saúde e preservação da sustentabilidade do meio ambiente. Esses princípios foram discutidos no Relatório de Brundtland em 1987 e na Conferência das Nações Unidas sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento realizada no ano, 1992, na cidade do Rio de Janeiro, com a formulação da Agenda 21. Uma das colocações do relatório de Brundtland a esse respeito é a seguinte:

Boa saúde é a base do bem-estar humano e da produtividade. Assim, uma política de saúde de base ampla é essencial para o desenvolvimento sustentável. No mundo em desenvolvimento, os problemas críticos de saúde estão intimamente relacionados às condições ambientais e problemas de desenvolvimento (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 1987, p. 93).

O Relatório de Brundtland coloca a satisfação das necessidades essenciais e aspirações humanas como objetivo principal do desenvolvimento e melhoria da qualidade de vida. No entanto, essas necessidades para grande parte das pessoas dos países em desenvolvimento não estão sendo atendidas. Enfatiza que a pobreza e a desigualdade no mundo são endêmicas, podendo gerar crises diversas, especialmente, ecológicas. Concluindo que o desenvolvimento sustentável exige satisfação das necessidades básicas e oportunidade de todos os indivíduos satisfazerem suas aspirações por uma vida melhor. Para tanto, requer que as sociedades

umentem o potencial produtivo e garantam oportunidades iguais para todos (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 1987). Nessa perspectiva, o desenvolvimento sustentável, em essência, é definido como:

Um processo de mudança no qual a exploração dos recursos, a direção dos investimentos, a orientação do desenvolvimento tecnológico e as mudanças institucionais estão todos em harmonia visando melhorar o potencial atual e futuro para satisfazer as necessidades e aspirações humanas (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 1987, p. 43).

O desenvolvimento sustentável foi amplamente discutido na Conferência das Nações Unidas sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento (CNUMAD ou Rio-92), objetivando a definição e adoção de um conjunto de políticas de meio ambiente e de saúde. As discussões serviram de base para a formulação da Agenda 21, que “reflete um consenso mundial e um compromisso político no nível mais alto no que diz respeito ao desenvolvimento e cooperação ambiental” (CONFERÊNCIA DAS NAÇÕES UNIDAS SOBRE MEIO AMBIENTE E DESENVOLVIMENTO, 1992, p. 9). A Agenda 21 aborda os vínculos existentes entre saúde, meio ambiente e desenvolvimento. Propõe ações intersetoriais para a promoção do desenvolvimento sustentável, que garanta a qualidade de vida e preservação dos ecossistemas às gerações presentes e futuras. A CNUMAD reconhece que:

Os vínculos existentes entre saúde e melhorias ambientais e sócio-econômicas exigem esforços intersetoriais. Tais esforços, que abrangem educação, habitação, obras públicas e grupos comunitários, inclusive empresas, escolas e universidades e organizações religiosas, cívicas e culturais, estão voltados para a capacitação das pessoas em suas comunidades a assegurar o desenvolvimento sustentável. Especialmente relevante é a inclusão de programas preventivos, que não se limitem a medidas destinadas a remediar e tratar (CONFERÊNCIA DAS NAÇÕES UNIDAS SOBRE MEIO AMBIENTE E DESENVOLVIMENTO, 1992, p. 69).

A Conferência Internacional de Promoção da Saúde (1992) de Bogotá, Colômbia, realizada em 1992, discutiu a promoção da saúde na América Latina. Assumindo a relação mútua entre saúde e desenvolvimento, reconheceu que a iniquidade, a deterioração das condições de vida da população e o aumento de riscos para a saúde agravam-se pela prolongada crise econômica e políticas de ajuste macroeconômico.

Diante da situação de iniquidade da saúde nos países da América Latina as ações para promoção da saúde devem ser orientadas para combater as enfermidades do atraso e da pobreza e, ao mesmo tempo, as enfermidades da urbanização e industrialização, que se

sobrepõem. Nessa perspectiva, o papel da promoção da saúde deve ser de identificar os fatores que favorecem a iniquidade, propor ações para reduzir seus efeitos e “atuar como um agente de mudança que induza transformações radicais nas atitudes e condutas da população e seus dirigentes, origem destas calamidades”. Para tanto, tem como desafio conciliar os interesses econômicos e os propósitos sociais de bem estar para todos e trabalhar pela solidariedade e equidade social (CONFERÊNCIA INTERNACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE, 1992, 46).

A IV Conferência Internacional de Promoção da Saúde realizada em Jakarta, Indonésia, 1997, teve como tema “Novos Protagonistas para uma Nova Era: orientando a Promoção da Saúde no Século XXI”. Reafirma os vínculos entre saúde e desenvolvimento e enfatiza o surgimento de novos determinantes da saúde, “os fatores transnacionais; a integração da economia global, os mercados financeiros e o comércio, o acesso aos meios de comunicação, assim como a continuação da degradação ambiental, apesar de todos os alertas internacionais [...]” (CONFERÊNCIA INTERNACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE, 1997, p. 4).

Nessa Conferência, a saúde é reconhecida como um direito humano fundamental e essencial para o desenvolvimento social e econômico. A promoção da saúde processa-se mediante investimentos e ações sobre os determinantes da saúde, objetivando beneficiar os povos de forma a contribuir para a redução das iniquidades em saúde, para assegurar os direitos humanos e para a formação do capital social. Os pré-requisitos para a saúde são: paz, abrigo, instrução, segurança social, relações sociais, alimento, renda, direito de voz das mulheres, um ecossistema estável, uso sustentável dos recursos, justiça social, respeito aos direitos humanos e equidade. Considerando a pobreza como a maior ameaça à saúde, a IV Conferência define como prioridades para a promoção da saúde no século XXI: promover a responsabilidade social para com a saúde; aumentar os investimentos para fomentar a saúde; consolidar e expandir parcerias em prol da saúde; aumentar a capacidade comunitária e dar direito de voz ao indivíduo; e conseguir uma infraestrutura para a promoção da saúde (CONFERÊNCIA INTERNACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE, 1997).

A V Conferência Internacional de Promoção da Saúde, realizada na cidade do México, no ano 2000, coloca a promoção da saúde como prioridade fundamental das políticas e programas locais, regionais, nacionais e internacionais. Defende as ações intersetoriais e a preparação de planos de ação nacionais para a promoção da saúde, se preciso, utilizando a capacidade técnica da OMS e de seus parceiros nessa área (CONFERÊNCIA INTERNACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE, 2000).

A VI Conferência Internacional de Promoção da Saúde, realizada em Bangkok, Tailândia, em 2005, mostra a preocupação com a desigualdade dentro e entre os países, os novos padrões de consumo e comunicação, o comércio, as mudanças ambientais globais e a urbanização como fatores críticos que influenciam a saúde. Coloca como intervenções efetivas: o progresso para um mundo mais saudável requer forte ação política, ampla participação e advocacia sustentável (CONFERÊNCIA INTERNACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE, 2005).

A Carta de Bangkok reafirma que a saúde é direito fundamental de qualquer ser humano. Apresenta um “conceito positivo e inclusivo de saúde como um determinante da qualidade de vida, incluindo o bem estar mental e espiritual”. A promoção da saúde é referida como: “processo que permite as pessoas aumentar o controle sobre sua saúde e seus determinantes, mobilizando-se (individual e coletivamente) para melhorar a sua saúde” (CONFERÊNCIA INTERNACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE, 2005, p.1).

A VII Conferência Global de Promoção da Saúde foi realizada em Nairobi, Quênia, em 2009. Teve como tema “Promovendo a saúde e o desenvolvimento: quebrar as lacunas de implementação”. Os temas discutidos foram: i) Empoderamento da comunidade (autonomia comunitária); ii) Conhecimento sobre saúde e comportamento (autonomia individual); iii) Reforço dos Sistemas de Saúde - pertinência social e saúde; iv) Parcerias e ação intersetorial – fortalecimento do trabalho de redes; v) Construção de competências para a promoção da saúde. Foi aprovado o documento intitulado "Apelo para a Ação de Nairobi: acabando com o abismo na implementação da Promoção da Saúde" (CONFERÊNCIA INTERNACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE, 2009).

A 8ª Conferência Global sobre Promoção da Saúde (2013) ocorreu na cidade de Helsínquia, Finlândia, tendo como tema principal “Saúde em Todas as Políticas” e seu foco foi na implementação, o “como fazer”. A preocupação maior desta Conferência foi inserir as questões de saúde em todas as políticas. Para tanto, seus objetivos estavam voltados para o intercâmbio de experiências visando identificar mecanismos eficazes para promover a intersetorialidade, a integração da saúde em todas as políticas, a implementação das recomendações da Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde, a discussão das questões de desenvolvimento econômico e social e as contribuições da promoção da saúde relacionadas aos cuidados primários de saúde e seus impactos desde a Conferência de Ottawa.

Reafirma que a saúde das pessoas não é responsabilidade apenas do setor da saúde, visto que, envolve questões políticas mais amplas, como o comércio e política externa, necessitando de vontade política para o envolvimento de todos na área da saúde. A

Conferência reconhece que os interesses empresariais e o poder do mercado podem afetar a capacidade dos governos e dos sistemas de saúde para promover e proteger a saúde e responder às necessidades de saúde da população. A resposta a estes desafios é a Saúde em Todas as Políticas visando à regulação de práticas que integrem os objetivos das áreas de saúde, sociais e do desenvolvimento econômico, e possa gerir os conflitos de interesses de forma transparente (CONFERÊNCIA GLOBAL SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE, 2013).

Considerando o Movimento da Promoção da Saúde no Canadá, Carvalho (2007) refere-se as três correntes de Promoção da Saúde: a Corrente Behaviorista de Promoção da Saúde no Canadá; a Corrente da Nova Promoção da Saúde no Canadá; e a Corrente da Nova Promoção da Saúde da População no Canadá. A primeira teve como marco inaugural o Relatório Lalonde em 1974, tendo como eixo estratégico um conjunto de intervenções que buscam transformar os comportamentos individuais não saudáveis (intervenção sobre o estilo de vida das pessoas).

Nessa perspectiva, as principais metas da Corrente Behaviorista de Promoção da Saúde no Canadá são: mudar o foco das ações sanitárias do sistema de atenção à saúde para ações de promoção; romper com a percepção de que saúde resulta de cuidados médicos; e conscientizar o público do desequilíbrio nos gastos setoriais. Rompe com o modelo biomédico, sugerindo uma perspectiva mais holística sobre a saúde. Contudo, Carvalho (2007) observa algumas limitações nessa corrente. O social, na saúde, vai se tornando sinônimo de estilo de vida, diluindo-se em “uma retórica comportamental, a-histórica. Estão ausentes temas como poder, sujeitos sociais, estruturas sociais, capitalismo e luta de classes. O mesmo ocorre com categorias como pobreza, iniquidade social, desemprego, condições de trabalho e de vida, democracia, participação e direito” (CARVALHO, 2007, p. 50).

Em contextos com hegemonia de políticas neoliberais, as estratégias da Corrente Behaviorista favorecem a desobrigação do Estado em relação às suas obrigações sociais, aumentando a carga de responsabilidades dos indivíduos e grupos sociais por seus problemas de saúde. O ideário dessa corrente apresenta uma perspectiva normatizadora/reguladora do social e entende o real por meio de dados positivos, muitas vezes, mensuráveis como na epidemiologia (CARVALHO, 2007, p. 51).

A Corrente da Nova Promoção da Saúde no Canadá surge nos anos de 1980, em decorrência das limitações da Corrente Behaviorista, com uma perspectiva socioambiental. Teve influência do Relatório de Alma-Ata, da Carta de Ottawa e dos estudos epidemiológicos das décadas de 1970 e 1980. Estes estudos apontam que: “políticas que reduzem a iniquidade social têm efeitos positivos na saúde de todos”, evidenciando que, para melhoria da qualidade

de vida, a saúde deve ser considerada é um bem comum e um direito de todos (CARVALHO, 2007, p. 55).

A Nova Promoção da Saúde “preconiza que as ações de promoção devem pautar-se pela defesa e pelo apoio (advocacy) à qualidade de vida dos indivíduos e grupamentos humanos nas esferas políticas, econômicas e culturais [...]”. Apresenta como principais estratégias a constituição de políticas públicas saudáveis, criação de ambientes sustentáveis, a reorientação dos serviços de saúde, o fortalecimento de ações comunitárias e o desenvolvimento da capacidade individual (CARVALHO, 2007, p. 59).

A Corrente da Nova Promoção da Saúde da População no Canadá teve início em 1990, tendo como premissa a crise do setor saúde em decorrência da ineficiência do modelo de atenção e da inadequação da alocação de recursos na assistência. Critica o projeto behaviorista de Promoção da Saúde e o modelo biomédico hegemônico. O seu modelo explicativo distingue a categoria doença das de saúde, função e bem-estar. Considera o ambiente físico e o social determinantes e condicionantes da resposta biológica do indivíduo, por meio da ampliação de mecanismos adaptativos que intervêm na saúde/função (CARVALHO, 2007).

No Brasil o conceito de Promoção da Saúde tem como aspectos norteadores políticas públicas saudáveis, o empoderamento, a sustentabilidade e a qualidade de vida (CARVALHO, 2008) e por imperativo ético, responder às necessidades sociais, atuando sobre sua determinação social, com base nos direitos universais fundamentais (CONGRESSO BRASILEIRO DE EPIDEMIOLOGIA, 2004). A Promoção da Saúde no SUS é concebida:

Como uma estratégia de articulação transversal na qual se confere visibilidade aos fatores que colocam a saúde da população em risco e às diferenças entre necessidades, territórios e culturas presentes no nosso País, visando à criação de mecanismos que reduzam as situações de vulnerabilidade, defendam radicalmente a equidade e incorporem a participação e o controle sociais na gestão das políticas públicas (BRASIL, 2010a, p. 12).

Nessa perspectiva, a Política Nacional de Promoção da Saúde tem como objetivo geral “promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes – modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais” (BRASIL, 2010a, p. 17).

As estratégias de promoção da saúde e a elaboração e implementação de políticas públicas para a saúde “têm esbarrado na estrutura administrativa segmentada e burocrática do

Estado, no predomínio da cultura setorial e competitiva, na ausência de uma política estratégica de desenvolvimento social e no predomínio da racionalidade biomédica nas arenas da saúde” (BUSS; CARVALHO, 2009, p. 2313).

As diversas Conferências de Promoção da Saúde enfatizam a importância de atuar sobre os determinantes sociais da saúde (condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham). A Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), conceitua os DSS como “os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população” (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007, p. 78).

Ao longo do século XX houve uma permanente tensão entre as diversas abordagens da Saúde Pública, alternando entre enfoque médico biológico e enfoques sociopolíticos e ambientais. Os determinantes sociais tinham um grande espaço na Constituição da OMS de 1948. Contudo, nas décadas subsequentes, a Saúde Pública foi dominada por programas verticais baseados no uso de tecnologia. O tema dos determinantes sociais voltam a ter destaque no final dos anos 70 na Conferência de Alma-Ata e nas atividades inspiradas no lema “Saúde para todos no ano 2000”, perdendo espaço na década de 80 para o enfoque da saúde como um bem privado, com predomínio na assistência médica individual. Na década seguinte, o debate sobre as Metas do Milênio, com ênfase nos determinantes sociais de saúde, desencadeia a criação da Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde, em 2005 (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

A Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde (CDSS) ou Commission on Social Determinants of Health (CSDH) foi criada em março de 2005, pela Organização Mundial da Saúde (OMS). A CDSS tem o objetivo de “Promover, em âmbito internacional, uma tomada de consciência sobre a importância dos determinantes sociais na situação de saúde de indivíduos e populações e sobre a necessidade do combate às iniquidades em saúde por eles geradas” (COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE, 2008, p. 10).

Em resposta ao movimento global em torno dos DSS desencadeado pela OMS, foi criada no Brasil, em 13 março de 2006, a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), através de Decreto Presidencial. Os objetivos da CNDSS podem ser sintetizados em: “Gerar informações e conhecimentos sobre os determinantes sociais da saúde no Brasil; contribuir para a formulação de políticas que promovam a equidade em saúde; mobilizar diferentes instâncias do governo e da sociedade civil sobre este tema” (COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE, 2008, p. 19).

A CNDSS atua orientada pelos seguintes compromissos: com a ação, visando combater as iniquidades de saúde, atuando sobre seus determinantes sociais; com equidade em saúde, um compromisso ético e político, visando assegurar o direito universal à saúde; com a evidência científica, no intuito de entender como os determinantes sociais geram as iniquidades em saúde, como e onde intervir para combatê-las e que resultados podem ser obtidos em termos de efetividade e eficiência (COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE, 2008).

Para combater as profunda inequidades existentes entre os diversos grupos sociais, dentro do país e em nível global, a Saúde Pública tem um papel relevante de gerar uma consciência coletiva da necessidade de intervir sobre os determinantes sociais de saúde, entre os quais, a concentração de poder político e econômico nas mãos de uma minoria privilegiada, produto do capitalismo e da globalização econômica (MIJÍA, 2013).

3.1.4 Território, vulnerabilidades e vulneração

3.1.4.1 *Concepção de território*

Diferentes áreas de conhecimento apresentam um conceito de território sob múltiplas dimensões, políticas, sociais, econômicas, entre outras. O território é um espaço singularizado com limites político-administrativo ou de ação de um determinado grupo de atores sociais. Internamente o território é relativamente homogêneo e portador de poder, onde se exercitam e se constroem os poderes de atuação do Estado, das agências e de seus cidadãos. Apresenta importância estratégica na consolidação de ações das políticas sociais públicas para a resolução de problemas e atendimento das necessidade da população (GONDIM et al., 2008).

O território usado, sinônimo de espaço geográfico (SANTOS; SILVEIRA, 2001), é tudo aquilo que o constitui, materialmente ou imaterialmente, “sistemas de engenharia, a agricultura, a indústria, o meio construído urbano, as densidades demográficas e técnicas”, e “as ações, normas, leis, cultura, movimentos da população e fluxos de toda ordem, incluindo ideias e dinheiro” (SILVEIRA, 2011, p. 155).

Segundo Haesbaert (2007), o território é compreendido numa perspectiva integradora do espaço geográfico nas múltiplas dimensões físicas, políticas, econômicas, culturais e simbólicas, com ênfase nos aspectos temporal, dinâmico e em rede. Essa perspectiva integradora pode ser vista segundo as relações de poder de dominação e apropriação.

Desde a origem, o território nasce com uma dupla conotação, material e simbólica, pois etimologicamente aparece tão próximo de terra-territorium quanto de terreo-terror (terror, aterrorizar), ou seja, tem a ver com dominação (jurídico-política) da terra e com a inspiração do terror, do medo – especialmente para aqueles que, com esta dominação, ficam alijados da terra, ou no “territorium” são impedidos de entrar. Ao mesmo tempo, por extensão, podemos dizer que, para aqueles que têm o privilégio de usufruí-lo, o território inspira a identificação (positiva) e a efetiva “apropriação”. Território, assim, em qualquer acepção, tem a ver com poder, mas não apenas ao tradicional “poder político”. Ele diz respeito tanto ao poder no sentido mais concreto, de dominação, quanto ao poder no sentido mais simbólico, de apropriação (HAESBAERT, 2005, p. 6774).

Os contextos resultantes da reprodução material de vida apresentam uma diversidade de usos, refletindo uma rede de interações sócio-político-econômico-cultural-territorial (GONDIM et al., 2008). Santos (1998) apresenta novas configurações do território relacionadas a nova ordem econômica, às quais, denomina de horizontalidades e verticalidades. Considerando que na horizontalidade há uma continuidade do território, a união dos territórios reconstrói as bases de vida comum, susceptível de criar normas locais e regionais. Na verticalização não há continuidade dos territórios, os lugares são pontos distantes uns dos outros e são ligados por todas as formas de processos sociais, podendo ser denominados lugares em rede.

O processo de urbanização e estruturação do território deve ser compreendido a partir das relações sociais de produção que se processam em espaços determinados, assumindo um caráter espacial, podendo ser horizontais e verticais. As primeira são vazias de significado se não estiverem associadas às relações sociais de produção verticais. Essas relações são dialéticas, inseparáveis, interdependentes e contraditórias. A importância dos lugares no processo de urbanização ou estruturação do território varia historicamente em função dos condicionantes e processos sociais, econômicos, políticos e culturais (LIMONAD, 1999). A divisão territorial do trabalho cria uma hierarquia entre lugares e redefine, a cada momento, a capacidade de agir das pessoas, das firmas e das instituições (SANTOS; SILVEIRA, 2001).

A intensa urbanização da população no Brasil tem gerado territórios de exclusão próximos aos espaços públicos da cidade formal. A ausência do poder público e do direito à cidadania, nesses territórios, originam formas de confinamento, atomização e poder local, aumentando a vulnerabilidade socioambiental das populações. Os territórios de exclusão são constituídos pelos espaços das periferias e das favelas, “locus prioritário para implementação de estratégias de promoção da saúde”. Contudo, o poder público, ao definir e implementar as políticas públicas, não reconhece as particularidades de cada território, tratando-os como

espaço genérico de carência, semelhantes em suas características socioeconômicas e ambientais (PORTO; PIVETTA, 2009, p. 217-218).

Na área de saúde a territorialização constitui “um dos pressupostos da organização dos processos de trabalho e das práticas de saúde”, caracterizada pela descentralização das atividades de assistência e de vigilância, realizadas através do Programa Saúde da Família, da Vigilância Ambiental em Saúde, entre outras ações (MONKEN; BARCELLOS, 2005, p. 898). Estes autores alertam que, muitas vezes, há redução do conceito de espaço sendo utilizado apenas de uma forma administrativa, na gestão física dos serviços de saúde, negligenciando seu potencial para a identificação de problemas de saúde e de propostas de intervenção. E colocam que o reconhecimento do território é fundamental para a caracterização da população, de seus problemas de saúde e para a avaliação do impacto dos serviços de saúde na população.

Permite o desenvolvimento de um vínculo entre os serviços de saúde e a população, mediante práticas de saúde orientadas por categorias de análise de cunho geográfico. Essa proposta, contida no novo modelo de vigilância em saúde, é justificada pelo agravamento das desigualdades sociais associado a uma segregação espacial aguda, que restringem o acesso da população a melhores condições de vida (MONKEN; BARCELLOS, 2005, p. 899).

O reconhecimento do território na escala do cotidiano é fundamental para entender a complexidade e as necessidades das comunidades, representando um caminho para a promoção da saúde (PORTO; PIVETTA, 2009). Planejar e programar o desenvolvimento da Vigilância da Saúde em um território específico, segundo Teixeira, Paim e Vilasboas (1998), exige uma visão estratégica a partir do conhecimento das condições de vida e trabalho dos moradores e de como os órgãos governamentais e não governamentais estão atuando na área. O propósito fundamental do processo de territorialização é:

Permitir a definição de prioridades em termos de problemas e grupos, o mais aproximadamente possível, o que se refletirá na definição das ações mais adequadas, de acordo com a natureza dos problemas identificados, bem como na concentração de intervenções sobre grupos priorizados e, conseqüentemente, em um maior impacto positivo sobre os níveis de saúde e as condições de vida (TEIXEIRA; PAIM; VILASBOAS, 1998, p. 20).

Faria e Bortolozzi (2009) referindo-se às novas abordagens do conceito de território, colocam como característica principal o rompimento com a tradicional visão política do território, que passa a ser entendido como apropriação social, política, econômica e cultural, dando um salto qualitativo em relação às escalas e às funções de cada recorte territorial. Nessa perspectiva, o território torna-se dinâmico e altera-se, devido aos conflitos inerentes as

relações sociais nas disputas pelo poder. Os autores reconhecem a contribuição da utilização dos conceitos de espaço e território em Milton Santos, que permitiu mudar o foco de atenção centrado na doença para abordagem dos determinantes sociais das condições de saúde. Nesta perspectiva, colocam que:

A apropriação social do espaço produz territórios e territorialidades propícias à disseminação de determinadas enfermidades. Os usos e as funções que cada recorte espacial admite podem conformar perfis territoriais que revelam as condições de acesso aos serviços de saúde, exposição a fatores de risco, exclusão socioespacial, entre outros fatores determinantes das situações de saúde em grupos sociais (FARIA; BORTOLOZZI, 2009, p. 39).

Há, portanto, conforme Faria e Bortolozzi (2009), necessidade de uma nova abordagem territorial em saúde, que contemple múltiplos olhares, em escala urbana, onde há uma diversidade de territórios e territorialidades, devido às relações sociais mais intensas, os conflitos, os fluxos e os usos diferenciados. Essa abordagem, segundo Gondim et al. (2008), deve considerar os sistemas de objetos naturais e construídos pela sociedade, os tipos de interação no território e sua percepção pela população e a influência da utilização dos recursos do território na promoção de hábitos, comportamentos e problemas de saúde. A reprodução social e material da vida cotidiana estão intimamente relacionadas, traduzindo-se nas condições concretas de existência e de saúde da população.

O processo saúde-doença e os fenômenos biológicos e sociais só podem ser entendidos em sua dependência territorial urbana (FARIA; BORTOLOZZI, 2009). É no território, conforme Rigotto e Augusto (2007, p. S479), “que se podem apreender os processos e as tendências para um diagnóstico dos contextos e situações de risco social, possibilitando o monitoramento das ações executadas” e permitindo a reformulação das ações com parcerias intersetoriais e com os segmentos da sociedade.

O conceito de território, conforme Dias et al. (2009, p. 2066), transcende a dimensão de espaço geográfico fixo, encontrando-se em permanente construção. Apresenta “características epidemiológicas, demográficas, políticas e sociais dinâmicas que se traduzem no confronto cotidiano entre as demandas de saúde expressas pelos atores sociais e a oferta de serviços”. Contudo, há críticas a esse enfoque por não contemplar toda a complexidade dos fatores de risco à saúde, provenientes dos processos produtivos, e as possibilidades de ação.

3.1.4.2 Vulnerabilidades e vulneração

O conceito de vulnerabilidade se diferencia do conceito de riscos, especialmente, pela complexidade da epidemia de HIV/AIDS e pode ser resumido, conforme Ayres et al. (2009, p. 127), como:

A chance da exposição das pessoas ao adoecimento como resultante de um conjunto de aspectos não apenas individuais, mas também coletivo, contextuais, que acarretam maior suscetibilidade à infecção e ao adoecimento e, de um modo inseparável, maior ou menor disponibilidade de recursos de todas as ordens para se proteger de ambos.

Segundo Ayres et al. (2009, p. 127), “as análises de vulnerabilidade envolvem a avaliação articulada de três eixos interligados”: componente individual, social e programático. O “componente individual diz respeito ao grau e à qualidade da informação que os indivíduos dispõem sobre o problema; à capacidade de elaborar essas informações e incorporá-las”; ao interesse e às possibilidades efetivas de transformar essas preocupações em práticas protegidas e protetoras. O componente social está ligado à obtenção de informações, possibilidades de metabolizá-las e incorporá-las a mudanças práticas. O que depende do acesso aos meios de comunicação, da escolarização, dos recursos materiais, do poder de influenciar decisões políticas, de enfrentar barreiras culturais, entre outros. O componente programático refere-se aos esforços para disponibilizar os recursos sociais, de modo efetivo e democrático, para evitar exposição ao agente etiológico e se proteger dos seus danos.

O alvo das intervenções para redução de vulnerabilidade tem sido ampliado do plano individual para o plano das suscetibilidades socialmente configuradas. Assume, dessa forma, a responsabilidade de não só alerta sobre o problema, mas de proporcionar aos sujeitos sociais que respondam de forma a superar os obstáculos materiais, culturais e políticos que os mantêm vulneráveis (AYRES et al., 2009).

Conforme Lorenzo (2006, p. 300), a vulnerabilidade pode ser entendida como “o estado de sujeitos e comunidades nos quais a estrutura de vida cotidiana, determinada por fatores históricos ou circunstanciais momentâneos, tem influência negativa sobre os fatores determinantes e condicionantes de saúde”. Para o autor, a redução da vulnerabilidade depende da formulação e implementação de políticas públicas que reduzam as desigualdades sociais.

A vulnerabilidade é considerada essencialmente negativa por demógrafos e geógrafos, constituindo-se pela existência de uma situação de risco negativa para a saúde, da incapacidade de responder a essa situação e da inabilidade de adaptar-se ao perigo. Para os demógrafos a vulnerabilidade é uma característica de populações socioeconomicamente

desfavorecidas, enquanto para os geógrafos o enfoque é dado à vulnerabilidade dos lugares, entendendo-a como o grau de capacidade de resposta e de habilidade adaptativa (MARANDOLA Jr.; HOGAN, 2005).

Conforme Porto e Pivetta (2009, p. 216), o termo vulnerabilidade tem sido adotado para “caracterizar grupos populacionais mais atingidos ou fragilizados por aspectos sociais, como pobreza, ou genético, diante de fatores de risco” e dos problemas de saúde. Dessa forma, esses grupos podem ser considerados vulneráveis de acordo com características como renda, sexo, faixa etária, escolaridade, etnia, hábitos comportamentais ou região que habitam.

Nessa perspectiva, pode-se falar em vulnerabilidade social que, conforme Pizarro (2011), apresenta dois componente explicativos:

Por una parte, la inseguridad e indefensión que experimentan las comunidades, familias e individuos en sus condiciones de vida a consecuencia del impacto provocado por algún tipo de evento económico social de carácter traumático. Por otra parte, el manejo de recursos y las estrategias que utilizan las comunidades, familias y personas para enfrentar los efectos de ese evento (PIZARRO, 2001, p. 11).

Bronzo (2010) faz uma análise da pobreza sob os enfoques das necessidades básicas, capacidades, exclusão e vulnerabilidade. Nessa perspectiva, reconhece que os processos de inclusão e redução da vulnerabilidade social envolvem, além da renda, o “acesso a serviços públicos e sociais de qualidade; relações sociais, familiares e comunitárias de caráter mais positivo; acesso a trabalhos qualificados”, que confirmam aos indivíduos renda, identidade e um lugar social (BRONZO, 2010, p. 126). E acrescenta que, a superação da vulnerabilidade envolve viver em territórios dotados de adequada infraestrutura urbana e social.

As abordagens ecossistêmicas e ambientais contribuíram para a evolução do conceito de vulnerabilidade, tornando-o dinâmico e contextual, articulando, simultaneamente, as dimensões sociais e ambientais. Referem-se, portanto, às vulnerabilidades socioambientais que, conforme Alves (2006, p. 47), podem “expressar os fenômenos de interação e cumulatividade entre situações de risco e degradação ambiental (vulnerabilidade ambiental) e situações de pobreza e privação social (vulnerabilidade social)”. Considerando esse ponto de vista, a vulnerabilidade decorre de processos socioeconômicos, tecnológicos, culturais, ambientais (ESTEVEZ, 2011) e políticos. Produz diferentes formas de discriminação, injustiças e desigualdades sociais, com diferentes gradientes de “exposição a condições insalubres e múltiplas situações de riscos” aos grupos populacionais e territórios localizados na periferia social e econômica do desenvolvimento (PORTO; PIVETTA, 2009, p. 216).

As vulnerabilidades presentes na sociedade representam uma ameaça maior à saúde da população em contextos vulneráveis (PORTO; PIVETTA, 2009). Um indivíduo ou um grupo é considerado vulnerável com relação à saúde quando “prejudicado por impactos externos alheios à sua vontade ou responsabilidade, limitando sua capacidade de realizar ciclos virtuosos de vida embutidos na cultura e nos valores das sociedades e seus vários grupos sociais” (PORTO, 2007, p. 166). Este autor coloca que é importante compreender e intervir nos processos que geram vulnerabilidades para proposição de estratégias de prevenção, de promoção da saúde e da justiça ambiental.

A caracterização objetiva das condições de vulnerabilidade dos sujeitos apresenta, conforme Ascelrad (2006), duas dificuldades – a de considerar a vulnerabilização como um processo e a condição de vulnerabilidade como uma relação. O processo de vulnerabilização encontra-se associado aos fatores individuais, político-institucionais e sociais. Contudo, o lócus da observação tende a ser o indivíduo e não o processo. Apesar de a vulnerabilidade/vulneração ser socialmente produzida, os indivíduos são responsabilizados por sua condição de vulnerabilidade/vulneração.

Para superar essa visão restrita a alternativa seria definir os vulneráveis e vulnerados como vítimas de uma proteção desigual. Nessa perspectiva, é importante saber quais os mecanismos que tornam os sujeitos vulneráveis e vulnerados e não, simplesmente, identificar a incapacidade de defesa dos mesmos. Conhecendo-se os mecanismos de vulnerabilidade/vulneração pode-se determinar e interromper os processos decisórios que impõem riscos aos mais desprotegidos (ASCELRAD, 2006).

A proteção constitui um direito dos cidadãos e responsabilidade política dos Estados democráticos, intervindo no processo de vulnerabilização/vulneração, que decorre da subtração da capacidade de autodefesa produzida nas relações de vulnerabilidade (ASCELRAD, 2006). Conforme este autor, a vulnerabilidade é uma noção relativa:

Está normalmente associada à exposição aos riscos e designa a maior ou menor susceptibilidade de pessoas, lugares, infraestruturas ou se tornarem menos vulneráveis – via mobilidade espacial, influência nos processos decisórios, controle do mercado das localizações etc, enquanto que outros terão sua mobilidade restrita aos circuitos da vulnerabilidade – de debaixo de um viaduto para cima de um oleoduto etc. (ASCELRAD, 2006, p. 3).

Considerando que a condição de vulnerabilidade é socialmente construída, sua definição depende do ponto de vistas dos sujeitos. Os horizontes e expectativas de vida distintas dos grupos sociais determinam a propensão a aceitar ou não condições que, em

outras circunstâncias, momentos e lugares, seriam inaceitáveis. As relações e contextos, diferentes situações e condições que se articulam nos distintos momentos e localizações, constituindo-se em diferentes vulnerabilidades (ASCELRAD, 2006).

A vulnerabilidade, conforme Schramm (2012), diz respeito a uma potencialidade de todos os seres vivos, pois todos são vulneráveis pela sua condição de finitude e mortalidade que os caracterizam. Todo ser vivo pode ser afetado em sua integridade e autopoiese, como indica a raiz latim do termo *vulnus* (ferida) do qual se originam a partir do século XVI, as palavras *vulnerar*, *vulneração*, *vulnífico* e, a partir do século XVII, *vulnerabilidade*, *vulnerabilizado*, *vulnerador*, *vulnerável*, *vulnerado*, *vulnerante*, *invulnerável*, *invulnerado*, *invulnerabilidade*, entre outras (HOUAISS; VILLAR, 2001, p. 2884).

A abrangência conceitual confunde os aspectos de potência e de ato. Potência e ato são os termos utilizados para distinguir vulnerabilidade de vulneração. Considerando esse aspecto, Schramm (2012) faz uma desconstrução do termo *vulnerável* distinguindo-o do termo *vulnerado*. O primeiro considera como algo em potência (que pode produzir-se, acontecer) e o segundo como algo em ato (já transformado). Vulnerabilidade, portanto, exprime a potência ou condição de quem pode ser ferido ou traumatizado, uma potencialidade de todos os seres vivos, enquanto a vulneração expressa uma efetivação de uma potencialidade, ato ou efeito de *vulnerar* (ferir), condição de quem está ferido. Os vulneráveis têm o potencial de ser ferido e os vulnerados já estão feridos.

O ser humano quando sofre algum dano, incapacidade, debilidade, enfermidade ou deficiência, passa da condição de *vulnerável* para a de *vulnerado*. A vulneração humana trata-se da “condição existencial dos humanos que não estão submetidos somente a riscos de vulneração, mas a danos e carências concretas, constatáveis por qualquer observador racional e imparcial”. A bioética de proteção considera que os indivíduos vulnerados ou populações vulneradas merecem ser protegidos contra danos que não são capazes de enfrentar sozinhos (SCHRAMM, 2008, p. 11). Os vulnerados “não têm condições suficientes para realizar seus projetos de vida razoáveis e legítimos” (SCHRAMM, 2012, p. 54).

3.1.5 Necessidades e demandas em saúde

Necessidades e demandas são dois termos que estão inter-relacionados e, em alguns casos, colocados como sinônimos. O significado de demanda, conforme Houaiss et al. (2001), ato ou efeito de demandar; aparece bem diversificado como: manifestação de um desejo, pedido ou exigência, solicitação; necessidade premente de, carecimento, precisão (de

atenção); ação de procurar alguma coisa, busca, diligência; em Economia, qualquer bem ou serviço procurado no mercado por determinado preço e em determinado momento; entre outros significados.

A necessidade é apontada como qualidade do que é necessário, o que não se pode evitar, inevitável; extrema penúria, pobreza, miséria; imprescindível; o que é útil, conveniência; carência, falta; precisão momentânea, apuro; exigência mínima para satisfazer as condições materiais e morais de vida; carências naturais do organismo humano com beber água; aparece como sinônimo de demanda e com outros significados (HOUAISS et al. 2001).

A definição de demanda como necessidade resulta do diálogo entre os saberes técnicos e populares, desconstruindo-se o caráter neutralizado das necessidades no campo da saúde e afirmando-as como construção compartilhadas. Nessa perspectiva, a produção das necessidades passa a ser entendida como “nexos constituintes de práticas de integralidade, em que os saberes são núcleos figurativos de poderes, da consubstancialidade e circularidade das demandas como expressão da busca de direito à saúde” (PINHEIRO et al. 2010, p. 28).

A integralidade é entendida, nesse processo, como “uma ação social resultante da interação democrática dos sujeitos sociais na relação entre demanda e oferta, na produção do cuidado em saúde que ganha sentidos, significados e vozes, e assume como tarefa e objetivo garantir a vida no seu sentido mais amplo” (PINHEIRO et al., 2010, p. 29). A tradução das necessidades e demandas, ouvindo-se os sujeitos, constitui uma estratégia para organização das práticas de integralidade em saúde nos serviços públicos (LACERDA; VALLA, 2010).

Nessa perspectiva, a linguagem desempenha um papel importante como mediação na produção das necessidades e compreensão das demandas como solicitações dirigidas aos serviços de saúde e na construção do direito à saúde. Qualificadas como categoria analítica, as demandas são consideradas como constructo social e como "produção de saberes e práticas em permanentes disputas, que envolvem diferentes sujeitos nos diversos espaços/territórios onde estão inseridos" (PINHEIRO et al., 2010, p. 29).

Iunes (1995, p. 99) afirma que a demanda por um bem ou serviço pode ser definida como “a quantidade do bem ou serviço que as pessoas desejam consumir em um determinado período de tempo, dadas as suas restrições orçamentárias”. Conclui que o conceito de demanda está baseado em uma estrutura de preferências.

Embora relacionados a diferentes visões dos sujeitos (usuários, profissionais e gestores), os elementos das demandas apresentam coerência entre saúde, doença e cura. No entanto, no atendimento aos problemas de saúde ou demandas expressas dos usuários há uma

“clara distinção entre soluções terapêutica e soluções sociais como se ambas fossem excludentes e confinadas a área de conhecimento isolado” (PINHEIRO et al., 2010, p. 16).

Franco e Merhy (2010) referem-se aos três aspectos que devem ser considerados para identificar as demandas dos usuários dos serviços de saúde. O primeiro aspecto, baseado nas afirmações de que “a demanda se constrói a partir da oferta, ou seja, ninguém demanda aquilo que sabe que não pode ser obtido no serviço de saúde” (BAREMBLITT, 1992 apud FRANCO; MERHY, 2010, p. 185).

No segundo aspecto, os autores colocam que a construção da demanda, por um determinado serviço de saúde, ocorre devido ao não atendimento de certas necessidades por outros serviços. Pode resultar, por exemplo, de um déficit na prestação de cuidado, regulado pela falta de interatividade com o usuário, sendo incapaz de produzir sujeitos autônomos. Nesse caso, os usuários tornam-se dependentes da lógica dos procedimentos, como acontece com os portadores de doenças crônicas que se tornam dependentes dos serviços de saúde (FRANCO; MERHY, 2010).

O terceiro aspecto, importante para identificar as demandas, é o fato de os usuários associarem a solução de seus problemas de saúde a certos produtos ou procedimentos realizados pelos serviços, considerando-os suficientes para a satisfação de suas necessidades e para proteção de sua saúde. O usuário forma uma imagem de que com o procedimento ele está sendo cuidado e protegido, quando, na realidade, este é um recurso limitado, dependendo de outras ações que são desenvolvidas pelos serviços de saúde (FRANCO; MERHY, 2010).

Entretanto, “se por um lado, a demanda espelha a oferta de serviços e a ideologia/cultura dominantes, por outro ela traduz as aspirações da sociedade por novos padrões de direitos sociais, revelando elementos da subjetividade do usuário”. Nessa perspectiva, deve ser criticamente incorporada ao processo de organização dos serviços de saúde, observando-se as reais necessidades dos usuários (CARVALHO, 2007, p. 124).

A expansão das necessidades de cuidados e serviços de saúde determinadas pelo mercado ou instituições, nem sempre se materializam em demandas ou cuidados, vai depender de decisões do usuário em buscar um serviço de saúde. No entanto, os usuários muitas vezes são expropriados da capacidade do cuidado, tornando-se dependentes dos cuidados médicos ou da medicalização. No processo de medicalização há o convencimento de segmentos cada vez mais amplos da sociedade que um dado evento é um problema de saúde e que o Complexo Médico Industrial possui uma solução para o mesmo, eficaz e segura (CAMARGO Jr., 2010).

O Complexo Médico Industrial (CMI) estabelece as necessidades de saúde, apresentando-as como naturalmente existentes. Para superar essa concepção ingênua das necessidades de saúde, Camargo Jr (2010) propõe a construção da demanda dos serviços de saúde na interface das interações entre o CMI e seus usuários, considerando os processos relacionados a geração das enfermidades e as alternativas de tratamento.

Historicamente a demanda por serviços de saúde tem sido definida a partir de uma oferta predeterminada, sem escutar o que é demandado pelos usuários dos serviços. Não há diálogo, o usuário não é acessado como sujeito político, mas como objeto de intervenção. A participação no SUS deve constituir-se num mecanismo para tornar pública a política de saúde como arena de disputa e construção da democracia, com a interação dos diferentes sujeitos políticos envolvidos na efetivação de ações governamentais para atendimento das demandas socialmente construídas. A participação, por meio do diálogo e do confronto de saberes, configura-se como prática de construção de espaços públicos para discussão das demandas e das respostas, problematizando-as, ressignificando-as, pactuando-as e reconfigurando-as coletivamente (GUIZARDI et al, 2010).

Franco e Merhy (2010) concluem que um novo modelo de serviço de saúde, orientado para produzir o cuidado centrado no usuário, pode fornecer um novo referencial para que os usuários desconstruam o imaginário sobre os procedimentos, ressignificando a ideia do cuidado para construção de uma nova imagem da demanda. Nessa perspectiva, sugerem:

Uma desconstrução do imaginário em que o produto/procedimento ocupa um lugar privilegiado na ideia de cuidado, atraindo para si o conjunto de uma demanda e ao mesmo tempo, a construção de uma outra ideia de cuidado, que levaria naturalmente à produção de um tipo de demanda associada ao cuidado à saúde, evitando assim a tensão existente atualmente, fruto da contradição entre o modelo de produção do cuidado, que se propõe e o outro, produtor de procedimentos, como é atualmente (FRANCO; MERHY, 2010, p. 193).

Para tanto, é necessário construir “novas bases produtivas para a saúde, baseadas no agir cotidiano dos sujeitos, tendo como pressuposto modelos centrados nos usuários, respeitando sua singularidade, atuando como produtores do cuidado integral à saúde” (FRANCO; MERHY, 2010, p. 193). Este cuidado integral não pode ficar restrito ao setor saúde, considerando que a saúde envolve diversos fatores determinantes que englobam aspectos socioeconômicos, políticos, culturais e ambientais, além dos biológicos.

Conforme Organização Pan-Americana da Saúde (1999), o Estado não é capaz de satisfazer todas as demandas da comunidade, porque não prioriza o nível local como um

espaço de intervenção preferencial para melhoria ambiental. Há uma tendência de resolver os problemas ambientais a partir de uma perspectiva macro, pela debilidade institucional e a falta de gestão ambiental em nível municipal. No Brasil, apesar da descentralização das gestões ambiental e de saúde, os programas ainda seguem uma orientação do nível central, representado pelo Ministério do Meio Ambiente e da Saúde, para viabilização das ações sem considerar o contexto local.

Empoderamento e Controle Social são elementos importantes para a ressignificação e reconstrução das demandas, a partir das reais necessidades dos sujeitos no seu território e para sua incorporação na organização dos serviços de Atenção e Vigilância à Saúde. Esses princípios foram discutidos nas diversas Conferências Internacionais de Promoção da Saúde, pelo Movimento Sanitário Brasileiro e na 8ª Conferência Nacional de Saúde, sendo incorporados ao SUS.

A riqueza do processo de empoderamento, conforme Kleba e Wendausen (2009), está em desvendar as relações de poder para transformá-las em relações mais equânimes. Uma nova subjetividade, mais crítica e livre, em que se permite questionar o instituído, deve ser construída. As autoras definem empoderamento como um:

Processo dinâmico que envolve aspectos cognitivos, afetivos e condutuais. Significa aumento do poder, da autonomia pessoal e coletiva de indivíduos e grupos sociais nas relações interpessoais e institucionais, principalmente daqueles submetidos à relações de opressão, discriminação e dominação social. Dá-se num contexto de mudança social e desenvolvimento político, que promove equidade e qualidade de vida através de suporte mútuo, cooperação, autogestão e participação em movimentos sociais autônomos. Envolve práticas não tradicionais de aprendizagem e ensino que desenvolvam uma consciência crítica (KLEBA; WENDAUSEN, 2009, p. 736).

A noção de empoderamento aparece na corrente da Nova Promoção da Saúde do Canadá. Carvalho (2007) faz uma reflexão sobre diferentes sentidos das noções de empoderamento, psicológico e comunitário. O primeiro expressa um sentimento de maior controle dos indivíduos sobre sua própria vida, por meio do pertencimento a distintos grupos, não necessitando sua participação em ações políticas coletivas. Apresenta estratégias que contribuem para o fortalecimento da autoestima, da capacidade de adaptação ao meio, da criação de mecanismos de auto ajuda e de solidariedade. Tem sido utilizado, na ordem capitalista atual, para responsabilizar os indivíduos por seus problemas e reforçar a implementação de políticas públicas residuais. A educação para saúde objetiva contribuir para formação da consciência sanitária do indivíduo, para manter a harmonia e uma relação

saudável com o seu meio externo. Utiliza-se de práticas pedagógicas semelhantes às do sanitarismo higienista e da Promoção da Saúde Behaviorista (CARVALHO, 2007).

No processo de empoderamento, a dimensão psicológica é referida, por Kleba e Wendausen (2009), como a experiência de poder, vivenciada pela pessoa em situações de carência ou de ruptura. Através dessa vivência a pessoa reconhece:

Não apenas recursos e possibilidades pessoais ou coletivas, mas também sua capacidade em sair de uma posição de impotência e resignação, muitas vezes pré-determinada por um *script* social, convertendo esse conhecimento em ação social e na conformação de seu entorno. Além de fortalecer suas competências, a pessoa desenvolve novas habilidades para enfrentar em seu cotidiano incertezas, adversidades e situações de risco (KLEBA; WENDAUSEN, 2009, p. 739).

O empoderamento comunitário é utilizado para efetivar a Nova Promoção da Saúde como abordagem comprometida com a defesa da vida. Apresenta os seguintes elementos: um patamar elevado de empoderamento psicológico, a participação ativa dos indivíduos na ação política e a possibilidade ou conquista de recursos materiais ou de poder (RISSEL, 1994 apud CARVALHO, 2007). Consiste num processo de ação social que promove a participação de pessoas, organizações e comunidades, visando o aumento do controle sobre a vida por indivíduos e comunidades, a eficácia política, maior justiça social e a melhoria da qualidade de vida coletiva. Nesse processo, de empoderamento, deve-se entender que as macroestruturas influenciam e condicionam o cotidiano dos indivíduos e estes, no seu cotidiano, conformam as macroestruturas. O seu modelo pedagógico sofre influencia da pedagogia de Paulo Freire, sendo denominado, por alguns teóricos, de empowerment education ou educação popular e/ou educação para transformação (WALLERSTEIN, 1992; CARVALHO, 2007).

No processo de ressignificação e repolitização do sentido do *empowerment* esta abordagem trabalha com a noção de poder enquanto um recurso, material e não-material, distribuído de forma desigual na sociedade, como uma categoria conflitiva na qual convivem dimensões produtivas, potencialmente criativas e instituintes, com elementos de conservação do *status quo*. Para os teóricos do “*empowerment*” comunitário, a sociedade é constituída de diferentes grupos de interesses que possuem níveis diferenciados de poder e de controle sobre os recursos, fazendo com que processos de “*empowerment*” impliquem, muitas vezes, a redistribuição de poder e a resistência daqueles que o perdem (CARVALHO, 2004, p. 1091).

Nessa perspectiva, os processos de empoderamento ocorrem em arenas conflitivas, onde, necessariamente, se expressam relações de poder, que devem ser encaradas como flexíveis, passível de transformação “pela ação-reflexão-ação humanas, na medida em que os

indivíduos compreendam sua inserção histórica passada, presente e futura e sintam-se capazes e motivados para intervir em sua realidade” (KLEBA; WENDAUSEN, 2009, p. 142).

Referindo-se a contribuição da categoria empoderamento para o SUS, Carvalho (2007), considera que o conceito de empoderamento comunitário contribui para consolidar práticas sanitárias orientadas para concretizar a saúde como um direito e privilegiar a autonomia dos sujeitos. O autor sugere a utilização do termo empoderamento social em lugar de comunitário, justificando que a esfera comunitária é, apenas, uma entre outras dimensões (pessoais, intersubjetivas, coletivas e macropolíticas).

O empoderamento social pode instrumentalizar os sujeitos para o delineamento de ações que objetivem a superação das desigualdades de poder, que predominam nas relações entre profissionais e usuários. Busca “apoiar pessoas e coletivos a realizarem suas próprias análises para que tomem as decisões que considerem corretas, desenvolvendo a consciência crítica e a capacidade de intervenção sobre a realidade” (CARVALHO, 2004, p.1093). Para tanto, é fundamental estimular a participação social dos cidadãos na formulação e implementação das políticas públicas promotoras de saúde e da melhoria da qualidade de vida.

A participação social no SUS foi concebida na perspectiva do Controle Social, apresentando um sentido bem diferente do inscrito nos documentos do Banco Mundial. O Controle Social tem por objetivo a participação dos setores sociais na formulação, acompanhamento, definição da fonte de recursos e execução das políticas de saúde, visando o atendimento das necessidades e dos interesses da coletividade (BRAVO; CORREIA, 2012).

Dentro da linha de redefinição do papel do Estado, a contrarreforma, sob orientação do Banco Mundial, propõe a descentralização como deslocamento de responsabilidade para a sociedade e esta passa a ser corresponsável pelos serviços e pela gestão pública por meio da “participação da comunidade”. A estratégia é a busca de parcerias com a sociedade para que esta assuma os custos da crise, repassando-se assim a responsabilidade pela prestação de serviços sociais de competência do Estado para Organizações Não Governamentais (ONGs), instituições filantrópicas, comunitárias, entre outras. Desta forma, o Estado reduz o seu papel de prestador direto dos serviços, reorientando sua intervenção como regulador e provedor financeiro (BRAVO; CORREIA, 2012, p. 131).

Conforme Rolim, Cruz e Sampaio (2013, p. 142), o controle social constitui um mecanismo, não apenas para reduzir ou eliminar os desperdícios e os desvios na aplicação dos recursos públicos, mas, sobretudo, “assegurar que os gestores públicos se comprometam com a excelência na concepção e implementação dos programas, projetos, ações e serviços de

saúde”. O controle social tem duplo sentido, de vigilância e responsabilização e de efetividade e compromisso com a coisa pública. Visa o fortalecimento da democracia e da justiça social, ampliando a representação social em prol da defesa dos interesses dos cidadãos. Para tanto, criaram-se os Conselhos e Conferências de saúde, previstos na Constituição Federal de 1988, sendo institucionalizados como instâncias deliberativas na organização e funcionamento das políticas públicas, regulamentadas pela Lei nº 8.142/1990. Em sua formação prevê a participação de usuários, prestadores de serviços e trabalhadores da saúde.

Rolim, Cruz e Sampaio (2013, p. 140) consideram o Controle Social “uma das formas mais avançadas de democracia”, na qual a relação entre o Estado e a sociedade permite a negociação das decisões sobre as ações na saúde com os representantes da sociedade que conhecem a realidade das comunidades.

O controle social foi amplamente discutido na 9ª Conferência Nacional de Saúde (1992), sendo recomendada a implantação dos Conselhos de Saúde em todos os níveis da gestão (Federal, Estadual e Municipal) e a sua vinculação com as Conferências de Saúde, respeitando os preceitos da Lei Orgânica da Saúde. Nessa Conferência, a interferência do poder executivo na escolha dos representantes dos usuários para a constituição dos Conselhos, recebeu fortes críticas. Dentre as propostas dessa Conferência, destaca-se a obrigatoriedade da implantação e fortalecimento dos Conselhos Gestores nas unidades e serviços de saúde, com caráter deliberativo e controlador no seu nível de atuação. A paridade na participação dos usuários deve ser garantida em relação aos demais atores (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1992).

Outros mecanismos de controle democrático, que exercem pressão social, foram criados fora do espaço institucional do Estado, visando lutar contra a privatização da saúde pública e em defesa da saúde pública estatal. São os fóruns de saúde e a Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde, que congregam movimentos sociais, sindicatos, partidos políticos e projetos universitários (BRAVO; CORREIA, 2012).

As estratégias dos fóruns e frente para construção de uma nova hegemonia na saúde retomam o alicerce da Reforma Sanitária proposta nos anos de 1980 — saúde não é mercadoria —, avançando no sentido da defesa da estatização da saúde, e têm se dado de forma articulada no campo jurídico, no âmbito do parlamento, no conjunto da sociedade, nas ruas no controle democrático do controle social, no âmbito da formação, nos meios de comunicação/opinião pública (BRAVO; CORREIA, 2012, p. 141).

A participação dos cidadãos na elaboração e na implementação das políticas públicas pode ser, também, por meio de audiências públicas, inserção em órgãos colegiados, pela

utilização de “mecanismos judiciais e administrativos de controle dos diferentes atos praticados pelo poder público”. Dentre os mecanismos ou instrumentos legais, destacam-se as seguintes ações: populares, civis públicas, de inconstitucionalidade por omissão, mandados de segurança coletivo, mandados de injunção (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2009, p. 19).

3.1.6 A integralidade e a intersetorialidade na execução de ações de saúde

A noção de integralidade teve origem no Movimento de Reforma Sanitária brasileira sendo incorporada como um dos princípios do SUS. Contudo, Mattos (2004, p. 1411) considera que a integralidade não se trata apenas de uma diretriz do SUS, definida constitucionalmente, mas de “uma das bandeiras de luta” do Movimento Sanitário, expressando uma imagem-objetivo que indica características do sistema de saúde, de suas instituições e de suas práticas que são consideradas desejáveis. Representa um conjunto de valores relacionados a um ideal de uma sociedade mais justa e solidária pelos quais vale lutar.

A concepção da integralidade aparece, de forma legal e institucional, como “um conjunto articulado de ações e serviços de saúde, preventivos e curativos, individuais e coletivos, em cada caso, nos níveis de complexidade do sistema” (PINHEIRO, 2009). Este autor coloca que a integralidade ganha um sentido ampliado, podendo ser concebida como ação social resultante da interação democrática dos atores em suas práticas, na oferta do cuidado de saúde, nos diferentes níveis de atenção do sistema.

Mattos (2009) faz uma reflexão sobre os três grandes conjuntos de sentidos do princípio de integralidade. O primeiro conjunto diz respeito aos atributos das práticas dos profissionais de saúde, que caracteriza uma boa prática no âmbito do SUS ou fora dele. Esse sentido de integralidade relaciona-se com um movimento conhecido como medicina integral, que criticava a atitude fragmentária dos médicos diante de seus pacientes. A integralidade, portanto, implicava na modificação da atitude dos médicos, a partir das escolas médicas, orientando uma boa prática médica, não reduzindo o paciente a aparelho ou sistema biológico.

O segundo conjunto de sentidos da integralidade refere-se ao modo de organizar os serviços e as práticas de saúde, criticando a separação entre os serviços de saúde pública e da assistência médica, na década de 1970, que foram colocadas em Ministérios distintos, e as práticas centralizadas e fragmentadas. Esse princípio está relacionado com a transformação das antigas unidades de saúde pública, superando a fragmentação das atividades no interior da

unidade e introduzindo práticas assistenciais típicas, de atendimento da demanda espontânea nessas unidades de saúde pública (MATTOS, 2009).

A integralidade emerge como um princípio de organização contínua do processo de trabalho nos serviços de saúde, que se caracterizaria pela busca também contínua de ampliar as possibilidades de apreensão das necessidades de saúde de um grupo populacional. Ampliação que não pode ser feita sem que se assuma uma perspectiva de diálogo entre diferentes sujeitos e entre seus diferentes modos de perceber as necessidades de serviços de saúde. Nesse sentido, a articulação entre a demanda espontânea e a demanda programada desde o serviço expressa o diálogo necessário entre dois modos privilegiados de se apreender as necessidades de um grupo populacional. (MATTOS, 2009, p. 61).

O terceiro conjunto de sentidos do princípio de integralidade, conforme Mattos (2009), aplica-se às respostas governamentais a certos problemas de saúde, com políticas especiais, ou às necessidades de grupo populacional específico. Esse princípio da integralidade é bem ilustrado pela resposta governamental brasileira à AIDS, que abarcou um elenco abrangente de estratégias e intervenções, considerando o respeito aos direitos dos portadores do HIV.

A articulação das ações preventivas e assistenciais depende da apreensão de modo ampliado, pelos profissionais de saúde, das necessidades de saúde e da análise do significado, para o outro, das demandas manifestas e das ofertas que podem ser feitas para responder às necessidades apreendidas. Nessa perspectiva, deve ser observado o contexto imediato do encontro e o da própria vida do outro, selecionando-se o que deve ser feito de imediato e gerando estratégias para produzir novos encontros em contextos mais adequados. O que caracteriza a integralidade é a apreensão ampliada das necessidades e a “habilidade de reconhecer a adequação das ofertas dos serviços de saúde ao contexto específico da situação no qual se dá o encontro do sujeito com a equipe de saúde”. Defender a integralidade no SUS, é defender práticas intersubjetivas, envolvendo uma dimensão dialógica, nas quais profissionais de saúde se relacionem com sujeitos (MATTOS, 2004, p. 1414).

Teixeira (2002, p.155) questiona os limites da integralidade da assistência à saúde, na perspectiva do cuidado médico, individual, curativo, afirmando ser uma “concepção de integralidade restrita à racionalização da oferta de serviços voltados ao atendimento à demanda espontânea”. Nessa perspectiva, a concepção de integralidade favorece a reprodução dos modelos médico assistencial privatista e sanitarista que, ainda, predominam no âmbito do SUS. Afirma que a integralidade da atenção à saúde, deve levar em conta a heterogeneidade das condições de vida e da situação epidemiológica dos diversos grupos da população nas várias regiões e estados do país.

Do ponto de vista das finalidades ou propósitos da atenção à saúde, trata-se de superar o modelo centrado na atenção à “demanda espontânea”, de atendimento a doentes, para incluir ações de prevenção de riscos e agravos e de promoção da saúde para além dos muros das unidades, isto é, nos territórios onde vive e trabalha a população da área de abrangência dos serviços, sejam estes delimitados enquanto “área de abrangência” de unidades de saúde, seja, como prevê a NOAS, o espaço compreendido em um “módulo assistencial” e, principalmente, o espaço circunscrito de uma microrregião de saúde (TEIXEIRA, 2002, p. 157).

Nessa perspectiva, a ênfase do processo de prestação de serviços passa a ser a prevenção dos riscos e agravos e a promoção da saúde, tomando como objeto de intervenção os problemas de saúde e seus determinantes (TEIXEIRA, 2002). Prevendo-se no conceito de integralidade que sejam ofertadas, de forma articulada, “ações de promoção da saúde, prevenção dos fatores de risco, assistência aos danos e reabilitação”. Para tanto, a atenção à saúde deve ser totalizadora, considerando as dimensões biológica, psicológica e social, com base na teoria holística, integral (CAMPOS, 2003, p. 573).

As estratégias implantadas no âmbito do SUS para a consecução do princípio da integralidade, conforme Monnerat e Souza (2011) priorizam a articulação entre diferentes níveis de atenção à saúde (básica, média e alta complexidade). Contudo, mesmo restrita aos serviços interno do sistema de saúde, a integralidade ainda constitui um desafio para o SUS, “sua operacionalização até o momento tem se mostrado insuficiente para contribuir de maneira efetiva para fomento de mudanças no quadro atual de organização fragmentada das políticas sociais brasileiras” (MONNERAT; SOUZA, 2011, p. 44).

O Relatório de Brundtland (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 1987) referindo-se a relação da saúde, nutrição, meio ambiente e desenvolvimento coloca que “a política de saúde não pode ser concebida simplesmente em termos de medicina curativa ou preventiva, ou até mesmo em termos de uma maior atenção à saúde pública”. Enfatiza a importância das abordagens integradas, condizentes com os objetivos fundamentais da saúde nas diversas áreas, como a da produção de alimentos; abastecimento de água e saneamento, política industrial, entre outras. E ressalta a necessidade de identificar os grupos mais vulneráveis e os riscos à saúde, e que os fatores socioeconômicos, que sustentam esses riscos, sejam considerados em outras áreas da política de desenvolvimento.

Nessa perspectiva, a integralidade das ações de saúde ainda é um desafio para o SUS e para sociedade. Enfrentar esse desafio, exige mudança na forma de pensar o processo saúde-doença, superando a visão determinista e linear de causa-efeito e assumindo a compreensão da complexidade das relações da vida em sociedade e em seus contextos ambientais. Para

tanto, necessita de uma abordagem ecossistêmica ou ecossocial da integralidade que abarca as “dimensões biológicas, culturais, sociais, econômicas, políticas e ambientais para compreensão da saúde em suas múltiplas manifestações” (AUGUSTO, 2011, p. 169).

A integralidade das ações só pode ser concretizada com práticas intersetoriais, diante da complexidade e multifatorialidade na determinação da qualidade de vida, para garantir a resolutividade, atuando integralmente sobre os problemas e as necessidades humanas. Para desencadear uma ação intersetorial o objeto de intervenção “deve ter alguma transversalidade, tornando-se relevante aos diversos atores/setores envolvidos”, esteja estruturado, sendo passível de enfrentamento e capaz de gerar metas de forma articulada (KREMPEL; MOYSÉS; MOYSÉS, 2004, p. 81).

A concepção ampliada de saúde exige que profissionais e instituições, com campo de ação ou de interesses ligados à saúde, assumam a responsabilidade de atuar como mediadores entre estes diversos interesses que atravessam a produção da saúde. Assim, a intersetorialidade surge como proposta de uma nova forma de trabalhar, de governar e de construir políticas públicas voltadas para a promoção da saúde e melhoria da qualidade de vida. (MOYSES; MOYSES; KREMPEL, 2004, p. 630).

A intersetorialidade, no âmbito do SUS, é compreendida como uma articulação dos distintos setores na abordagem da questão complexa da saúde, corresponsabilizando-se e mobilizando-se para garantia da saúde como direito humano e de cidadania. A interação dos diversos setores envolvidos possibilita a construção coletiva de saberes, linguagens e práticas, na tentativa de equacionar determinadas questões com soluções inovadoras, visando à melhoria da qualidade de vida. Tal processo propicia a cada setor a ampliação de sua capacidade de analisar e de transformar seu modo de operar, a partir do convívio com a perspectiva dos outros setores, abrindo caminho para que os esforços de todos sejam mais efetivos e eficazes (BRASIL, 2010a).

A intersetorialidade supera a visão isolada e fragmentada na formulação e implementação de políticas e na organização do próprio setor, adotando uma perspectiva global para analisar o campo da saúde, “incorporando o maior número possível de conhecimentos sobre outras áreas de políticas públicas, como a educação, trabalho e renda, meio ambiente, habitação, transporte, energia, agricultura”, e sobre o contexto em que a política atua: social, econômico, político, geográfico e cultural (CORDEIRO, 2008, p. 47).

Inojosa (2001, p. 102) faz uma análise do conceito de intersetorialidade, comparando-o com o de transdisciplinaridade, a luz da teoria da complexidade. Coloca que “a intersetorialidade, ou transetorialidade, é uma expressão, no campo das políticas públicas e

das organizações, da transdisciplinaridade tal como tem sido discutida no campo do conhecimento científico”. A autora prefere utilizar o termo transetorialidade, considerando que o prefixo “trans” expressa melhor essa ideia, enquanto que, o prefixo “inter” poderia significar apenas a proximidade de saberes isolados, não gerando novas articulações. Define intersetorialidade ou transetorialidade como:

A articulação de saberes e experiências com vistas ao planejamento, para a realização e a avaliação de políticas, programas e projetos, com o objetivo de alcançar resultados sinérgicos em situações complexas. Trata-se, portanto, de buscar alcançar resultados integrados visando a um efeito sinérgico. Transpondo a ideia de transdisciplinaridade para o campo das organizações, o que se quer, muito mais do que juntar setores, é criar uma nova dinâmica para o aparato governamental, com base territorial e populacional (INOJOSA, 2001, p. 105).

Inojosa (2001) propõe que para se trabalhar a partir de uma perspectiva de transetorialidade devem-se considerar quatro aspectos básicos: mudança de paradigma; projeto político transformador; planejamento e avaliação participativos e com base regional; e a atuação em rede de compromisso social. A mudança de paradigma refere-se à superação do paradigma da separação, da clausura e da redução, transitando para o paradigma de compreensão da diversidade e da produção de nova perspectiva, a partir dessa diversidade, adotando uma nova postura ante os problemas. Um paradigma com foco na complexidade e na questão da comunicação. O projeto político transformador deve reverter as políticas assistencialistas, que tem caráter de compensação e de provimento de itens, em políticas para transformação da sociedade e promoção do desenvolvimento social com a repartição mais equânime das riquezas existentes na sociedade, reduzindo as desigualdades e eliminando a exclusão social.

O planejamento e avaliação participativa e com base regional na perspectiva da intersetorialidade atinge a organização interna do governo e seu orçamento. Nessa lógica de planejamento, o plano faz parte de um processo permanente, que começa com a análise de situação, passa por escolhas estratégicas e faz acordos, agregando outros atores, que vão ter outros enfoques dos segmentos da população, das regiões. Dentro desse processo, o plano é um grande acordo feito a partir da avaliação de resultados, com o pressuposto de ser refeito dinamicamente. A atuação em rede de compromisso social significa que o Estado vai permeabilizando-se e abrindo-se à sociedade, trabalhando com outros parceiros que, também, estavam fazendo o provimento de necessidades e expectativas da sociedade com uma lógica disciplinar isolada, setorializada (INOJOSA, 2001).

Na perspectiva de atuação intersetorial é preciso criar espaços para compartilhar saber e poder, construir novas linguagens e conceitos, desenvolver a capacidade de escuta e negociação, evitando-se problemas e conflito de interesses. A estratégia essencial para o desenvolvimento de ações intersetoriais na área da saúde é o empoderamento dos diversos atores envolvidos, transformando-os em sujeitos sociais e fortalecendo a participação coletiva na formulação de políticas públicas (KREMPEL; MOYSÉS; MOYSÉS, 2004).

A intersetorialidade exige uma relação de cooperação e negociação entre os especialistas das diferentes instituições no enfrentamento de determinados problemas, integrando as ações dos diversos setores ou de áreas de conhecimento, com a definição de objetivos comuns, para a compreensão do fenômeno na sua totalidade (AUGUSTO, 2003).

A intersetorialidade das políticas públicas passou a ser uma dimensão valorizada em resposta a falta de eficiência, efetividade e a eficácia na implementação das políticas setoriais para o atendimento das demandas da população. Sua incorporação nas políticas públicas possibilita a articulação de saberes técnicos, proporcionando ganhos para população, para a organização logística das ações e das políticas públicas centradas em determinados territórios. Contudo, o grande desafio é eliminar “a cultura clientelista e localista que ainda vigora na administração pública” (NASCIMENTO, 2010, p. 96).

A complexidade dos problemas que afetam a população mostra a necessidade de integrar os diversos atores organizacionais e sociais, públicos estatais e privados, na gestão das políticas públicas. A intersetorialidade deve, portanto, incorporar a ideia de integração, de território, de equidade e dos direitos sociais. As políticas públicas, em geral, não consideram o cidadão em sua totalidade, sua localização em um território com necessidades e demandas próprias, sua inserção num grupo populacional, suas características socioeconômicas e culturais, suas vulnerabilidades e oportunidades, que devem ser valorizadas na busca da melhoria da qualidade de vida e da inclusão social (INOJOSA, 2001; JUNQUEIRA, 2004).

A ação intersetorial no gerenciamento das cidades deve considerar o cidadão na sua totalidade, articulando as ações e serviços dos diversos setores, com um novo saber e um novo fazer que envolva mudanças de valores (ADRIANO et al. 2000). Ao invés de estabelecer parcerias isoladas por políticas, identificam-se os problemas sociais, integrando saberes e experiências das diversas políticas e da população que passa a desempenhar um papel ativo e criativo no processo (JUNQUEIRA, 2004).

As ações de Vigilância à Saúde, apesar de alguns avanços, ainda estão estruturadas de forma setorial, com base nos modelos médico assistencialista e assistencial-sanitarista, no modelo ecológico da doença e na epidemiologia clássica. Têm como objeto o controle das

formas de transmissão das doenças e dos fatores de risco, apresentando uma certa governabilidade e eficácia (MACHADO; PORTO, 2003). Nesse contexto, as práticas das vigilâncias ainda se mantêm isoladas entre os seus setores clássicos, com recortes específicos de objeto de controle e intervenção.

A análise das gêneses dos riscos e seus efeitos proporciona um emaranhado de políticas públicas, práticas sociais e processos decisórios que se encontram fora do âmbito do setor Saúde. Nessa perspectiva, há necessidade de verificar os atuais reducionismos e possibilidades de avanços conceituais e metodológicos perante os processos saúde-doença mais complexos, avançando nas práticas intersetoriais e de relação com a sociedade. Deve-se compreender que “a saúde da população encontra-se menos na rede assistencial e mais no modelo de desenvolvimento de um país e região, que propicia ou não condições e recursos para que as pessoas vivam mais e bem” (MACHADO; PORTO, 2003, p. 123).

3.2 O campo de atuação da Vigilância em Saúde Ambiental

Inicialmente a concepção de Saúde Ambiental foi moldada nos modelos epidemiológicos tradicionais, dando ênfase aos “fatores de risco” ambientais a doenças e agravos à saúde em populações expostas a agentes físico-químicos, climáticos e biológicos. Desenvolveu-se sem considerar as questões de ordem social, econômica, política e cultural, afastando-se do âmbito da Saúde Coletiva. A interrelação entre produção, ambiente e saúde é desvelada com a consolidação das experiências de Saúde do Trabalhador no campo da Saúde Coletiva (TAMBELLINI; CÂMARA, 1998).

Nessa perspectiva, para compreensão da saúde ambiental devemos considerar a interação de diversos fatores e processos complexos “determinantes da saúde, estruturais de caráter social, econômico, político, ambiental, tecnológico e de biologia humana, alguns relacionados entre si e em importante interação com o sistema de saúde” (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2007, p. 220).

3.2.1 Concepção teórica e desenvolvimento da Vigilância em Saúde

A vigilância sanitária, inicialmente, foi estruturada como parte integral da provisão de saúde, já no Século XVIII. E, no século seguinte, com a coleta e interpretação de dados relacionados à saúde, para identificação de ações apropriadas, configuram-se os processos iniciais para a concepção da vigilância epidemiológica (FREITAS, 2009). Antes de 1950, o

conceito de vigilância significava a observação atenta de pessoas expostas a agentes etiológicos de doenças transmissíveis “para detectar os primeiros sintomas e instituir prontamente as medidas de isolamento e controle” (DECLICH; CARTER, 1994, p. 287).

Nos anos de 1950 foi criado, nos Estados Unidos da América, o Center for Disease and Prevention (CDC) que definiu vigilância como o monitoramento contínuo da incidência e distribuição de doenças, por meio da coleta sistemática, consolidação e avaliação dos registros de morbidades e mortalidade e de outros dados considerados relevantes para a saúde. Não envolvia as atividades de controle (FREITAS, 2009).

O papel da vigilância foi ampliado nos anos 60 do Século XX, consolidando-se como importante instrumento da epidemiologia nos serviços de saúde. Em 1968 a Organização Mundial de Saúde (OMS), em sua 21ª Assembleia, passou a conceber a vigilância como essencial para a saúde pública, devendo apresentar três características básicas: coleta sistemática de dados; consolidação e análise dos dados coletados; e disseminação da informação por meio de relatório epidemiológico. A vigilância passou a ser sinônimo de epidemiologia, incluindo a investigação e a pesquisa, sendo definida “como o estudo epidemiológico das doenças, entendidas como um processo dinâmico que envolvia a ecologia do agente infeccioso, o hospedeiro, o reservatório e os vetores, assim como os complexos mecanismos envolvidos na disseminação e extensão das infecções” (FREITAS, 2009, p. 147).

A Vigilância em saúde pública, conforme Thacker e Stroup (1994 apud Tracker et al. 1996, p. 633), tem sido definida como “a coleta contínua e sistemática, análise e interpretação dos dados em eventos de saúde específicos que afetam uma população, estando intimamente integrada com a rápida divulgação desses dados para os responsáveis pela prevenção e controle”. Os autores consideram importante para a saúde pública ambiental focalizar os resultados de saúde (por exemplo, doenças, deficiências), mas consideram que a vigilância dos fatores de risco e exposições não deve ser desprezada.

Teixeira, Paim e Vilasboas (1998) fazem uma comparação dos modelos assistenciais vigentes, o modelo médico assistencial e o modelo sanitarista com a Vigilância da Saúde como proposta de integração institucional entre a Vigilância Epidemiológica e a Vigilância Sanitária. O modelo médico assistencial privilegia o médico, tendo como objeto, a doença individualizada em sua rede de contágio e, como instrumentos de trabalho, os conhecimentos e as tecnologias para seu diagnóstico e tratamento. O modelo sanitarista busca ampliar para as formas de transmissão e para as possibilidades de novos casos (risco) da doença, em uma perspectiva populacional, utilizando tecnologias próprias à saúde pública (educação em saúde, saneamento, controle de vetores, imunização, etc) como instrumento de prevenção.

A Vigilância da Saúde, concebida como proposta de integração institucional entre as Vigilâncias Epidemiológica e Sanitária, foi introduzida, inicialmente, no processo de descentralização das ações para os órgãos estaduais de saúde e, posteriormente, inserida no processo de municipalização. Propõe a incorporação de novos sujeitos, que envolveria a população organizada, com ampliação de sua atuação, incluindo, além dos aspectos clínico epidemiológicos, as determinações sociais que afetam os grupos populacionais em função de suas condições de vida. A intervenção inclui o uso dos conhecimentos e tecnologias médico sanitárias e de comunicação social, viabilizando a organização e atuação dos diversos grupos na promoção e na defesa das condições de vida e saúde (TEIXEIRA; PAIM; VILASBOAS, 1998). A Vigilância da Saúde apresenta sete características básicas:

- a) intervenção sobre problemas de saúde, (danos, riscos e/ ou determinantes); b) Ênfase em problemas que requerem atenção e acompanhamento contínuos; c) Operacionalização do conceito de risco; d) Articulação entre ações promocionais, preventivas e curativas; e) Atuação intersetorial; f) Ações sobre o território; g) Intervenção sob a forma de operações (TEIXEIRA; PAIM; VILASBOAS, 1998, p. 18).

Esse modelo assistencial de Vigilância da Saúde busca incorporar e superar os modelos vigentes na época, redefinindo o objeto, os meios de trabalho, as atividades, as relações técnicas e sociais, as organizações de saúde e da cultura sanitária. Nessa perspectiva, busca superar a dicotomia entre as práticas coletivas (vigilância epidemiológica e sanitária) e as práticas individuais (assistência ambulatorial e hospitalar). Para tanto, deve articular-se com a nova geografia, com o planejamento urbano, a epidemiologia, a administração e as ciências sociais em saúde, e prever atuação de forma descentralizada, reorganizando os serviços e as práticas de saúde em nível local (TEIXEIRA; PAIM; VILASBOAS, 1998).

3.2.2 Integração entre Vigilância e Atenção

O governo Federal instituiu a Secretaria de Vigilância à Saúde (SVS), regulamentando suas ações pelo Decreto nº 4.726/2003. A SVS reuniu todas as ações de vigilância, prevenção e controle de doenças, além da promoção da saúde, coordenando todas as ações do SUS nas áreas de vigilância epidemiológica de doenças transmissíveis e não transmissíveis, programas de controle e prevenção de doenças, vigilância em saúde ambiental, informe epidemiológico e análise de situação de saúde compartilhadas com estado e municípios (BRASIL, 2006). O objeto da vigilância em saúde ambiental passa a ser a “exposição, deslocando o foco

tradicional da vigilância dos agravos para a vigilância dos fatores coletivos de risco” (BARCELLOS; QUITÉRIO, 2006, p.172).

A Vigilância da Saúde (VISAU) que surgiu na perspectiva da proposta de integração das práticas de saúde no território do Distrito Sanitário, conforme Teixeira (2006, p. 68), prevê:

A possibilidade de formulação e implementação de políticas públicas saudáveis, conjunto de ações governamentais (intersetoriais) e não governamentais voltadas para melhoria das condições de vida das populações e a reorganização das ações sob responsabilidade direta do sistema de serviços de saúde, sejam as ações de vigilância ambiental, sanitária e epidemiológica, dirigidas ao controle de riscos e danos, sejam as práticas de assistência e reabilitação dirigidas ao atendimento de necessidades e demandas de indivíduos e grupos populacionais.

O conceito de vigilância em saúde no Brasil deve ser capaz de responder à amplitude e complexidade do conceito atual de saúde, envolvendo aspectos relacionados às dimensões biológica, psicossocial, espiritual, socioeconômico, cultural e ambiental. Nessa perspectiva, a vigilância deve “superar práticas focadas na identificação de doenças, agravos e riscos à saúde, interagindo com todos os setores da sociedade, de forma a deslocar o eixo hegemônico de discussão da assistência para a construção de ações efetivas de promoção, proteção e prevenção” (BATTESINI; SPERB (2007, p. 12).

Atualmente, a Vigilância em Saúde inclui: a vigilância e controle das doenças transmissíveis; a vigilância das doenças e agravos não transmissíveis; a vigilância da situação de saúde; vigilância ambiental em saúde; vigilância da saúde do trabalhador; e a vigilância sanitária. Tem como objetivo “a análise permanente da situação de saúde da população e a organização e execução de práticas de saúde adequadas ao enfrentamento dos problemas existentes” (BRASIL, 2008, p. 6). Suas ações compreendem: a vigilância, a promoção, a prevenção e o controle de doenças e agravos à saúde. Deve constituir-se a partir da articulação de conhecimentos e técnicas vindos da epidemiologia, do planejamento e das ciências sociais, e estar inserida cotidianamente na prática das equipes de saúde de Atenção Básica (BRASIL, 2008).

Fracolli et al. (2008) afirmam que Vigilância à Saúde apresenta potencialidade para o monitoramento das condições de vida e saúde; para reorganizar os serviços de saúde, visando à superação das desigualdades de cobertura, melhoria do acesso e da qualidade do controle social da informação em saúde. A Vigilância à Saúde compreende um processo contínuo que pretende dar visibilidade às condições objetivas de existência no território para emergir as necessidades de saúde-doença. Prever novos papéis, novas relações e novas práticas em todos

os níveis do sistema para reorganização da atenção à saúde, investindo em políticas de financiamento, de gestão e de remuneração.

Faria e Bertolozzi (2010, p. 795) identificaram precariedade na infraestrutura da atenção básica, a falta de qualificação profissional, de incentivo político-gerencial e de participação da população como fatores limitantes para a implementação da vigilância à Saúde. A população desconhece seus direitos e as especificidades do SUS, incluindo as práticas de saúde no âmbito da vigilância, dificultando sua mobilização para o monitoramento e melhoria da situação de saúde. Afirmam que a “potencialidade para se reordenar a atenção à saúde, de forma a atender às necessidades de saúde da população, reside na realidade concreta das unidades de saúde e na sua articulação política com os diferentes níveis do sistema de saúde” (FARIA; BERTOLOZZI, 2010, p. 795). Concluem que em nível local a Vigilância à Saúde pode se propagar para o regional e o municipal, através da participação ativa de todos os atores do setor saúde e dos usuários, na concepção e aplicação de novas práticas para transformar a organização do trabalho em saúde visando atender as necessidades dos usuários.

3.2.2.1 *Atenção Primária Ambiental (APA)*

A Atenção Primária Ambiental, conforme a Organização Pan-Americana da Saúde (1999), constitui um dos instrumentos para o desenvolvimento da Vigilância em Saúde Ambiental, no âmbito local e no contexto da Atenção Básica à Saúde. Não se limita ao saneamento ambiental e aos tradicionais procedimentos técnicos. Valoriza o desenvolvimento de informação apropriada, favorecendo a participação da comunidade nos processos de construção de espaços sustentáveis e saudáveis. Seu conceito provém, fundamentalmente, da Atenção Primária à Saúde (APS) e do Desenvolvimento Rural Integrado (DRI).

A estratégia de APS teve sua origem a partir da análise do funcionamento do setor saúde na década de 1970, no mundo. As iniciativas da APS permitiram as seguintes mudanças de paradigmas:

- a) da cura para a atenção preventiva;
- b) da atenção hospitalar para a atenção à comunidade;
- c) da atenção urbana para a rural;
- d) dos fatores determinantes dentro do setor saúde para os fatores determinantes fora do setor;
- e) da responsabilidade única do governo pela saúde da população para a responsabilidade das pessoas por sua saúde;
- f) dos serviços centralizados para os serviços descentralizados de saúde; e
- g) do poder político centralizado para o poder político descentralizado. (ORGANIZAÇÃO PAN- AMERICANA DA SAÚDE, 1999, p. 21).

A Atenção Primária da Saúde (APS) foi conceituada pela primeira vez na Declaração de Alma-Ata em 1978 e incorporada nas políticas oficiais de saúde dos países desenvolvidos e em desenvolvimento, visando alcançar saúde para todos no ano 2000. Nesta perspectiva, a APS foi conceituada como a assistência sanitária essencial. Parte integrante do sistema de saúde nacional, do desenvolvimento social e econômico da comunidade. Constitui o primeiro nível de contato das pessoas com o sistema nacional de saúde e de um processo permanente de assistência sanitária. A estratégia da APA é complementar a da APS, não a substituindo. Baseia-se em valores como a equidade, a participação, a eficiência e a integração da APS, a “descentralização, o caráter interdisciplinar, a participação cívica, a organização, a prevenção e proteção do entorno, a diversidade, a co-gestão e a autogestão, a coordenação, a autonomia e a solidariedade” (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 1999, p. 26).

A Atenção Primária Ambiental foi discutida em diversas conferências internacionais, resultando na seguinte definição:

É uma estratégia de ação ambiental, basicamente preventiva e participativa em nível local, que reconhece o direito do ser humano de viver em um ambiente saudável e adequado, e a ser informado sobre os riscos do ambiente em relação à saúde, bem-estar e sobrevivência, ao mesmo tempo que define suas responsabilidades e deveres em relação à proteção, conservação e recuperação do ambiente e da saúde (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 1999, p. 28).

Nessa perspectiva, a APA tem como objetivo geral alcançar as melhores condições de saúde e qualidade de vida dos cidadãos, através da proteção do ambiente e do fortalecimento das comunidades no âmbito da sustentabilidade local. Apresenta, portanto, os seguintes objetivos específicos:

contribuir para a construção de municípios saudáveis; Fortalecer a capacidade de gestão ambiental dos governos locais; estabelecer um nível de gestão ambiental local (nível primário ambiental) que inclua todos os atores locais, em particular o governo municipal e a comunidade; fortalecer as comunidades para que alcancem sustentabilidade local; formar líderes ambientais; facilitar uma maior interação entre o setor público e a sociedade civil para o estabelecimento de compromissos e prioridades do desenvolvimento sustentável local; facilitar que o Estado apoie iniciativas locais organizadas em torno da prioridade dos investimentos públicos para a proteção da saúde humana e do meio ambiente (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 1999, p. 29).

A APA apresenta seis princípios básicos: **participação da comunidade** na aprovação das políticas ou decisões ambientais; **organização da comunidade** em defesa de suas demandas e de seus direitos ambientais; **prevenção e proteção ambiental** através da

sensibilização, educação, pesquisa, difusão e participação cidadã das iniciativas que visam alcançar um melhor nível de desenvolvimento econômico e social; **solidariedade e equidade**, compromisso dos cidadãos e do Estado com a justiça social para redução das desigualdades e garantia de um meio ambiente saudável; **integralidade** das ações dos diversos setores para garantir a sustentabilidade local; **diversidade e respeito à diferenças**, um dos princípios fundamentais da ecologia (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 1999).

Os indicadores ambientais locais da APA podem contribuir para melhorar a qualidade e confiabilidade da informação ambiental. Para tanto, é necessário que a informação seja analisada, avaliada e utilizada em nível local e fornecida aos níveis regionais e nacionais para análise, processamento e retroalimentação; os indicadores devem ser adequados para refletir a situação ambiental local. A APA propõe os seguintes indicadores:

população servida com água potável e destinação sanitária de resíduos e dejetos; porcentagem de lixo tratado e disposto adequadamente (em função do volume total produzido); porcentagem de lixo reciclado; geração de lixo per capita; parâmetros locais de qualidade do ar e dos recursos hídricos superficiais e subterrâneos; consumo de energia e água; qualidade bacteriológica da água; porcentagem de moradias não habitáveis; porcentagem da população em extrema pobreza; superfície de áreas verdes per capita; níveis de ruído; porcentagem de ruas sem pavimentação; número de organizações ecológicas; presença de animais silvestres; número de indústrias; presença de vetores de doenças; número de profissionais de saúde ambiental por 10.000 habitantes; incidência e prevalência de doenças graças ao inadequado manejo ambiental (dengue, malária, cólera, leishmaniose, leptospirose, hantavírus, peste) (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 1999, p. 44).

Os principais problemas urbanos referidos no âmbito da APA são: contaminação atmosférica (industrial e doméstica), acústica e da água; falta de abastecimento de água potável; manejo inadequado dos resíduos sólidos; uso indevido do solo; presença de vetores de doenças; ruas sem pavimentação; falta de segurança e qualidade dos alimentos; incinerações não autorizadas; falta de áreas verdes; manejo inadequado dos canais de drenagem; desastres naturais e emergências químicas. Alguns desses problemas, como a contaminação atmosférica, acústica e da água são complexos e de difícil gerenciamento, podendo gerar conflitos ambientais, nos quais, os interesses da comunidade entram em contraposição com os das empresas e, até, com os do Estado, dificultando a fiscalização e cumprimento das normas (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 1999).

A contaminação da água deve-se ao lançamento de resíduos industriais nos cursos de água, deteriorando-os e pondo a saúde da população em perigo. O abastecimento de água

potável é considerado prioritário, devido a sua estreita relação com a saúde da população. Na América Latina, apenas, cerca de 59% dos usuários recebem água tratada. Nessa Região, a diarreia é responsável pela morte de, aproximadamente, 80.000 crianças por ano. Os resíduos sólidos constituem um dos problemas mais frequentes, ocasionado pela falta de um adequado serviço municipal e pelos maus hábitos da população. Associados aos resíduos sólidos encontram-se os vetores de doenças que são referidos como sintomas da deterioração das condições de vida da população, focos de contaminação e de bairros insalubres (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 1999).

Um dos graves problemas urbanos é o manejo inadequado dos canais de drenagem que favorece a existência de vetores transmissores de agentes etiológicos de doenças, contaminação da água, transbordamentos e outros problemas. Apresenta como principais causas: a falta de recursos, de empenho dos governos locais e a falta de educação das pessoas, que não cooperam com a manutenção dos canais. A descarga de águas residuais, sem tratamento ou com tratamento inadequado, no ambiente é relatada como um problema crítico em todos os países da América Latina e do Caribe. As cinco maiores dificuldades mencionadas para resolução dos problemas de saneamento são: “a falta de uma política adequada para o setor; a limitação de recursos financeiros; os arranjos institucionais inadequados; a falta de um sistema adequado de recuperação de custos; e a obsoleta legislação existente” (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 1999, p. 11).

No Brasil, na década de 1950, o setor saúde investia no saneamento através do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), posteriormente, Fundação Serviços de Saúde Pública (FSESP) vinculado ao Ministério da Saúde. Em convênio com os municípios o FSESP promovia a construção e operação de sistemas de abastecimento de água e de esgotamento sanitário (BRASIL, 2004).

Na década de 1960, o Departamento Nacional de Obras e Saneamento (DNOS) desenvolvia ações para o setor saneamento. Foi instituído o Sistema Financeiro de Saneamento (SFS), gerido pelo Banco Nacional de Habitação (BNH), e elaborado o Plano Nacional de Saneamento (PLANASA). O acesso aos recursos do SFS dependia da adesão dos municípios ao PLANASA. Os municípios que não aderiram constituíram serviços autônomos de água e esgoto (SAAE) ou continuaram com investimento do FSESP. O PLANASA constituiu a Política de Saneamento do Brasil até a década de 1980 (BRASIL, 2004).

Rezende, Heller e Queiroz (2009) afirmam que o amplo investimento em abastecimento de água pelo PLANASA contribuiu para melhoria da qualidade de vida da população e para redução da mortalidade infantil. No entanto, fazem críticas à falta de

integralidade das ações de abastecimento de água, de esgotamento sanitário e à predominância dos investimentos nas regiões mais desenvolvidas, ampliando o quadro de desigualdades sociais no País. A definição das prioridades tinha como base a visão empresarial, valorizando a viabilidade econômica em detrimento da promoção da saúde. Para os autores, a ampliação do distanciamento entre os setores de saúde e de água e saneamento ocorreu em decorrência:

Da maciça transferência da gestão da água e do saneamento para as companhias estaduais, dentro da estratégia de desenvolvimento, que ampliava o nível de mercantilização dos serviços considerados essenciais. Essa mudança no setor de saneamento, driblando a Constituição brasileira, que atribuía aos municípios a titularidade dos serviços, foi determinante para o esfacelamento do poder municipal, consolidando-se, então, a hegemonia do poder central sobre o local. Outra nítida deficiência do PLANASA relaciona-se à não integração da política de água e saneamento com outras políticas públicas, fator determinante do quadro de exclusão social vivenciado no final do século XX no País (REZENDE; HELLER; QUEIROZ, 2009, p. 72).

Em 1990, a criação da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) do Ministério da Saúde, incluía o Departamento Nacional de Saneamento (atual Departamento de Engenharia de Saúde Pública – DENSP (BRASIL, 2004). Apesar do setor saúde investir em saneamento há, conforme Heller (1998, p. 78), “um crônico distanciamento entre as políticas de saneamento e de saúde no Brasil”. O setor de saneamento no planejamento de suas ações não valoriza a relação com a saúde. E as políticas de saúde do país não reconhecem o papel preventivo das ações de saneamento, priorizando a ótica curativa.

Em 1991, foi idealizado o Projeto de Modernização do Setor Saneamento (PMSS) com participação do Banco Mundial (BIRD) no financiamento e na formulação da política de saneamento para o Brasil (ASSEMAE, 1995 apud COSTA, 2003).

Um paradoxo caracterizou a condução da política de saneamento durante o Governo Itamar Franco: a reorganização institucional, via privatização e focalização da política comandada pelo PMSS versus o retorno a uma política de universalização, mantendo a gestão estatal dos serviços, conduzida pela Secretaria Nacional de Saneamento (SNS). O PMSS estava localizado no Ipea - órgão de pesquisa do Ministério do Planejamento e Orçamento e a SNS, localizada no Ministério do Bem-Estar Social. Este, responsável pela política nacional e, aquele, conduzido conjuntamente pelo Governo Federal com o Bird, encaminhava a formulação de uma nova política de forma independente da SNS. Além desse órgão, também a Funasa esteve excluída do PMSS, pois sua direção, articulada às diretrizes do SUS, se opunha à privatização do setor (COSTA, 2003, p. 73).

Nesse período, o projeto de lei complementar (PLC 199/93), que instituía a Política Nacional de Saneamento, tramitou no Congresso Nacional por quatro anos até ser aprovado.

Todavia, por interferência do PMSS e do Banco Mundial o projeto foi vetado pelo Presidente Fernando Henrique Cardoso, no início de seu governo (COSTA, 2003).

Em 2003, foi criado o Ministério das Cidades e, em sua estrutura, a Secretaria Nacional de Saneamento Ambiental (SNSA). Esta secretaria contempla em sua missão assegurar os direitos de acesso à água potável com qualidade e em quantidade suficientes e a vida em ambiente salubre nas cidades e no campo, segundo os princípios fundamentais da universalidade, equidade e integralidade. Dentre suas metas, destacam-se: promover a universalização do abastecimento de água potável, do esgotamento sanitário, da gestão de resíduos sólidos urbanos e do adequado manejo de águas pluviais urbanas (REZENDE; HELLER; QUEIROZ, 2009).

No plano legal, o governo federal formulou e editou a Lei n.º 11.445 de 05/01/2007 que estabelece as diretrizes nacionais para o saneamento básico (BRASIL, 2007), regulamentada pelo Decreto nº 7.217, de 21 de junho de 2010. Os serviços públicos de saneamento básico possuem natureza essencial e serão prestados com base nos seguintes princípios:

- I - universalização do acesso;
- II - integralidade, compreendida como o conjunto de todas as atividades e componentes de cada um dos diversos serviços de saneamento básico, propiciando à população o acesso na conformidade de suas necessidades e maximizando a eficácia das ações e resultados;
- III - abastecimento de água, esgotamento sanitário, limpeza urbana, manejo dos resíduos sólidos e manejo de águas pluviais realizados de formas adequadas à saúde pública e à proteção do meio ambiente;
- IV - disponibilidade, em todas as áreas urbanas, de serviços públicos de manejo das águas pluviais adequados à saúde pública e à segurança da vida e do patrimônio público e privado;
- V - adoção de métodos, técnicas e processos que considerem as peculiaridades locais e regionais, não causem risco à saúde pública e promovam o uso racional da energia, conservação e racionalização do uso da água e dos demais recursos naturais;
- VI - articulação com as políticas de desenvolvimento urbano e regional, de habitação, de combate à pobreza e de sua erradicação, de proteção ambiental, de recursos hídricos, de promoção da saúde e outras de relevante interesse social voltadas para a melhoria da qualidade de vida, para as quais o saneamento básico seja fator determinante;
- VII - eficiência e sustentabilidade econômica;
- VIII - utilização de tecnologias apropriadas, considerando a capacidade de pagamento dos usuários e a adoção de soluções graduais e progressivas;
- IX - transparência das ações, baseada em sistemas de informações e processos decisórios institucionalizados;
- X - controle social;
- XI - segurança, qualidade e regularidade; e
- XII - integração das infraestruturas e serviços com a gestão eficiente dos recursos hídricos (BRASIL, 2010).

Atualmente, os recursos hídricos, o saneamento e o setor saúde são geridos por diversos órgãos federais, estaduais e municipais, com instrumentos e sistemas de informação próprios, dificultando a análise integrada de dados referentes ao acesso da população a água potável e sobre sua condição de saúde (BARCELLOS; QUITÉRIO, 2006).

Heller (1998) afirma que há uma forte relação entre a persistência da problemática do saneamento e o modelo socioeconômico que prioriza uma visão neoliberal do desenvolvimento, excluindo a população mais vulnerável dos benefícios do desenvolvimento, aprofundando a pobreza e confirmando a pertinência das preocupações com a relação saneamento - saúde na atualidade. Nesse contexto, as populações de menor status socioeconômico são as mais afetadas pelos riscos decorrentes da insalubridade do meio.

Em 2009, foi realizada a I Conferência Nacional de Saúde Ambiental, convocada por uma comissão envolvendo três segmentos: o Conselho Nacional de Saúde, o Conselho Nacional de Meio Ambiente e o Conselho Nacional das Cidades, numa tentativa do surgimento de políticas integradas. Teve como tema “A saúde ambiental na cidade, no campo e na floresta: construindo cidadania, qualidade de vida e territórios sustentáveis” (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE AMBIENTAL, 2010, p. 9).

É importante registrar que a ABRASCO, desde o ano 2000, vem, mediante um Grupo Temático Saúde e Ambiente, introduzindo uma forte discussão epistêmica no campo da saúde ambiental, propondo que este campo seja denominado de saúde e ambiente. Nessa perspectiva, realizou dois simpósios nacionais, o primeiro, na cidade de Belém – PA, em 2010, e o segundo, na cidade de Belo Horizonte – MG em 2014, integrando o tema da Injustiça Social e os conflitos territoriais, a partir de um pensamento crítico do papel social da ciência. No simpósio de 2014 houve uma maior participação de entidades representativas do movimento social organizado em temas relacionados a conflitos, envolvendo comunidades do campo, das florestas, das águas e das cidades frente ao modelo de desenvolvimento acelerado no Brasil (SIMPÓSIO BRASILEIRO DE SAÚDE E AMBIENTE, 2014).

3.2.2.2 Vigilância em Saúde Ambiental

A Vigilância em Saúde Ambiental, no Brasil, foi regulamentada em 2002 e designada como área programática do PPA do governo federal em 2004. Para sua implantação já contava com instrumentos legais do SUS. A Lei n.º 8.080/1990, nos artigos 3º, 6º, 7º, 15º e 16º, refere-se à organização do Sistema Único de Saúde (SUS) e às atribuições relacionadas à saúde ambiental. O Art. 3º, refere-se aos fatores determinantes e condicionantes da saúde. O Art. 6º,

a colaboração na proteção do meio ambiente. No Art. 7º, integralidade das ações dos serviços preventivos e curativos e a integração das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico. No Art. 15º, define as atribuições da União, estados, DF e municípios relacionadas à saúde da população e às condições ambientais; ao sistema de informação de saúde; aos convênios, acordos e protocolos internacionais relativos à saúde, ao saneamento e ao meio ambiente; aos estudos na área de saúde (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 2002b).

A Vigilância em Saúde Ambiental, em todos os níveis de governo, requer ação intersetorial, interinstitucional e comunitária, na perspectiva da integralidade. Tendo, como universo de atuação, os fatores ambientais de riscos que interferem na saúde humana, a Vigilância em Saúde Ambiental é definida como:

O conjunto de ações que proporciona o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes do meio ambiente que interferem na saúde humana, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle dos fatores de riscos e das doenças ou agravos, em especial as relativas a vetores, reservatórios e hospedeiros, animais peçonhentos, qualidade da água para consumo humano, contaminantes ambientais, desastres naturais, acidentes com produtos perigosos, saneamento básico, disposição de dejetos humanos e animais e condições habitacionais (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 2002b, p. 20).

As competências das três esferas de governos na área de Vigilância em Saúde Ambiental foram regulamentadas pela Secretaria de Vigilância em Saúde, por meio da Instrução Normativa n.º 01, de 2005 (BRASIL, 2005a). O Programa Nacional de Vigilância em Saúde Ambiental abrange: Vigilância em Saúde Ambiental relacionada à Qualidade da Água para Consumo Humano (VIGIAGUA), Vigilância em Saúde Ambiental Relacionada aos Fatores Físicos (VIGIFISI), Vigilância em Saúde Ambiental Relacionada à Qualidade do Ar (VIGIAR), Vigilância em Saúde Ambiental Relacionada às Substâncias Químicas (VIGIQUIM), Vigilância em Saúde de Populações Expostas ao Solo Contaminado (VIGISOLO), Vigilância em Saúde Ambiental Relacionada aos Riscos Decorrentes dos Desastres Naturais (VIGIDESASTRES). Dentre as competências dos municípios, do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde Ambiental (SINVSA), no Art. 6º, podemos destacar:

I. coordenar e executar as ações de monitoramento dos fatores não biológicos que ocasionem riscos à saúde humana; II. propor normas relativas às ações de prevenção e controle de fatores do meio ambiente ou dele decorrentes, que tenham repercussão na saúde humana; III. propor normas e mecanismos de controle a outras instituições, com atuação no meio ambiente, saneamento e saúde, em aspectos de interesse de saúde pública; VI. coordenar as atividades de vigilância em saúde ambiental de contaminantes ambientais na água, no ar e no solo, de importância e repercussão na saúde pública, bem como dos riscos decorrentes dos desastres

naturais, acidentes com produtos perigosos, fatores físicos, ambiente de trabalho; VII. executar as atividades de informação e comunicação de risco à saúde decorrente de contaminação ambiental de abrangência municipal (BRASIL, 2005^a, p. 45).

Há necessidade de ampliar os espaços institucionais de discussão da saúde ambiental, como comissões, comitês, conselhos, inserindo a questão da participação e do controle social no processo de construção da Vigilância em Saúde Ambiental. Para a efetivação da Política Nacional de Saúde Ambiental o Conselho Nacional de Saúde (2009) recomenda:

- 1) a estruturação e o fortalecimento da Vigilância em Saúde Ambiental;
- 2) a construção de agendas intersetoriais integradas;
- 3) o fomento à promoção de ambientes saudáveis;
- 4) o estímulo à produção de conhecimento e desenvolvimento de capacidades em saúde ambiental; e
- 5) a construção de um Sistema de Informação Integrado em Saúde Ambiental.

O desenvolvimento de ações integrais de saúde e ambiente necessita da formulação de indicadores, conjunto de dados que são convertidos em informação e evidências para a ação na gestão e na tomada de decisão. Um indicador de saúde ambiental pode ser definido como: “uma medida que sintetiza, em termos facilmente compreensíveis e relevantes, alguns aspectos da relação existente entre a saúde e o ambiente” (BRASIL, 2011, p. 75).

Em 2004, no Simpósio Internacional sobre a Construção de Indicadores para a Gestão Integrada em Saúde Ambiental diversos países relataram suas experiências. O Ministério da Saúde de Cuba apresentou um modelo que orienta os profissionais de saúde da família a considerarem, na identificação dos problemas ambientais que afetam a saúde, “os fatores sociais, políticos, econômicos e geográficos de cada lugar, como ponto de partida para análise da situação de saúde”. Propõe um enfoque multisetorial dos fatores ambientais para redução dos riscos à saúde e o desenvolvimento de um sistema de vigilância em saúde ambiental integral, considerando o ecossistema local e as diversidades dos fatores ambientais e eventos de saúde de cada região. Conclui que o desenvolvimento de sistemas não precisa ser idêntico em todas as regiões do país (SIMPÓSIO INTERNACIONAL SOBRE A CONSTRUÇÃO DE INDICADORES PARA A GESTÃO INTEGRADA EM SAÚDE AMBIENTAL, 2006, p. 13).

Os representantes do Brasil no Simpósio apresentaram alguns exemplos de indicadores utilizando o modelo Força Motriz, Pressão Estado/Situação Exposição Efeitos Ação (FPEEEA). Para o tema Saneamento, os indicadores desenvolvidos foram: volume de esgoto coletado; volume do esgoto com tratamento; % de cobertura de domicílios com esgotamento sanitário; % de domicílios que despeja esgotos em coleção hídrica; incidência de pessoas em contato com esgoto. A aplicação da Matriz FPEEEA, no Brasil, deve permitir a

reavaliação do papel dos indicadores propostos para os subsistemas que compõem o Sistema Nacional de Vigilância em Saúde Ambiental (SINVAS) na tomada de decisão e planejamento de políticas públicas (SIMPÓSIO INTERNACIONAL SOBRE A CONSTRUÇÃO DE INDICADORES PARA A GESTÃO INTEGRADA EM SAÚDE AMBIENTAL, 2006).

A Matriz FPEEEA permite: explicitar os níveis de complexidade do problema eleito e supera a sua interpretação em relação à causa/efeito; desculpabilizar o indivíduo; considerar o contexto, promover uma visão sistêmica e revelar a necessidade da construção de novos indicadores. As limitações estão relacionadas às questões lineares e verticais e a não inclusão das questões mais complexas das dinâmicas socioambientais, relacionadas aos problemas de saúde e de qualidade de vida. Os grupos sugerem analisar o modelo de desenvolvimento, envolvendo o estilo de vida, os modos de produção e a exploração de recursos, e investir em estudos e pesquisas para “compreensão da inter-relação das variáveis socioeconômica, ambiental e cultural” (SIMPÓSIO INTERNACIONAL SOBRE A CONSTRUÇÃO DE INDICADORES PARA A GESTÃO INTEGRADA EM SAÚDE AMBIENTAL, 2006, p. 23).

Os grupos de trabalho do Simpósio Internacional recomendam que os indicadores de saúde ambiental devem: ser construídos de forma coletiva (governo e sociedade), interdisciplinar, a partir da compreensão dos problemas priorizados pela sociedade; conduzir mudanças de contextos socioambientais que representem situações de risco à saúde humana; possibilitar a proteção e promoção da saúde; favorecer ações de interdisciplinaridade e de intersetorialidade e o controle social, nos três níveis de governo, de acordo com as diretrizes do SUS (SIMPÓSIO INTERNACIONAL SOBRE A CONSTRUÇÃO DE INDICADORES PARA A GESTÃO INTEGRADA EM SAÚDE AMBIENTAL, 2006).

3.2.2.3 Perspectiva do Programa de Saúde Ambiental – PSA: o caso de Recife/PE

A vigilância em Saúde Ambiental, na cidade do Recife, foi instituída como parte integrante da Política Pública “Recife Cidade Saudável”, implantada no Plano Plurianual (PPA) 2002-2005. Este, englobava dois grandes objetivos: a implementação de uma nova forma de trabalhar a definição de prioridades que eram objeto da ação municipal; e implementar uma nova filosofia de governo, priorizando a busca da inclusão social (CORDEIRO, J., 2008). A perspectiva era de construir uma cidade com base na cidadania:

Integrada, democrática, com espaços comuns de inclusão social, solidária e dotada de uma base econômica competitiva, que valorize, antes de tudo, a vida de seus habitantes, onde todos possam ter acesso aos serviços básicos

(moradia decente, à educação, ao trabalho digno, à cultura, ao lazer saudável, à oportunidade de desenvolver as suas habilidades, à liberdade de expressão e de criação e de convivência fraterna e solidária) (RECIFE, 2001; CORDEIRO, J., 2008, p. 158).

Nesse contexto, foi concebido o Programa de Saúde Ambiental (PSA) como uma das estratégias para promoção da saúde, a partir de ações intersetoriais e integrais, considerando o conceito amplo de saúde e sua determinação complexa. Teve, como fundamento teórico, o paradigma sistêmico da saúde e os princípios e diretrizes do SUS (universalidade, equidade e integralidade, descentralização, regionalização, territorialização) (RECIFE, 2003).

O PSA tem por objetivo “o planejamento, a execução e avaliação de serviços e ações dirigidas ao meio-ambiente com o propósito de promover e proteger a saúde da população do Recife a partir da identificação, eliminação ou redução das situações e dos fatores de risco associados à ocorrência de doenças e agravos” (RECIFE, 2002). Nessa perspectiva, apresenta como objetivos específicos executar ações de vigilância epidemiológica, de controle, de educação em saúde e de informação em saúde dirigidas aos meios:

a) Físico-biológico – setor fauna, voltado para reduzir a incidência de vetores, zoonoses e acidentes provocados por animais sinantrópicos e peçonhentos; b) Físico-biológico – setor água, voltado para reduzir a incidência de doenças de veiculação hídrica; monitoramento da qualidade da água de consumo humano; prevenir riscos relacionados à destinação inadequada de águas residuais e esgoto sanitário; c) Físico-biológico – setor solo, voltado para prevenir, eliminar e/ou minimizar riscos provenientes do acondicionamento, coleta e destinação dos resíduos sólidos; d) Social – moradia, para contribuir para identificação de habitações sob risco de desastres (RECIFE, 2002).

Para viabilizar as ações do PSA foi realizada, em 2001, uma seleção pública para o preenchimento de 768 vagas de Agentes de Saúde Ambiental (ASA) com vínculos precários com a administração pública. A partir de 2006 os ASA foram efetivados e passaram a ter a denominação de Agentes de Saúde Ambiental e Combate a Endemias (ASACE), sendo criados 1.183 cargos. Uma Lei baseada na Emenda Constitucional de nº 51 permitiu aos gestores locais do SUS a efetivação dos agentes de combate a endemias que participaram de processo seletivo público (BARROS NETO, 2013).

A territorialização das ações do PSA e a definição das áreas de risco teve como base os critérios de produtividade, vulnerabilidade e receptividade (SCHENEIDER et al., 1987 apud LYRA, 2009), sendo definido três estratos de risco para os bairros da cidade do Recife. São eles: Risco Alto, Médio e Baixo (RECIFE, 2003). Uma área é considerada produtiva quando apresenta transmissão ativa de doenças infecciosas e parasitárias. A mensuração de

áreas produtivas para a implantação do PSA, considerou os indicadores de incidência e prevalência dos determinados agravos:

doenças de veiculação hídrica - o número de casos de cólera entre 1998 e 2000; zoonoses - o número de casos de leptospirose, no mesmo período, e o número de casos de raiva animal entre 1999 e abril de 2000; doenças transmitidas por vetores - taxa de detecção de dengue (1988-2000) e prevalência de filariose (1999-2000) (LYRA, 2009, p. 197).

A área vulnerável não apresenta produtividade, mas grande probabilidade de ocorrência de caso de doença transmissível. A identificação de vulnerabilidade teve como base a vizinhança entre bairros produtivos. Quanto à receptividade, corresponde a probabilidade de uma doença produzir novos casos numa determinada área. A receptividade das áreas foi mensurada utilizando-se o Mapa de Condição de Vida cuja definição do Indicador Sintético utilizou dados do censo nacional de 1991, calculando-se para cada bairro sete indicadores:

proporção de domicílios (particulares permanentes) com abastecimento adequado de água (por meio de canalização interna de rede geral ou de poço ou nascente próprios), de domicílios com instalação sanitária adequada (por rede geral ou de fossa séptica), proporção de domicílios com coleta direta do lixo, proporção da população de 10 a 14 anos analfabeta, proporção de chefes de domicílios com 3 anos ou menos de estudo, de chefes de domicílios com renda mensal menor ou igual a dois salários mínimos e densidade intra-dormitório (média de moradores por dormitório). Esses indicadores constituíram um indicador sintético da condição de vida da população, segundo análise fatorial (técnica de componente principal) (GUIMARÃES, 2003, p. 1414).

O Mapa de Condição de Vida apresenta quatro estratos com diferentes números de bairros: estrato I, considerado de elevada condição de vida, com 28 bairros; estrato II, com intermediária condição de vida, composto por 34 bairros; estrato III, com baixa condição de vida, constituído por 26 bairros; e o estrato IV, com muito baixa condição de vida, com apenas 6 bairros (GUIMARÃES et al., 2003).

Os critérios de classificação das áreas de **Risco Alto** incluíam os bairros que estavam no estrato IV de baixa condição de vida, no mapa de Guimarães (1998) ou pelo menos em uma das seguintes situações:

ocorrência de 02 casos de raiva animal (jan/1999 a abril de 2001); ocorrência de 15 casos ou mais de cólera (1998-2000); alta prevalência (10%-OMS) para filariose (inquérito amostral – 1999-2000); taxa de detecção para dengue maior que 982 casos/100.000 hab. (1998-2000); número de casos de leptospirose ≥ 9 (1998 – 2000) (RECIFE, 2001 apud LYRA, 2009, p. 198).

Esses mesmos critérios foram utilizados na classificação das áreas de **Risco Baixo**, que não apresentam nenhuma das características citadas e nas áreas de **Risco Médio**, que incluíam bairros que se enquadravam no estrato III de condição de vida ou apresentavam, pelo menos, uma das seguintes situações:

ocorrência de 1 caso de raiva animal (Jan/1999-abr/2001); média prevalência (5 a 9% - OMS) para filariose linfática (inquérito amostral, 1999 a 2000), e que não se enquadraram na Área 1; taxa de detecção para dengue entre 493 e 981/100.000hab. no triênio de 1998 - 2000, e que não se enquadraram na Área 1; ocorrência de 3 a 8 casos de leptospirose (1998 a 2000) (RECIFE 2001 apud LYRA, 2009, p. 198).

A classificação das áreas em estratos de riscos serviu de subsídio para a distribuição dos ASA (atual ASACE) nos territórios, com a definição do número de imóveis para cada agente, considerando os princípios de equidade e da universalidade nas ações de saúde:

a) bairros de alto risco e densidade elevada, o ASA deveria percorrer 520 imóveis a cada 40 dias, ou em média 13 imóveis por dia; b) bairros de risco alto e densidade média de imóveis, ou de risco médio e alta densidade de imóveis, o ASA deveria percorrer 680 imóveis a cada 40 dias (17 imóveis/dia); bairros de risco médio e média densidade e de risco baixo e densidade alta, 1 ASA percorrendo 800 imóveis a cada 40 dias (20 imóveis/dia) (LYRA, 2009, p. 208).

No entanto, Albuquerque (2005) afirma que dos critérios adotados para territorialização da cidade, segundo áreas de risco, prevalecem os epidemiológicos relacionados com riscos biológicos para orientar a organização e ações do PSA. Bezerra (2008) aponta problemas relacionados aos métodos de análise espacial, ao modelo de regionalização político-administrativo, à uniformidade nos locais de visita, à desconsideração das diferenças intrabairros e à desatualização dos instrumentos cartográficos. E considera que a distribuição do número de ASACE no território não está atendendo a uma perspectiva de equidade. O que é corroborado por Lyra (2009), ao afirmar que na definição das áreas de risco não se levou em conta as especificidades dos locais, tais como: aclives, declives, alagados, violência, colocando-se no mesmo grau de risco áreas que, na realidade, apresentavam dificuldades distintas para os ASACE, com implicações graves no seu processo de trabalho.

Bezerra (2008) propõe um mapa de análise espacial do território recifense, que considera a vulnerabilidade social e aspectos físicos do território, para a distribuição dos ASACE e definição da quantidade de imóveis/dia a serem visitados. Dessa forma, apresenta dois mapas intermediários, de vulnerabilidade social e de dificuldade operacional, a partir da

classificação das quadras de atuação do PSA. O mapa final consiste nos níveis de atenção e das dificuldades operacionais do PSA.

De acordo com o Plano Municipal de Saúde 2010/2013 da cidade do Recife (RECIFE, 2009), a Política de Saúde Ambiental visa o “monitoramento de riscos ambientais, com intervenções integradas com outras áreas da prefeitura como a limpeza urbana e o saneamento; e ações de educação ambiental”. Para sua consolidação tem como objetivo geral ampliar e aprimorar seu escopo de atuação com vistas ao controle e redução de riscos ambientais e seus agravos decorrentes, propondo para o período:

1 A estruturação da vigilância ambiental, qualificando a área física da vigilância ambiental do Distrito Sanitário e dos pontos de apoio nas unidades de saúde, bem como aprimorando o uso de mapas, territorializando a área a ser vistoriada pelo ASACE, além de estabelecer maior divulgação das atribuições dos ASACE e dos pontos de apoio.

2 Ampliação da articulação com as secretarias de saneamento e meio ambiente para a ampliação e implementação do sistema de saneamento ambiental, e de ações integradas com Empresa de Manutenção e Limpeza Urbana - EMLURB, Secretaria de Saneamento - SESAN e Secretaria de Educação - SEDUC, garantindo a participação dos diversos atores no Fórum Distrital para fazer planejamento e avaliação de ações intersetoriais e promover articulação com PSF/ PACS.

3 Melhorar e ampliar a informação sobre os problemas de saúde relacionados ao ambiente, com ampla divulgação à população, incluindo divulgação através de leitura em braile e trabalhos com escolares, desenvolvendo ações permanentes de Educação Ambiental e o Controle de Riscos Ambientais, em especial voltado para o destino do lixo (coleta seletiva), de forma integrada com Educação em Saúde com confecção de cartilha educativa, e utilização de equipamentos de áudio e vídeo (RECIFE, 2009, p. 81).

Buscando a integração da Vigilância em Saúde com a Atenção Básica, o Ministério da Saúde, definiu atribuições para os Agente de Controle de Endemias – ACE, coincidindo com alguns ações dos ACS, mas com atuação de forma integrada. Muitas correspondem as ações realizadas pelos ASACE do PSA, destacando:

desenvolver ações educativas e de mobilização da comunidade relativas ao controle das doenças/agravos, em sua área de abrangência; orientar a comunidade quanto ao uso de medidas de proteção individual e familiar para a prevenção de doenças; mobilizar a comunidade para desenvolver medidas simples de manejo ambiental para o controle de vetores; realizar, quando indicado a aplicação de larvicidas/moluscocidas químicos e biológicos; a borrifação intradomiciliar de efeito residual; e a aplicação espacial de inseticidas por meio de nebulizações térmicas e ultra-baixo-volume; realizar atividades de identificação e mapeamento de coleções hídricas de importância epidemiológica (BRASIL, 2008, p. 18).

4 PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 Desenho do estudo

Pesquisa Qualitativa, utilizando como estratégia o estudo de caso. A Pesquisa Qualitativa, conforme Pires (2010), constitui-se a partir de material empírico qualitativo, não sendo tratada de forma numérica. Esse autor critica as tentativas de definição dessa pesquisa e enfatiza algumas de suas tendências e características globais: flexibilidade de adaptação durante seu desenvolvimento, inclusive na construção progressiva do seu objeto de investigação; capacidade de se ocupar de objetos complexos, englobar dados heterogêneos, descrever em profundidade aspectos importantes da vida social (cultura e experiência vivida); abertura para o mundo empírico (valorização da indução), entre outras características. A pesquisa qualitativa “tende a valorizar a criatividade e a solução de problemas teóricos propostos pelos fatos inconvenientes” (PIRES, 2010, p. 91).

O estudo de caso é definido como uma investigação empírica de um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto de vida real (YIN, 2005; MARTINS, G., 2008). Utiliza diferentes técnicas de levantamento de informações, dados e evidências, precisando convergir em um formato de triângulo, fundamental para garantir a confiabilidade e a validade dos achados do estudo (MARTINS, G., 2008).

O desenvolvimento prévio de proposições teóricas para conduzir a coleta de dados é fundamental no estudo de caso (YIN, 2005, p. 33). Este autor conclui que o estudo de caso constitui uma estratégia de pesquisa abrangente, englobando a lógica do planejamento, as técnicas de coleta de dados, abordagens específicas e análise dos dados. Apresenta duas variantes, estudo de casos únicos e de casos múltiplos. O estudo de caso possibilita “apreender a totalidade de uma situação - identificar e analisar a multiplicidade de dimensões que envolvem o caso – e, de maneira engenhosa, descrever, compreender, discutir e analisar a complexidade de um caso concreto, construindo uma teoria que possa explicá-lo e prevê-lo” (MARTINS, G., 2008, p. 10).

Conforme Ventura (2007), os estudos de caso apresentam como vantagens: o estímulo a novas descobertas, em função da flexibilidade do seu planejamento; a ênfase na multiplicidade de dimensões de um problema, focalizando-o em sua totalidade; a simplicidade nos procedimentos; e permite uma análise em profundidade dos processos e de suas relações. A autora coloca a dificuldade de generalização dos resultados obtidos como a mais grave limitação desse tipo de estudo. Contudo, é importante salientar que a generalização nos

estudos de caso não é estatística, é analítica, associando-se os resultados a uma teoria mais abrangente, conforme Yin (2005).

Ventura (2007, p. 386) destacou como característica do estudo de caso “estudar uma unidade, bem delimitada e contextualizada, com a preocupação de não analisar apenas o caso em si, como algo à parte, mas o que ele representa dentro do todo e a partir daí”. Refere-se à classificação de casos intrínsecos, instrumentais, coletivos e os que priorizam a abordagem qualitativa, denominados “casos naturalísticos”. Para estes últimos, considera como características fundamentais: interpretar os dados no contexto, buscar novas respostas e indagações, retratar a realidade de forma completa e profunda, usar uma variedade de fontes de informação, revelar diferentes pontos de vista sobre o objeto de estudo e possibilitar generalizações naturalísticas.

4.2 Área de estudo

O estudo foi realizado em uma microrregião da cidade do Recife. Esta encontra-se dividida em oito Regiões Político-Administrativas (RPA). Cada RPA corresponde a um Distrito Sanitário e está subdividida em microrregiões. O Recife ocupa uma área de 217, 494 Km² com uma população de 1.537.704 habitantes e Densidade Demográfica de 7.037,61, conforme Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010). Apresenta 66 Zonas Especiais de Interesse Social (ZEIS). O clima é quente e úmido.

O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal do Recife (IDH), de 0,772 (IBGE, 2010), não é uniforme para todos os territórios do município. Em 2005, foi produzido o Atlas do Desenvolvimento Humano no Recife, propiciando “a análise das desigualdades existentes entre os membros de uma comunidade política basilar da federação, o município” (RECIFE, 2005a, p. 23). Esta análise mostra que entre as Unidades de Desenvolvimento Humano (UDH) com maior valor, 0,964, Boa Viagem/Pina – Orla, Av. Herculano Bandeira (UDH 48) e a de menor valor, 0,632, Ilha Joana Bezerra/São José – Zeis Coque (UDH 05), “há uma diferença de 0,332, que expressa condições de desenvolvimento humano extremamente díspares, dentro do mesmo município” (RECIFE, 2005a, p. 24).

Na perspectiva da análise dos valores dos Índices de Desenvolvimento Humano em escala intramunicipal, foram propostos dois objetivos: i) revelar, com a maior clareza possível, desigualdades vivenciadas entre os recifenses nos seus espaços de residência; ii) identificar estratégias de ação, visando superar situações de miséria e opressão que constituem freios ao desenvolvimento humano do município. Para tanto, o território municipal foi

dividido em 62 Unidades de Desenvolvimento Humano (UDHs) que apresentasse um nível de homogeneidade social suficiente para as médias estatísticas e em 18 Microrregiões (RECIFE, 2005a, p. 24).

As Microrregiões e Regiões Político-Administrativas, em geral, agregam segmentos sociais diversos, cuja média de indicadores e índices não refletem as condições de vida diferenciadas. Quanto as UDHs, estas “são agregações de Setores Censitários do Censo Demográfico (IBGE, 2000) delimitadas considerando-se tanto quanto possível características socioeconômicas homogêneas de populações, aspectos morfológicos do território e limites político-administrativos de bairros e RPAs” (RECIFE, 2005a, p. 2).

No Atlas Municipal os valores do IDH encontram-se agrupados em cinco classes de Unidades de Desenvolvimento Humano, de valores do IDH muito baixos (0,630 a 0,689), com seis Unidades; de baixos valores (0,690 a 0,745), com 25 Unidades; de médios valores (0,746 a 0,819), com 14 Unidades; de altos valores (0,820 a 0,899), com sete Unidades; e de muito altos valores (0,900 a 0,970), com dez Unidades. Em 2000, 49,7% da população do Recife residia em bairros com baixas e muito baixas condições de vida e, apenas, 28,3% da população total com altos e muito altos valores de IDH (RECIFE, 2005a).

A área escolhida para o presente estudo faz parte da RPA 1 que corresponde ao Distrito Sanitário I, a Microrregião 1.3, onde as condições de vidas são precárias, com 14% dos domicílios sem água do sistema público de abastecimento, 46% sem esgotamento sanitário do sistema público e 12% sem coleta de resíduos sólidos (IBGE, 2010). Trata-se de uma área de planície integrante do Anel Central da cidade do Recife, constituída pelos bairros dos Coelhos e da Ilha Joana Bezerra, ambos ZEIS, com as maiores proporções de domicílios pobres. Esses bairros encontram-se inseridos nas UDH 04 e 05.

A Microrregião 1.3, reúne duas comunidades extremamente carentes do centro do Recife, com o valor do IDH de 0,656, muito baixo, o menor de todas as microrregiões do município (RECIFE, 2005a) e população de 20.262 habitantes (IBGE, 2010). Está incluída pelo Programa de Saúde Ambiental (PSA) no estrato de Risco Alto, destacando-se como pertencente ao estrato IV com muito baixa condição de vida e por apresentar setores censitários com alta prevalência para filariose (10% ou mais) no inquérito amostral do período de 1999 a 2000, entre outras características epidemiológicas.

4.2.1 Perfil do bairro dos Coelhos

O bairro dos Coelhos, localizado na Microrregião 1.3, apresenta uma área territorial de 39,9 hectares, com uma população residente de 7.633 habitantes, sendo 3.571 do sexo masculino e 4.062 do sexo feminino. A densidade demográfica é de 178,51 habitante/hectare, sendo a média de moradores por domicílio 3,6. O número total de domicílios é de 2.322. A Taxa Média Geométrica de Crescimento Anual da População (2000/2010) é de 1,12 %%. A proporção de mulheres responsáveis pelo domicílio é de 53,63%. Quanto à renda familiar, o valor do rendimento nominal médio mensal dos domicílios é de R\$ 898,41 e a taxa de alfabetização da população de 10 anos e mais é 87,7% (IBGE, 2010).

O bairro está inserido na UDH 04 (Recife Centro), que abrange o coração histórico da cidade nos bairros do Recife, de Santo Antônio, São José e Coelhos, apresenta IDHM baixo 0,700 (RECIFE, 2005a). O bairro dos Coelhos integra as Zonas Especiais de Interesse Social (Zeis), Zeis Coelhos, e está classificado como área 1 – de Alto Risco no PSA e no estrato de áreas de alta vulnerabilidade no mapa de vulnerabilidade social do Distrito Sanitário I, conforme Bezerra (2008).

4.2.2 Perfil do bairro Ilha Joana Bezerra

Bairro localizado na RPA 1, Microrregião 1.3, está 2,89 km distante do Marco Zero (RECIFEa, 2005), apresenta uma área territorial de 87 hectare, com uma população residente de 12.629 habitantes, sendo 6.002 do sexo masculino e 6.627 do sexo feminino, 47,53% e 52,47%, respectivamente. O bairro é constituído por 3.606 domicílios particulares permanentes usados como moradia, com uma média de 3,5 moradores por domicílio. A densidade demográfica é de 144,85 habitante/hectare. Apresentando uma Taxa Média Geométrica de Crescimento Anual da População (2000/2010) de - 0,10 %. A proporção de mulheres responsáveis pelo domicílio ultrapassa a de homens, atingindo o percentual de 57,31%. O valor do rendimento nominal médio mensal dos domicílios é de R\$ 705,83. Apresenta taxa de alfabetização da população, de 10 anos e mais, de 83,2% (IBGE, 2010).

O bairro está classificado como área 1 – de Alto Risco no PSA e pertencente ao estrato de áreas de alta vulnerabilidade no mapa de vulnerabilidade social do Distrito Sanitário I, conforme Bezerra (2008).

4.3 Coleta de dados

Vários instrumentos foram utilizados para coleta de dados, visando alcançar os objetivos da pesquisa. A coleta de dados teve início com os dados secundários que não dependiam de anuência de instituições e de aprovação do Comitê de Ética em pesquisa. A coleta dos dados primários só pôde ter início após a qualificação do projeto e sua aprovação pelo Comitê de Ética, por se trata de pesquisa com seres humanos.

4.3.1 Dados Secundários

Análise documental sobre o Programa de Saúde Ambiental (PSA), identificando o que está prescrito no PSA, e sobre as características socioeconômicas das localidades. Levantamento de dados através de documentos oficiais (Decretos, Leis, Plano Municipal de Saúde, manuais do Ministério da Saúde, entre outros), de artigos, dissertações e teses relacionados ao PSA e a vigilância em saúde; e pesquisa em base de dados dos sistemas de informações de Epidemiologia e Vigilância Ambiental em Saúde sobre as doenças e agravos prevalentes na área em estudo: Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e Sistema de Notificação de Agravos e Notificação (SINAN).

Levantamento do perfil sócio, econômico, ambiental e relativo à saúde das comunidades das áreas em estudo, a partir do cadastro da Ficha A do SIAB, realizado pelos Agentes Comunitários (as) de Saúde nas visitas domiciliares, comparando-se com os dados do IBGE, em nível de bairro, microrregião, distrito sanitário e cidade.

Considerando que a área de atuação das equipes de Saúde da Família constitui a menor unidade espacial da base territorial do sistema de saúde, as microáreas, estas serviram de base para o presente estudo. Esses territórios são definidos conforme agregados de famílias a serem atendidas (no máximo 1.000 famílias ou 4.500 pessoas). Apesar de apresentar delimitação imprecisa, as microáreas possibilitam captar dados demográficos, epidemiológicos e de condições de vida, incluindo ambientais (GONDIM et al., 2008). Os dados foram obtidos das microáreas da Microrregião 1.3 do Distrito Sanitário I (RPA I), que abrange os bairros Ilha Joana Bezerra e Coelhos. O primeiro com três microáreas e o segundo com duas.

O período de coleta de dados documentais teve início ao longo do curso de doutorado, em 2010, a partir da estruturação do projeto de pesquisa, prolongando-se até outubro de 2014, com exceção dos dados do SIAB, que teve início em outubro de 2012, após a qualificação do projeto de pesquisa.

4.3.2 Dados Primários

Os dados primários foram obtidos com utilização das técnicas de observação direta e oficinas com participantes de diferentes segmentos da Microrregião 1.3, no período de outubro de 2012 a agosto de 2013.

4.3.2.1 Observação direta

Conforme Jaccoud e Mayer (2008), a observação dos fenômenos constitui o núcleo de todo procedimento científico, sendo considerado, pelos fundadores da sociologia, critério fundamental para o conhecimento nas diversas áreas por sua relação, mas, também, pelo seu distanciamento entre sujeito e objeto. A observação no domínio da pesquisa qualitativa tem sido utilizada com diferentes denominações: observação participante, observação direta, ou observação *in situ*.

As principais características da observação na pesquisa qualitativa, mencionadas por Jaccoud e Mayer (2008), são as seguintes: técnica direta, com contato com informantes; não dirigida, tendo como objetivo final a observação da realidade, habitualmente sem a intervenção do pesquisador.

A observação, conforme Correia (2009), inicialmente é mais descritiva, procurando-se “obter uma perspectiva geral dos aspectos sociais, das interações e do que acontece em campo”, passando, após a análise dos dados, para uma observação focalizada em determinadas situações e/ou acontecimentos. Depois de repetidas observações em campo, passa a uma observação seletiva. Há, portanto um refinamento da observação, “implicando regressar ao campo, na procura de diferenças entre categorias específicas já identificadas” (CORREIA, 2009, p. 32). Nessa perspectiva, a autora identifica três fases da observação participante: observações descritivas, observações focalizadas e observações seletivas.

Minayo (2004) coloca como premissa metodológica de observação do fenômeno social: a) a necessidade de preparação teórica; b) a relativização das hipóteses frente às evidências de campo; c) a necessidade de integração do pesquisador no campo para a apreensão qualitativa da realidade; d) o uso de instrumentos adequados para seleção e apreensão dos dados.

No presente estudo a observação direta foi realizada por meio do acompanhamento do trabalho realizado pelo ASACE e ACS nas visitas domiciliares da área, com Anuência da Secretaria Municipal de Saúde do Recife (Anexo A). Teve como objetivo identificar as

demandas e condicionantes de vulnerabilidades socioambientais à saúde das comunidades e as ações e dificuldades de atuação dos ASACE nas áreas insalubres. Foram realizadas visitas semanais ou quinzenais de acordo com as circunstâncias do momento (violência na área, chuvas, etc), durante onze meses a domicílios, instituições comerciais, pontos estratégicos, associações de moradores e equipamentos públicos de saúde e lazer, entre outros, em setores diferentes da Microrregião 1.3. Conforme Jaccoud e Mayer (2008, p. 273), “variando os lugares e os momentos de observações pode ser importante, se a diversificação dos dados fizer parte da estratégia de pesquisa”, o que se aplica ao presente estudo.

A coleta dos dados primários por meio da observação direta foi realizada no período de outubro de 2012 a agosto de 2013. As visitas foram iniciadas na USF Coelhos I, no dia 09 de outubro de 2012, prosseguindo até o mês de agosto de 2013, contemplando as cinco microáreas de atuação do ESF da Microrregião 1.3. As visitas ao bairro dos Coelhos foram nas seguintes datas: 09 e 26 de outubro; 06, 11, 13, 20, 27 de novembro; 11 de dezembro de 2012; 10, 17, 22 e 23 de janeiro de 2013; 14 de fevereiro; 12 e 23 de março; 04 de abril; 09, 10, 13, 14, 16, 17 e 21 de agosto, totalizando 23 visitas. As visitas ao bairro Ilha Joana Bezerra ocorreram nos dias: 23, 24 e 25 de abril; 07, 14, 16 e 22 de maio; 11 e 18 de junho; 02, 09, 10, 18 e 19 de julho; 09, 13, 14 e 21 de agosto, totalizando 18 visitas. O acompanhamento do trabalho dos ASACE no bairro dos Coelhos foi realizado em cinco momentos e na Ilha Joana Bezerra foi realizado em quatro momentos. As demais visitas foram em companhia dos supervisores dos ASACE das áreas e com as ACS do bairro dos Coelhos. Apenas as visitas às instituições e escolas não precisaram da presença dos referidos profissionais.

A coleta de dados primários foi realizada por meio de observação direta, anotações e registro fotográfico. As observações foram, inicialmente, descritivas e, conforme interpretação dos dados, mais focalizadas e seletivas, como sugere Correia (2009).

Quanto à garantia de maior validade possível dos dados da observação direta, seguimos os critérios indicados por Jaccoud e Mayer (2008): proximidade das fontes (observação de perto e de primeira mão); inter e intra-subjetividade (participação de vários observadores para descrever a mesma situação); critério de saturação dos dados (quando todos os dados novos são redundantes); critério da exaustividade da teoria elaborada (capaz de explicar a totalidade dos fatos observados) e de sua consistência interna (pertinência e coerência).

4.3.2.2 *Oficinas inspiradas na MARES*

A coleta de dados por meio de oficinas com representantes da Microrregião 1.3 foi realizada utilizando procedimentos orientados pela Metodologia de Análise de Rede do Cotidiano (MARES). Esta não foi utilizada com todo o seu potencial no presente estudo, limitando-se a mais um método para coleta de dados, visto que, o nosso objetivo não foi proceder uma análise de redes do cotidiano, mas utilizar os procedimentos como uma ferramenta para identificar problemas/demandas, possíveis soluções e potenciais mediadores envolvidos.

Conforme Martins (2011, p. 62), a MARES “é uma metodologia de base qualitativa que busca resgatar a complexidade simbólica das práticas sociais articuladas às regiões da afetividade, da moral, do direito, da associação espontânea e da corresponsabilidade na esfera pública”. Trata-se de uma abordagem fenomenológica, interacionista, construtivista e hermenêutica, utilizada para análise de redes sociais do cotidiano e de usuários dos serviços públicos, identificando as crenças e os valores dos atores locais, os problemas que limitam a expansão das redes e como superá-los. Esse método tem importância investigativa, articulando informações subjetivas e objetivas, e relevância pedagógica, visto que, propicia a apropriação de informações pelos atores, tornando-os mediadores e multiplicadores de processos sociais coletivos (MARTINS, 2011).

As redes do cotidiano, conforme Martins (2011, p. 64), “são os resultados naturais de processos de troca de dádiva e de ações de reciprocidades em registro múltiplos e diferenciados (circuito das afetividades, circuito das mobilizações coletivas por direitos e circuitos das solidariedades reflexivas em torno de ideais comum)”. A sociedade na perspectiva relacional é um fenômeno social total, constituindo-se pela circulação de dádivas (presentes, serviços, hospitalidades, doações, desejos, memórias, sonhos e intenções) que são símbolos básicos para formação dos vínculos sociais (MARTINS, 2005).

As redes sociais, inicialmente, surgem como rede de significação, configurando-se, em seguida, como meios de articulação objetiva de atores e instituições sociais. Deste modo, “as redes de usuários em saúde não são formadas somente de indivíduos mas, sobretudo, do conjunto de objetos visíveis (medicamentos, dinheiro, alimentação, etc) ou invisíveis (crenças, valores, símbolos, mitos, etc) que contribuem para se criar os sistema de trocas e a circulação de dons” (MARTINS, 2011, p. 56). A teoria do dom é eminentemente relacional, fixando-se no ciclo incessante de prestações e contraprestações de bens materiais (serviços, mercadorias) e simbólicos (intenções, gentilezas e rituais) (MARTINS, P., 2008).

No dom há uma teoria da reciprocidade aberta e flexível, que permite revelar a complexidade das motivações presentes na ação social, que favorece resgatar a experiência e o valor da ação intersubjetiva, que favorece, ainda, articular o saber comum e o saber científico e que, por fim, valoriza o cotidiano sem desprezar as articulações entre os planos micro e macro (MARTINS, P., 2008, p. 108).

A MARES procura integrar os planos macrosociológico e microsociológico. No entanto, considerando a produção da sociabilidades em saúde, a classificação de determinação macrosociológica e microsociológica está simplificada, não sendo evidente para os atores sociais e institucionais envolvidos. O plano macrosociológico é valorizado pelos epidemiólogos e observadores externos às práticas de saúde, corresponde aos fatores sociais como renda, trabalho, educação, habitação, segurança, epidemias, entre outros que condicionam os usuários. No plano microsociológico o usuário é copartícipe na produção dos determinantes sociais. As injunções produzidas pelas crenças e vivências construídas no ambiente familiar, na interação com os vizinhos, no trabalho, na política, nos sistemas de saúde, entre outros, são valorizados pelos usuários a partir de suas trajetórias de vida e redes de pertencimento. A conscientização de suas condições de vida e posição como mediador de redes sociais possibilita ao usuário redimensionar suas práticas (MARTINS, 2011).

As oficinas objetivaram realizar um diagnóstico das condições socioambientais da área, a partir da produção de textos sobre as características do bairro, vulneração da comunidade e demandas relacionadas à saúde ambiental. As oficinas foram realizadas em duas escolas municipais localizadas no bairro Ilha Joana Bezerra e nas dependências do Centro Social do bairro dos Coelhos, onde está inserida a USF dos Coelhos.

Foram realizados, no mínimo, dois encontros com cada segmento, com duração de 30 minutos a uma hora cada. No primeiro encontro houve explanação sobre o trabalho de pesquisa e os objetivos das oficinas e, em seguida, o levantamento dos problemas socioambientais (necessidades e demandas) da comunidade que foram discutidos no segundo encontro. Nos encontros, seguimos as orientações da MARES na condução da oficina com os seguintes métodos:

- a) *M1 (primeiro método), Mapeando as redes de crenças e horizontes na saúde ambiental, dividido em dois momentos: o primeiro, mapeamento dos problemas e soluções gerais na organização da promoção da integralidade em saúde ambiental, abordando os fatores macrosociológicos que se apresentam em situação do cotidiano da comunidade, os quais foram selecionados a partir das questões discutidas no primeiro encontro; o segundo momento, mapeamento dos*

problemas e soluções específicas na organização das ações de saúde ambiental na comunidade, discorreu sobre como as necessidades e demandas das comunidades são atendidas pelos serviços públicos (variáveis microsociológicas).

- b) *M2 (segundo método), Mapeando as redes de conflitos e mediações da pessoa*. Os dados foram obtidos a partir da elaboração do Mapa da Pessoa/ Comunidade. O Mapa consiste de um círculo central onde se coloca a figura do eu e em torno se desenha mais três círculos, onde são colocados os problemas, os mediadores colaboradores e os inibidores (Apêndice B).

O encontro inspirado no M2 da MARES deveria ser realizado em duas etapas (preenchimento do Mapa de Identificação da Rede da Pessoa e análise coletiva do Mapa da Pessoa), mas a análise do Mapa só foi possível no grupo de idosos, que apresentou maior interação entre os participantes. Nos demais grupos o que conseguimos foi, apenas, alguns esboços do Mapa da Pessoa, os quais foram sistematizados construindo-se um esboço do mapa da comunidade.

Os dados não foram suficientes para detectar as redes relacionais do cotidiano, devido a pouca interação dos participantes dos grupos de jovens e de adultos durante as discussões. Alguns participantes mantinha reserva em falar diante do grupo sobre as questões da comunidade, seja por receio ou por timidez. A maioria sentia-se mais à vontade em expressar-se por escrito, embora alguns participantes demonstrassem dificuldade na escrita. O anonimato foi importante para facilitar a participação.

A coleta de dados inspirada no segundo método da MARES serviu para detectar os problemas centrais que afligem a comunidade no seu cotidiano imediato. A compreensão de como a comunidade enfrenta os problemas e a quem ou a que recorre para mediar os conflitos e construir pactos de solidariedade e soluções, ficou limitada a identificação de alguns potenciais mediadores facilitadores e/ou inibidores. Portanto, não foram detectadas as redes de conflitos e mediação das pessoas, sendo esta uma das limitações do presente estudo em relação ao potencial do método.

A identificação e a análise das redes relacionais do cotidiano pode ser melhor utilizada em outros momentos, em encontros específicos com as comunidades para resolução de problemas recorrentes, explorando seu potencial pedagógico na perspectiva do empoderamento dos diversos grupos sociais das comunidades socialmente vulneradas.

As oficinas foram realizadas com usuários do PSA, representantes do Território 1.3 do

DS I, de ambos os gêneros, maiores de 18 a 29 anos (alunos do 3º e 4º Ciclo do ProJovem) e adultos do Módulos IV e V da Educação de Jovens e Adultos (EJA) do Ensino Fundamental de duas Escolas Municipais e um grupo de idosos. A escolha por faixa etária e gênero teve o propósito de ampliar a diversidade de percepção, não tendo o objetivo de proceder análise comparativa. Para formação dos grupos, diante da dificuldade de reunir moradores das comunidades, optamos por trabalhar com grupos existentes nas USF e nas unidades educacionais do território.

A seleção das pessoas das comunidades para participação das oficinas foi realizada durante as visitas às escolas da área e USF. As pessoas foram informadas sobre o projeto e convidadas a participarem. Foram formados 4 grupos com sujeitos de ambos os gêneros, organizados por faixa etária, com de 06 a 16 participantes.

O número total de informantes está relacionado aos objetivos da investigação, devendo ter como indicador a saturação das alternativas de resposta, quando os participantes não são capazes de produzir novidades nas suas respostas. A saturação, conforme Pires (2010, p. 198), é menos um critério de constituição da amostra do que um critério de sua avaliação metodológica. Ela cumpre duas funções capitais:

de um ponto de vista operacional, ela indica em qual momento o pesquisador deve parar a coleta de dados, evitando-lhe, assim, um desperdício inútil de provas, tempo e dinheiro; de um ponto de vista metodológico, ela permite generalizar os resultados para o conjunto do universo de análise (população) ao qual o grupo analisado pertence (generalização empírico-analítica).

A saturação no presente estudo foi considerada em termos de número de grupos participantes das oficinas. Quando os grupos não traziam informações novas, percebemos que não havia necessidade da formação de novos grupos.

A amostra ideal na pesquisa qualitativa, conforme Minayo (2004), é aquela capaz de refletir a totalidade nas suas múltiplas dimensões. Nessa perspectiva, apresenta as seguintes características: a) privilegia os sujeitos sociais com os atributos que são objetos do estudo; b) apresenta número de participantes suficiente quando há reincidência das informações, mas não descarta informações ímpares; c) embora homogêneo em seus atributos, pode haver diversificação dos informantes; d) o lócus e o grupo de observação e informação devem conter o “conjunto das experiências e expressões que se pretende objetivar com a pesquisa” (MINAYO, 2004, p. 102).

As oficinas foram realizadas seguindo as orientações da MARES, mas com algumas adequações, conforme perfil do público participante. Dividimos os momentos da oficina em

dois e, até, três encontros, evitando tornar-se cansativo para os participantes. Nos primeiros grupos (alunos do EJA Módulos IV e V) percebemos uma certa timidez ou reserva em emitir opinião em público, especialmente, quando queríamos gravar as falas. Poucos participantes interagiram no momento das discussões. Para sanar esse problema, no grupo do ProJovem, optamos pela produção de textos, no primeiro momento. O segundo momento ficou limitado a elaboração do mapa da pessoa, com pouca interação do grupo. A interação foi ampla no grupo dos idosos, cujos participantes não sabiam ler, nem escrever, mais já estavam acostumados a participarem de grupos de convivência na USF e em outras instituições.

As primeiras oficinas foram realizadas com turmas do EJA, Módulos IV e V, em uma Escola Municipal da Ilha Joana Bezerra. O primeiro encontro realizado com dois grupos, no dia 14 de maio de 2013, objetivou o levantamento dos problemas/ demandas / necessidades gerais da comunidade. Inicialmente apresentamos os objetivos da pesquisa e procedemos com a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A). Em seguida, solicitamos que cada aluno escrevesse em tarjas três problemas gerais do bairro ligados à saúde e ao meio ambiente (Apêndice B). Participaram desse momento alunos de duas turmas do EJA, uma do Módulo IV e a outra do Módulo V, formando um grupo com 11 alunos e outro com 16.

O segundo encontro realizado no dia 21 de maio de 2013, com uma turma do EJA Módulo V, seguiu as orientações da MARES M1. Os problemas / demandas elencados no encontro anterior foram apresentados para os participantes, objetivando a seleção dos problemas mais relevantes para a comunidade. Os problemas foram organizados por temas para facilitar a escolha pelos participantes, dando origem as seguintes categorias empíricas: **acesso à saúde; falta de segurança; problemas de moradia; desemprego; limpeza pública precária; esgotos estourados; fome; poluição; animais vetores de doenças; falta de água.**

Os participantes poderiam escolher três problemas de qualquer item (categoria temática) ou de um mesmo item. Quinze alunos participaram desse momento. Foram colocadas as sugestões elencadas no encontro anterior, como a necessidade de escolas profissionalizantes e o problema do preconceito com as pessoas que moram no bairro na ocasião preencher vaga de emprego (Apêndice B).

Em 28/05/2013, das 19:00 às 20:00h, realizamos um segundo momento com a turma do EJA Módulo IV, inspirado na MARES. Nesse encontro, os participantes identificaram os problemas e soluções específicas na organização das ações de saúde ambiental na comunidade. Participaram desse momento 06 alunos (Apêndice B). As discussões foram gravadas, transcritas e analisadas com uso da técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC).

O terceiro encontro com o Módulo V da turma do EJA, foi realizado, também, no dia 28 de maio de 2013, logo em seguida, das 20:00 às 21:00 horas. Inspirado na MARES M2 - Mapa da Pessoa, contou com a participação de 07 alunos. Embora os participantes tenham afirmado que não tiveram dificuldade em preencher o Mapa da Pessoa, observamos pelos resultados que eles não compreenderam bem como inserir os dados no mapa. Alguns apresentaram dificuldades na escrita. Contudo, há dados significativos que proporcionaram a análise dos problemas e demandas das comunidades, limitando, apenas, a análise das redes relacionais do cotidiano (Apêndice B).

Quanto às ações de Saúde Ambiental, nas discussões percebemos que a maioria desconhece o PSA, só referindo-se ao trabalho do ASACE quando houve referência à visita desse profissional às residências. Os participantes referem-se aos ASACE como o agente de saúde que coloca remédio para dengue nas águas dos recipientes (tonéis, caixas d água, etc.).

As oficinas nas turmas do ProJovem, de outra Escola Municipal, foram iniciadas no dia 09/07/2013, das 20 às 21 horas, com apresentação da pesquisadora, dos objetivos da pesquisa e do TCLE, que foi assinado pela pesquisadora e pelos 15 alunos participantes. Inspirados na metodologia MARES – 1º Momento – procedemos o levantamento dos problemas gerais e dos específicos (socioambientais) da comunidade, por meio da produção de texto pelos alunos (Apêndice B). Os textos foram analisados utilizando-se a técnica do DSC.

O segundo momento, inspirado na MARES M2 – Mapa da pessoa/comunidade, foi realizado no encontro do dia 19/07/2013. Para elaboração do mapa da pessoa sugerimos a identificação de três problemas socioambientais do cotidiano do aluno/família, dentre os que foram colocados no 1º encontro. Indicar as possíveis soluções; os fatores facilitadores; os fatores limitantes para solução dos problemas. Embora houvesse mais alunos na sala de aula, apenas dez participaram efetivamente, já que eles sabiam que sua participação não era obrigatória. Inicialmente apresentamos os problemas levantados no encontro anterior, impressos em papel ofício com letras grandes, expostos no quadro branco e lidos para turma. Para construção do mapa da pessoa/comunidade foi sugerido que os alunos escolhessem dois ou três problemas dentre os apresentados ou outros problemas que considerassem mais relevantes para sua família ou comunidade.

A oficina foi conduzida seguindo o modelo da MARES, contudo observou-se que alguns alunos preferiam escrever livremente o que pensavam sem seguirem o modelo, poucos fizeram o mapa da pessoa sugerido pelo método. Dos dez participantes apenas três seguiram o modelo, indicando os problemas, os fatores facilitadores e os inibidores para solucioná-los

(Apêndice B). A utilização do mapa da pessoa/comunidade é importante para facilitar a obtenção de dados do perfil da comunidade, suas demandas e possibilidades (redes de relacionamentos), mas não pode ser uma estrutura rígida, que limite a expressão natural das pessoas.

As oficinas, também inspiradas na MARES, realizadas com um grupo de idosos do bairro dos Coelhos, ocorreram em dois momentos: no dia 06/06/2013 no horário das 15:00 às 16:30h e no dia 13/06/2013, das 15 às 16:50. Os encontros ocorreram na Associação de Moradores ao lado da USF Coelhos II com um grupo de idosos usuários da unidade de saúde. O grupo, constituído por 14 idosos de ambos os sexos, foi organizado pelos profissionais da USF, especialmente as ACS, com usuários do seu território de atuação. Contudo, apenas sete idosos participaram das oficinas, todos do sexo feminino.

O M1 (primeiro método), Mapeando as redes de crenças e horizontes na saúde ambiental, realizado no dia 06 de junho de 2013, contou com a participação de, apenas, cinco idosos do sexo feminino, porque muitos tinham ido ao funeral de uma pessoa da comunidade. Inicialmente foi apresentado o objetivo da pesquisa e lido o TCLE para os participantes. O TCLE (Apêndice A) foi assinado em duas vias pelo pesquisador e participantes, cada um ficando com uma via.

Duas ACS participaram dando apoio e, como moradoras da área de estudo, fazendo algumas colocações ratificando algumas falas dos usuários. A metodologia foi apresentada e discutida com as participantes para identificar a melhor forma de levantamento de dados da comunidade sobre saúde ambiental. As participantes disseram que não queriam escrever nas tarjas, porque não sabiam escrever ou escreviam com dificuldade. A maioria só sabia escrever seu nome. Portanto, ficou definido que elas citariam os problemas da comunidade e a pesquisadora anotaria em tarjas. Após o levantamento dos problemas solicitamos que as participantes explicassem melhor cada problema e as possíveis soluções. Neste momento, foi solicitado autorização para gravação das falas das participantes. Todas concordaram com o procedimento e foi garantido o sigilo das identidades. As transcrições das falas foram analisadas por meio da técnica do DSC.

O encontro realizado no dia 13/06/2013 foi inspirado no M2 – Mapa da pessoa da MARES. Explicamos ao grupo o que é o Mapa da Pessoa e elaboramos um por vez, já que as participantes tinham dificuldade de escrita. Com meia cartolina para cada participante preenchemos o Mapa da Pessoa, ouvindo cada participante discorrer sobre as questões colocadas referentes aos problemas do cotidiano imediato, fatores inibidores (limitadores) para solucionar os problemas e os facilitadores que ajudam a solucionar os problemas. Foram

construídos 4 Mapas. Houve boa interação do grupo e permissão para gravarmos as falas.

A MARES serviu para orientar a coleta de dados, sendo utilizada com certa flexibilidade, de acordo com as condições locais, disposição do público em participar ativamente e dificuldades de comunicação (algumas pessoas têm dificuldade de expressa-se em público, outras são tímidas ou têm medo de falar, ou apresentam problemas de escrita).

4.4 Análise dos dados

4.4.1 Dados secundários

Os dados de fontes secundárias (SIAB, IBGE, SINAN) relacionados ao perfil do território foram analisados com abordagem quantitativa, através de estatística descritiva utilizando o Excel, com elaboração de tabelas e gráficos. Teve como objetivo situar as comunidades no contexto da cidade do Recife, em termos de condições socioeconômica, escolaridade, saneamento, entre outros aspectos. As categorias de análise e variáveis foram as seguintes: condições sociais (habitação, o grau de instrução por idade, etc.); vulneração socioambiental e de saúde das comunidades em estudo (baixo grau de instrução, falta ou deficiência de saneamento básico, condições precárias de moradia, presença de doenças endêmicas e agravos na comunidade).

Os dados proveniente dos documentos oficiais e estudos relacionados ao PSA serviram para fundamentar as discussões dos resultados da pesquisa.

4.4.2 Dados primários: observação direta e oficinas

A análise dos dados foi realizada a partir das anotações das observações no campo, registro fotográfico, textos escritos e debates das oficinas. Os textos e transcrições dos debates foram analisados por meio da técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC).

Inicialmente procedemos a leitura de todo os dados obtidos (fotos, textos e transcrição das gravações de áudio). A leitura foi processada procurando identificar as categorias qualitativas que são evidenciadas a partir do contato sistemático com os dados. A princípio as categorias foram definidas a partir das seguintes questões de pesquisa: principais demandas e necessidades da população da Microrregião 1.3 relacionadas às competências do PSA; estruturação do PSA para desenvolver ações nas áreas insalubres/ atendimento das demandas; ações desenvolvidas pelo PSA nas áreas insalubres do DS I/ atendimento das demandas das

comunidades; processo de viabilização das ações (como são realizadas as ações) do PSA nas áreas insalubres do DS I; dificuldades / entraves para realização das ações; demandas que de fato são atendidas; expectativas da população com relação às ações do PSA; ações intersetoriais realizadas para atender as demandas das comunidades relacionadas às competências do PSA: estruturação, viabilidade, órgãos e setores envolvidos.

As categorias analíticas empíricas foram definidas a partir da observação direta e conforme os temas abordados nas oficinas para identificação das demandas sociais e ambientais: condições de moradia (aspectos estruturais, higiênico, ambientais, etc), condições do ambiente do entorno (canais poluídos, esgotos, resíduos sólidos, animais sinantrópicos, etc) e acesso aos serviços básicos. Outras categorias empíricas emergiram a partir das oficinas. A categoria geral de análise foi a *representação dos problemas socioambientais percebidos pela comunidade no território onde vivem*.

4.4.2.1 Análise das produções (textos, falas, etc)

A análise das produções (textos, imagens, falas, etc) de cada segmento de atores foi realizada separadamente, fazendo-se posteriormente a comparação entre os dados dos diversos atores nas categorias de análise que são comuns. A análise dos produtos (textos e transcrições dos debates) das oficinas foi realizada com a utilização da técnica Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), conforme Lefèvre e Lefèvre (2005), organizando-se a Ideia Central e as Expressões Chave para construção do discurso por categoria temática.

Enquanto técnica de pesquisa qualitativa, o DSC é um procedimento de tabulação de depoimentos verbais. Consiste em analisar os textos extraindo-se as Ideias Centrais e/ou Ancoragens e as suas Expressões Chave. Os DSCs são compostos com as Expressões Chave das Ideias Centrais ou Ancoragens semelhantes. O DSC é um discurso-síntese enunciado “na primeira pessoa do singular, como se fosse a fala ou o depoimento de uma coletividade” (LEFÈVRE et al. 2002). O termo Ancoragem (AC) é entendido como:

Um dado conteúdo discursivo presente em um determinado depoimento, que é a manifestação linguística explícita de uma dada teoria, ou ideologia, ou crença, ou valor que o autor do discurso professa e que, na qualidade de afirmação genérica, está sendo usada pelo enunciador para "enquadrar" uma situação específica. É importante observar que todo depoimento tem uma ou várias ICs mas apenas alguns depoimentos apresentam, de maneira explícita, as marcas discursivas da Ancoragem (LEFÈVRE et al. 2002, p. 37).

4.4.2.2 Sistematização dos dados – Matriz de análise

Seguindo os passos da técnica do DSC, inicialmente, no primeiro passo, as questões foram transcritas e analisadas isoladamente identificando-se a ideia central de cada resposta dada por tema discutido. No segundo passo procedemos a identificação e seleção com marcador de texto (realce no Word) das expressões-chave das ideias centrais e das ancoragens, com cores diferentes. Em seguida, terceiro passo, as ideias centrais e as ancoragens identificadas foram escritas nos quadros correspondentes, conforme modelo do instrumento de análise (Apêndice C). A ideia central representa o sentido direto da expressão chave, enquanto a ancoragem remete à teoria, à ideologia, à crença subjacente. No quarto passo as ideias centrais e ancoragem com o mesmo sentido, sentido equivalente ou complementar foram sistematizadas, permitindo a elaboração da ancoragem síntese, quinto passo, utilizando-se o Instrumento de Análise de discurso (IAD I) (Apêndice C).

A construção do Instrumento de Análise do Discurso (IAD II) constitui o sexto passo, compreendendo duas etapas. Primeira etapa: copiar todas as questões do IAD I e cola na coluna das expressões-chave do Instrumento de Análise de discurso (IAD II).

Segunda etapa: construção do Discurso do Sujeito Coletivo de cada grupamento. O DSC é construído utilizando-se todo material das expressões chaves de forma sequenciada, definindo-se início, meio e fim ou do mais geral para o mais particular. Os resultados são apresentados através de um quadro simples com a ancoragem e o discurso correspondente para cada questão analisada (exemplo no Apêndice C).

4.5 Considerações Éticas

As questões éticas são de extrema importância na pesquisa qualitativa, vários aspectos devem ser considerados quando se entra numa relação com o outro. A pesquisa com seres humanos implica estabelecer uma relação dentro de certos parâmetros, que podem agravar “tensões sob alguns aspectos, fazendo com que esta não seja uma situação das mais confortáveis para seus protagonistas, sejam eles o pesquisador ou o pesquisado” (FREITAS; SILVEIRA, 2008, p. 37). Para minimizar as tensões observamos com atenção os aspectos éticos e o perfil íntimo das relações sociais, as tradições e costumes, identificando sua importância para os participantes. As ideias, os motivos e os sentimentos do grupo na compreensão da totalidade de sua vida, verbalizados mediante suas categorias de pensamento (QUEIROZ et al., 2007).

Algumas questões éticas importantes estão relacionadas à condução do processo de pesquisa, o qual foi realizado com transparência, explicação dos objetivos e procedimentos metodológicos e da utilização dos resultados. Os princípios básicos para a condução de pesquisas com seres humanos, identificadas por Freitas e Silveira (2008, p. 46) foram consideradas no presente estudo:

O consentimento livre e esclarecido, onde o participante deve ter claro todas as etapas da pesquisa, qual será o seu papel dentro dela, devendo então concordar livremente ou não em participar; o sigilo, uma segurança ao participante de que as informações que serão fornecidas por ele serão mantidas em segredo; com esta questão, entra o anonimato, garantia esta de preservação da identidade dos participantes; e a devolução, para que o sujeito que se dispôs a participar dos experimentos possa receber um retorno daquilo que o pesquisador pôde descobrir.

O processo de pesquisa foi realizado com discrição e garantia da privacidade dos participantes, respeitando-se sua cultura, crenças e autonomia. Para tanto, as oficinas foram realizadas em salas adequadas, confortáveis e seguras.

A presente pesquisa está registrada no Comitê de Ética do Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães com o N^o 27/12 e no CAAE com o N^o 05322812.2.0000.5190, sendo aprovada por meio do parecer de N^o 30/2012 (Anexo B). Levou em consideração o Código de Nuremberg de 1947, no que coube, segundo os procedimentos adotados, com assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias (Apêndice A), normatizado pela Resolução 196/96 e as orientações do Comitê de Ética do CPqAM /FIOCRUZ.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados gerais do presente estudo são apresentados em cinco tópicos. O primeiro refere-se ao perfil epidemiológico a partir dos dados do SINAN, relativos às doenças e agravos relacionados aos objetivos do PSA, sem pretensão de empreender uma análise epidemiológica, mas, apenas, de indicar a persistência da ocorrência de determinadas doenças e agravos. O segundo tópico, refere-se aos principais condicionantes de vulneração, a partir dos dados da observação direta com registro fotográfico e dados do SIAB, caracterizando o contexto de vulneração socioambiental do território. O terceiro, aborda as ações do PSA a partir da observação direta e registro fotográfico, com o tema: estruturação do Programa de Saúde Ambiental (PSA) e viabilização de ações. O quarto tópico, aborda as demandas percebidas pelos sujeitos da Microrregião 1.3. E o último tópico, traz uma discussão sobre o PSA, abordando as lacunas da ação integrada de políticas públicas locais em resposta às demandas de saúde ambiental das comunidades estudadas.

5.1 Perfil Epidemiológico da Microrregião 1.3

A cidade do Recife convive com enfermidades características de países subdesenvolvidos, afetando populações que vivem em condições precárias em ambientes insalubres, e com enfermidades características de países desenvolvidos. Observamos que no Território 1.3 há uma situação de iniquidade da saúde que é comum nos países da América Latina (CONFERÊNCIA INTERNACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE, 1992). A população dessa Microrregião convive com as enfermidades do atraso e da pobreza e, ao mesmo tempo, com as enfermidades da urbanização e industrialização.

O contexto de profundas desigualdades no Brasil, entre as suas diferentes regiões e grupos sociais, não permite observar mudanças significativas nos padrões epidemiológicos da população da forma esperada. Houve redução significativa da participação das doenças infecciosas no perfil da mortalidade, mas “ainda há um impacto importante sobre a morbidade”. Os padrões de morbidade apresentam novos agravos de natureza ambiental, ocupacional e relacionados à violência (BARRETO; CARMO, 2007, p. 1784).

No entanto, as doenças transmissíveis ainda representam alta carga mórbida da população e demandas crescentes sobre o sistema de assistência à saúde. Essas doenças apresentam três grandes tendências: doenças transmissíveis com tendência declinante, para as quais se dispõe de instrumentos eficazes de prevenção e controle; doenças transmissíveis com

quadro de persistência, como as hepatites virais, a tuberculose e a malária; e doenças transmissíveis emergentes e reemergentes, doenças infecciosas que passaram a ser registradas ou foram reintroduzidas no país, destacando-se a AIDS em 1980, a dengue em 1982, a cólera em 1991 e a hantavirose em 1993 (BARRETO; CARMO, 2007).

A superposição das morbidades deve-se a superposição dos riscos aos quais a população está exposta, com a manutenção dos problemas urbanos relacionados ao déficit de saneamento ambiental, habitação e transporte, associados ao surgimento da poluição ambiental por produtos químicos industriais, aos riscos ocupacionais, ao aumento dos fatores estressores das relações sociais, ao estilo de vida, ao desemprego e a ampliação das desigualdades intra-urbanas. Nesse contexto, “a superposição de problemas de saúde implica a manutenção de uma alta carga de morbidade e mortalidade na população de magnitude que se mantém ao longo dos anos. A redução desta carga representa um desafio para a definição de políticas de saúde” (BARRETO; CARMO 2007, p. 1788).

A articulação das políticas de saúde com outras políticas públicas é fundamental para superar as desigualdades nos padrões epidemiológicos atuais. É necessário intervir sobre os determinantes das doenças, visando o enfrentamento da complexidade de sua produção, reduzindo “as iniquidades sociais e regionais que se refletem nos padrões sanitários, o que só poderá ser feito através das políticas sociais e econômicas” (BARRETO et al. 1997, p. 58), previstas na Constituição Federal (BRASIL, 1988). No entanto, é preciso ir mais além, atuando na emancipação social, segundo a abordagem da Determinação Social da Saúde, na perspectiva da transformação do modelo econômico concentrador de poder econômico e político, produtor das desigualdades sociais e iniquidades socioambientais (BREILH, 2013; FLEURY-TEIXEIRA; BRONZO, 2010; MEJÍA, 2013).

Uma das doenças transmissíveis persistentes características da situação de pobreza e iniquidade socioambiental, a tuberculose, apresenta-se com uma ocorrência preocupante na cidade do Recife. Entre 2001 e 2013 foram 1.634 óbitos em decorrência da tuberculose. Observando as ocorrências mais recentes, entre 2011 e 2013, verificamos que a doença ainda constitui um sério problema de Saúde Pública no município. Em 2011 foram 1.481 casos, contabilizando 98 óbitos; em 2012, foram 1.562 casos, com 125 óbitos e em 2013 foram 1.659 casos, com 105 óbitos (BRASIL, 2014a; RECIFE, 2013, 2015). No DS I foram registrados 168 casos em 2011, com 4 óbitos, 159 em 2012, com 11 óbitos, e em 2013 foram 140 casos, com 12 óbitos, conforme dados do SINAN/SIM da Secretaria Municipal de Saúde (RECIFE, 2013, 2015). A tuberculose ocorre com maior frequência nas populações que vivem em condições precárias de moradia, saneamento e alimentação.

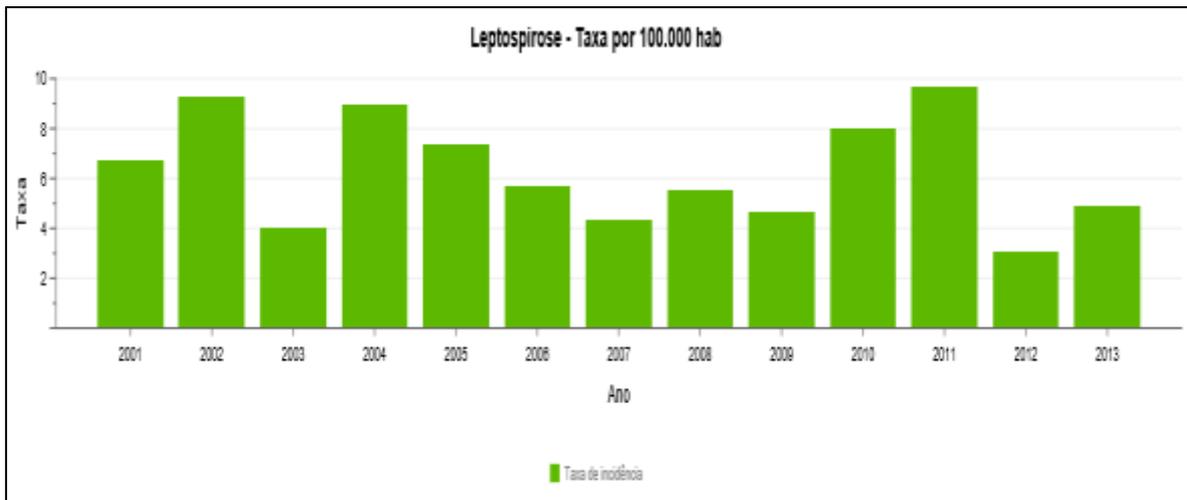
Em Pernambuco, no período de 2001 a 2012, foram 4.717 óbitos em decorrência da tuberculose, com uma média de 393 óbitos por ano. Em 2011 foram diagnosticados 4.268 casos, com 355 óbitos e em 2012, foram 4.543 casos, com 373 óbitos. Em 2013 foram 4.683 casos de tuberculose em Pernambuco, com 350 óbitos. A taxa média de incidência de novos casos, entre 2011 e 2013, foi de 50/100.000 habitantes, maior do que a do Brasil.

No Brasil, de 2001 a 2012, foram 57.248 óbitos em decorrência da tuberculose, em média, 4.770 pessoas por ano (BRASIL, 2014a). Em 2011 a taxa de incidência de tuberculose no país foi de 37,9/100.000 hab., com 72.979 casos diagnosticados e 4.495 óbitos, em 2012 a taxa de incidência foi de 36,8, com 71.415 casos e 4.349 óbitos (BRASIL, 2014). Em 2013, o Brasil diagnosticou 71.123 casos novos de tuberculose, com um coeficiente de incidência de 35,4/100.000 habitantes (hab) (BRASIL, 2014) e a ocorrência de 4.580 óbitos (BRASIL, 2015).

A leptospirose é outra doença que se encontra associada à elevada exposição de populações a situações de baixa condição socioeconômica, a condições precárias de vida, moradia e infraestrutura sanitária. Sua ocorrência está relacionada com algumas atividades profissionais, às enchentes e com a alta infestação de roedores (BRASIL, 2006; PELISSARI et al., 2011; VASCONCELOS et al., 2012). No Recife os estratos com as piores condições socioambientais configuram áreas produtivas para a leptospirose (OLIVEIRA, 2009).

A taxa de incidência de leptospirose na cidade do Recife é maior do que a do estado e a nacional, chegando a 9,69 em 2011, reduzindo para 3,08 em 2012 e aumentando para 4,93 em 2013. A taxa de incidência média no período de 2001 a 2013 foi de 5,95/100.000, conforme gráfico 1 (BRASIL, 2014a). O número de casos de leptospirose em 2011, no Recife, foi de 149, sendo 11 na Região Política Administrativa 1 (RPA 1) ou Distrito Sanitário I (DS I). Em 2012 houve uma redução considerável para 48 casos da doença, sendo 3 casos no DS I. Em 2013, foram 80 casos de leptospirose em Recife, dos quais, 3 no DS I, sendo 2 na Ilha Joana Bezerra e um em Santo Amaro, conforme dados do SINAN/SIM (RECIFE, 2013a, 2015).

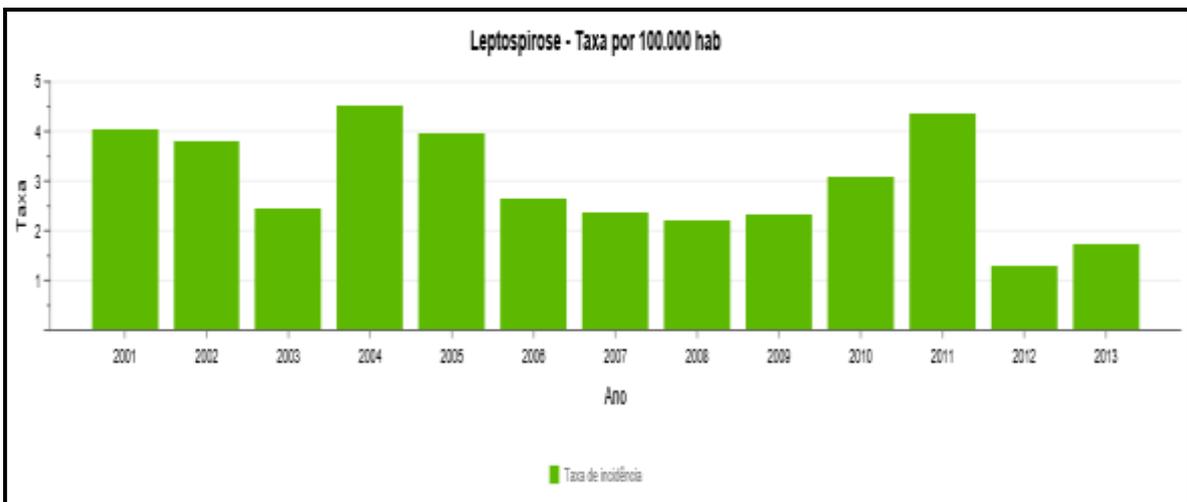
Gráfico 1- Taxa de incidência da leptospirose, por 100.000 habitantes, no período de 2001 a 2013, no Recife/PE.



Fonte: SINAN/SIM /IBGE - SAGE - Sala de Apoio à Gestão Estratégica | Ministério da Saúde (BRASIL, 2014).

No Estado de Pernambuco, no período de 2001 a 2013, a taxa de incidência da leptospirose foi de 2,98 (Gráfico 2), com 3.308 casos confirmados, conforme dados do SINAN NET (BRASIL, 2014a). O número de óbitos do período foi 426 (PERNAMBUCO, 2014), apresentando uma taxa de letalidade média de 12,88%.

Gráfico 2 - Taxa de incidência da leptospirose, por 100.000 habitantes, no período de 2001 a 2013, no Estado de Pernambuco.

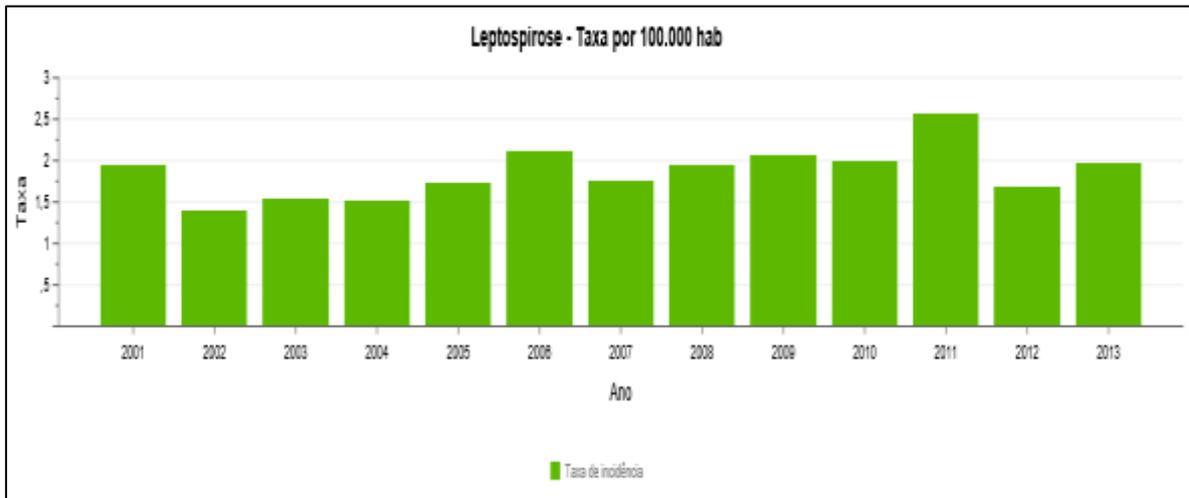


Fonte: SINAN/SIM /IBGE - SAGE - Sala de Apoio à Gestão Estratégica | Ministério da Saúde (BRASIL, 2014).

A taxa média de incidência da leptospirose no Brasil, no período de 2001 a 2013, foi de 1,86/100.000 habitantes (Gráfico 3). Nesse período, foram confirmados 47.625 casos, com

4.843 óbitos (BRASIL, 2014a). Observamos que a incidência de leptospirose no Brasil apresentou pouca oscilação no período de 2001 e 2013.

Gráfico 3 - Taxa de incidência da leptospirose, por 100.000 habitantes, no período de 2001 a 2013, no Brasil.



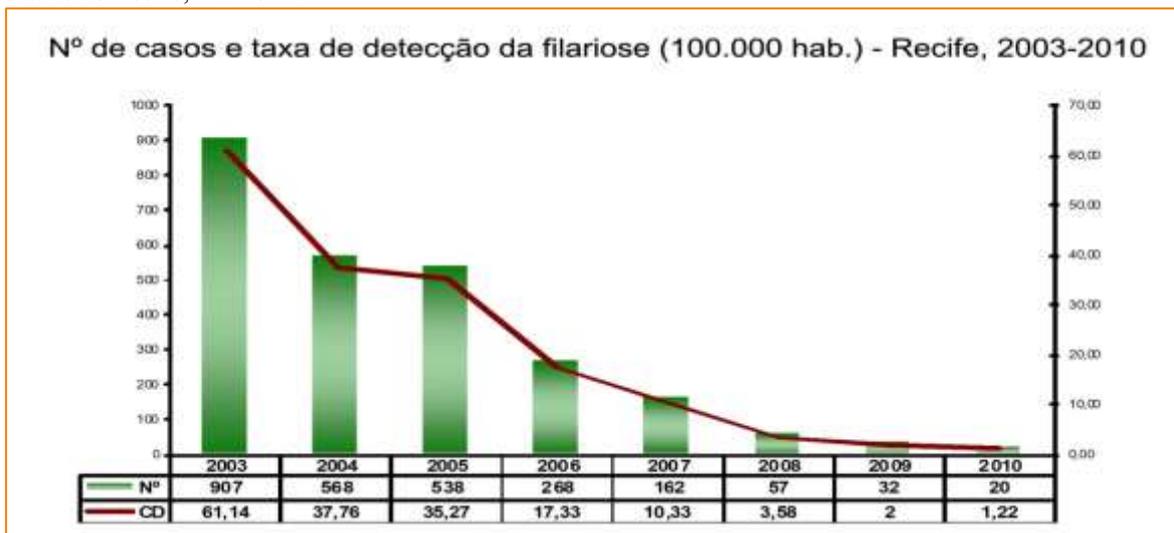
Fonte: SINAN/SIM /IBGE - SAGE - Sala de Apoio à Gestão Estratégica | Ministério da Saúde (BRASIL, 2014).

As ações propostas pelo Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Vigilância em Saúde, tem o objetivo de controlar a transmissão e a redução da letalidade da leptospirose, investindo na vigilância epidemiológica e na rede de atenção aos casos da doença (OLIVEIRA, 2009), não priorizando o saneamento ambiental e a educação em saúde.

Outra enfermidade endêmica na cidade do Recife, associada às condições precárias de saneamento, é a filariose linfática, causada pelo verme *Wuchereria bancrofti*. O número de casos de filariose na cidade apresentou um decréscimo considerável no período de 2003 a 2010, conforme gráfico 4.

No período de 2011 a 2013 foram registrados 10 casos positivos de filariose. Em 2011, foram registrados 4 casos; em 2012, foram 5 casos, e um caso em 2013. No período, o DS I apresentou um caso de filariose em 2012 (RECIFE, 2013). Estes dados evidenciam que a doença encontra-se controlada na cidade do Recife.

Gráfico 4 - Número de casos e taxa de detecção da filariose linfática no período de 2003 a 2010, na cidade do Recife, PE. 2014.



Fonte: Albuquerque.; Braga e Lyra (2013).

Dados do Ministério da Saúde mostram que na Região Metropolitana do Recife a filariose, também, está sob controle, como indicam os resultados dos exames de hemoscopia realizados no período de 2003 a 2013. Uma das principais medidas de controle foi o tratamento em massa da população das áreas endêmicas (Gráfico 5) (BRASIL, 2014). A meta do Ministério da Saúde é “eliminar o foco de filariose linfática nos municípios endêmicos pertencentes à Região Metropolitana de Recife, em Pernambuco (Recife, Paulista, Olinda e Jaboatão dos Guararapes), até 2015”. Para tanto, apresenta como desafio manter alta cobertura de tratamento coletivo com Dietilcarbamazina (MDA) até a eliminação da filariose nesses municípios (BRASIL, 2012b, p. 38).

Em Pernambuco, de acordo com o último balanço da doença, foram registrados, em 2009, um total de 69 casos positivos de filariose de um universo de 137.079 exames realizados, o que representa um percentual de positividade de 0,074% (PERNAMBUCO, 2014). Conforme Souza (2010), não há dados precisos sobre incidência e prevalência da filariose no Brasil. No entanto, como a filariose apresenta distribuição urbana e focal, atualmente somente a cidade do Recife e região metropolitana (Olinda, Jaboatão dos Guararapes e Paulista) apresentam transmissão ativa. A região metropolitana do Recife apresenta índices de microfilarêmicos que variam de 2% até 15%, em comunidades de baixo nível socioeconômico (BRASIL, 2009c).

Gráfico 5 - Número de pessoas tratadas com Dietilcarbamazina em tratamento em massa contra filariose linfática e taxa de filariêmicos na Região Metropolitana do Recife, no período de 2003 a 2013.



Fonte: Ministério da Saúde (BRASIL, 2014).

Durante o período do Programa de Enfrentamento às Doenças Negligenciadas (Sanar), 2011-2014, o tratamento coletivo nas áreas endêmicas de 4 municípios prioritários abrangeu 423.918 pessoas e foram realizados 354.925 exames para filariose. A positividade dos casos de 0,03%, em 2010, passou para 0,0001% em 2013 e não houve caso positivo, até o mês de dezembro de 2014. O monitoramento da taxa de infecção vetorial em áreas com e sem tratamento coletivo apresentou positividade de 0,2%. Com base nesses resultados, o estado de Pernambuco recebeu autorização da OPAS para realização da Estratégia TAS (Transmission Assesment Survey) nos municípios endêmicos, objetivando verificar a interrupção da transmissão da doença para certificação do estado como livre da Filariose (PERNAMBUCO, 2015). Contudo, o vetor do agente etiológico ainda persiste com alta infestação nas comunidades socioambientalmente vulneradas, devido a precariedade do esgotamento sanitário, o que torna possível a reintrodução da doença a partir de casos importados de outros países onde a filariose é endêmica.

Os dados epidemiológicos evidenciam que as doenças transmissíveis, infecciosas e parasitárias, mantêm-se de forma endêmica nas comunidades, especialmente, nas que vivem em condições socioambientais precárias. Tratam-se de doenças cujo controle está fortemente associado às condições de vida da população nos seus territórios e ao processo de trabalho.

Dentre as doenças, objeto de controle do PSA, a dengue destaca-se com ocorrência em toda cidade do Recife, independente do estrato socioeconômico da população. A dengue, apesar das diversas campanhas de saúde pública realizadas no país, persiste na maioria das

cidades brasileiras de forma endêmica com surtos epidêmicos e, até, provocando epidemias de grandes dimensões.

As dificuldades de controle da dengue estão relacionadas à eliminação do inseto vetor que se encontra domiciliado e multiplica-se nos vários recipientes que podem armazenar água, particularmente, aqueles encontrados nos resíduos sólidos (garrafas, latas e pneus) ou no interior dos domicílios, como os pratinhos dos vasos de plantas e depósitos com água armazenada. O desenvolvimento de ações efetivas de controle da dengue depende da articulação do setor saúde com outras políticas públicas e da conscientização e mobilização social, imprescindíveis na prevenção da infestação do inseto vetor (BARRETO; CARMO, 2007).

Na cidade do Recife o número de casos de dengue apresentou uma oscilação considerável entre os anos de 2001 e 2013, não sendo interessante apresentar a taxa média de incidência do período. Em 2001 a taxa de incidência foi de 206,5/100.000 habitantes, apresentando um aumento considerável em 2002, passando para 2.417,16/100.000 habitantes, quase o dobro da taxa de incidência do Estado, que foi de 1.232,6/100.000 habitantes. Nos anos seguintes houve uma redução significativa até 2006, quando voltou a subir para 67,19/100.000, atingindo em 2010 a taxa de incidência de 657,01/100.000 habitantes. Entre 2010 e 2013 a taxa de incidência da dengue na cidade do Recife (Gráfico 6) (BRASIL, 2014a), manteve-se acima da taxa do Estado de Pernambuco, atingindo níveis epidêmicos.

Em 2011 a taxa de incidência da dengue no Recife foi 329,7/100.000 habitantes, ocorrendo 4.452 casos, com 08 óbitos, e em 2012 passou para 628,53/100,000 habitantes, com 7.421 casos e 09 óbitos. A taxa de incidência da dengue apresentou uma redução significativa, em 2013, para 129,22/100.000 habitantes, sendo confirmados 1.306 casos (RECIFE, 2014), com 11 óbitos. Foram contabilizados 63 óbitos no período de 2001 a 2013 na cidade do Recife (BRASIL, 2014a).

Gráfico 6 - Taxa de incidência da dengue, por 100.000 habitantes, por ano, no período de 2001 a 2013 e número absoluto de óbito do período na cidade do Recife/PE.



Fonte: SINAN, Ministério da Saúde (BRASIL, 2014).

O Distrito Sanitário I (RPA1), no período de 2011 a 2013, apresentou 553 casos confirmados de dengue, com a seguinte distribuição: 139 em 2011; 370 em 2012; e 42 em 2013. Os bairros com maior ocorrência são: Santo Amaro, com 198; Boa Vista, com 189; Ilha Joana Bezerra, com 47; Coelhos, com 40 e São José, 32 casos. A Ilha Joana Bezerra apresentou a seguinte distribuição dos casos: 3 em 2011, 39 em 2012 e 05 em 2013. O bairro dos Coelhos apresentou 13 casos em 2011, 26 em 2012 e apenas 01 em 2013, conforme dados do SINAN, Secretaria Municipal de Saúde (RECIFE, 2013b, 2014).

Em Pernambuco, no período de 2001 a 2013, a taxa de incidência da dengue foi bem diversificada, variando entre 27,62 e 1.232,6/100.000 habitantes (Gráfico 7). O número de casos confirmados da doença no período foi de 285.850, com 198 óbitos. A maior epidemia do período ocorreu em 2002, com 99.652 casos, sendo 343 de Febre Hemorrágica da Dengue (FHD), com 22 óbitos. Os surtos epidêmicos mantêm-se com considerável número de casos, 22.101 em 2011, com 25 óbitos, aumentando para 31.799 casos em 2012, com 25 óbitos. Em 2013 houve uma redução significativa no número de casos para 7.985, mas com aumento no número de óbitos para 37 (BRASIL, 2014a). Observamos que a ocorrência de casos de dengue oscila ao longo dos anos, apresentando surtos epidêmicos com potencial de desencadear epidemias de altas proporções, caso não sejam adotadas medidas eficazes de controle.

Gráfico 7 - Taxa de incidência da dengue, por 100.000 habitantes, no período de 2001 a 2013 e número absoluto de óbito do período, no Estado de Pernambuco/ Brasil.



Fonte: SINAN, Ministério da Saúde (BRASIL, 2014).

O número de casos de dengue no Brasil, no período de 2001 e 2013, chegou a 7.186.655, com 3.799 óbitos. Em 2011 foram 764.032 casos, com 484 óbitos; em 2012 houve uma redução para 589.591, com 283 óbitos, mas, em 2013, apresentou um aumento considerável, atingindo 1.452.489 pessoas, com 674 óbitos, configurando-se como um sério problema de saúde pública. A taxa de incidência da dengue no Brasil, no período de 2001 a 2013, variou entre 39,17 a 722,38/100.000 hab., gráfico 8 (BRASIL, 2014a), com a média do período de 292,15/100.000, mantendo-se elevada nos últimos anos, em níveis epidêmicos.

Gráfico 8 - Taxa de incidência da dengue, por 100.000 habitantes, no período de 2001 a 2013 e número absoluto de óbito do período, no Brasil.



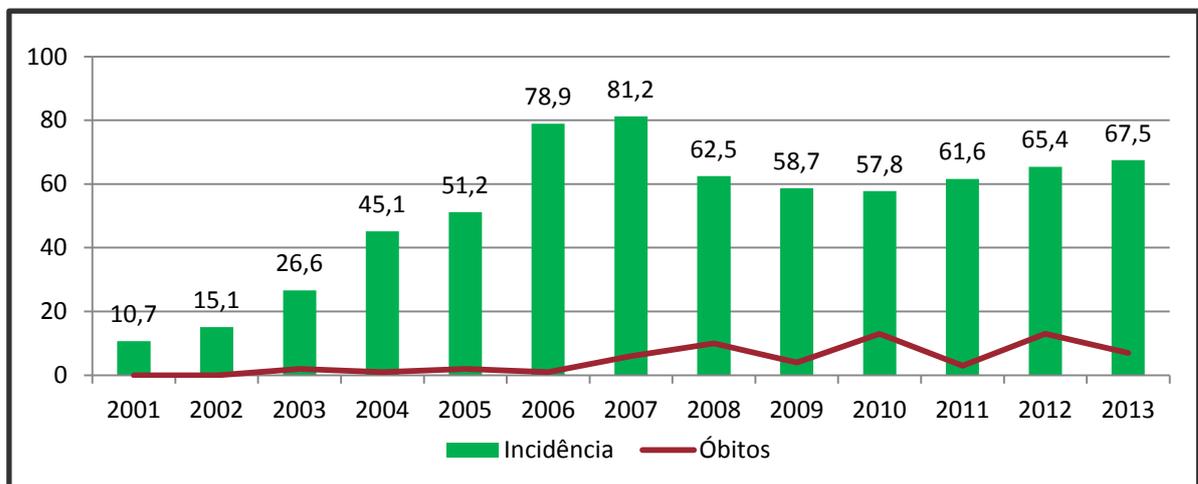
Fonte: SINAN, Ministério da Saúde (BRASIL, 2014).

Quanto aos acidentes com animais peçonhentos na cidade do Recife, em 2011 foram registrados 1.536 acidentes com escorpiões. Em 2012, houve uma pequena redução para 1.346 e, em 2013, aumentou para 1.852 acidentes. No DS I, no período de 2011 a 2013, foram 77 acidentes com escorpiões, sendo 23 em 2011, 32 em 2012 e 22 em 2013. Ao longo de seis anos, de 2007 a 2012, foram registrados 31 acidentes na Microrregião 1.3, sendo 15 no bairro dos Coelhos e 16 no bairro Ilha Joana Bezerra (RECIFE, 2013, 2015).

A espécie de escorpião que ocorre na cidade do Recife e representa um problema de saúde pública é *Tityus stigmurus*. Os acidentes são graves quando ocorrem com crianças, idosos ou pessoa com a imunidade baixa, podendo levar ao óbito, caso não receba o soro em tempo hábil.

O número de acidentes com escorpiões registrados no estado de Pernambuco, no período de 2001 a 2013, foi de 59.228, com 62 óbitos. Em 2011 foram registrados 5.460 acidentes, com 3 óbitos, em 2012, foram 5.837, com 13 óbitos e, em 2013, chegou a 6.214 casos, com 7 óbitos. A incidência média de casos de acidentes por escorpiões no período de 2001 a 2013, no Estado, foi de 52,48/100.000 habitantes (Gráfico 9).

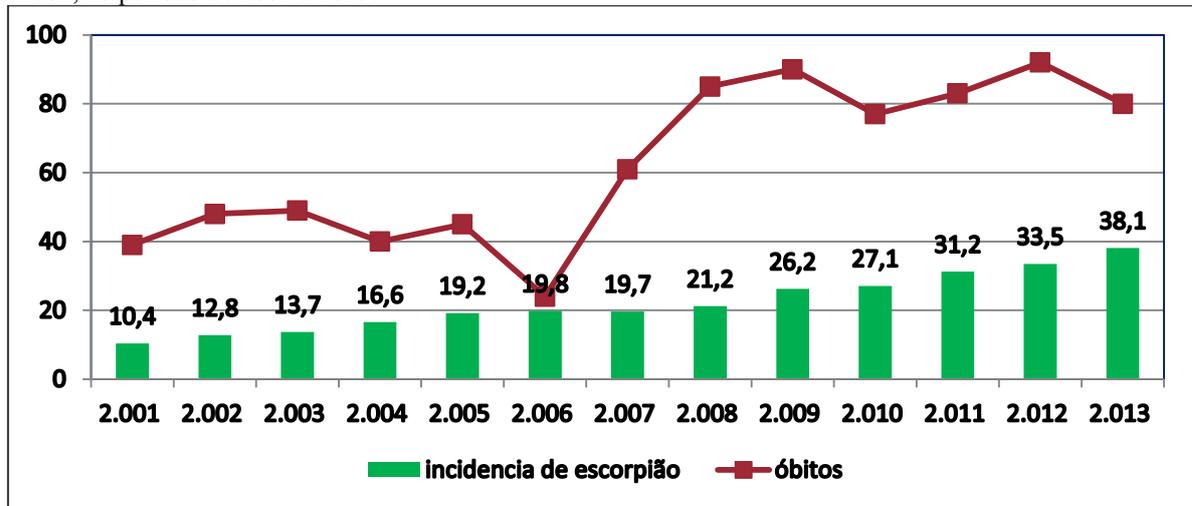
Gráfico 9 - Taxa de incidência, por 100.000 habitantes, e número de óbitos por acidentes por escorpiões em Pernambuco, no período de 2001 a 2013.



Fonte: elaborado pela autora com dados do SINAN (BRASIL, 2014).

O número de acidentes com escorpiões no Brasil, no período de 2001 a 2013, foi de 540.312 acidentes, com 813 óbitos. Em 2011 foram 60.093 casos, com 83 óbitos, em 2012, 65.045 acidentes, com 92 óbitos e, em 2013, foram 69.036 acidentes registrados, com 80 óbitos. No Brasil a incidência média de casos de acidentes por escorpiões, no período de 2001 a 2013, foi de 22,27/100.000 habitantes, conforme gráfico 10 (BRASIL, 2014).

Gráfico 10 - Taxa de incidência, por 100.000 habitantes, e número de óbitos por acidentes com escorpiões no Brasil, no período de 2001 a 2013.



Fonte: elaborado pela autora com dados do SINAN (BRASIL, 2014)

A dengue e os acidentes com escorpiões ocorrem em todos os bairros do Recife, não estando apenas relacionados às condições de saneamento ambiental, mas também associados às questões culturais e comportamentais, necessitando a promoção do empoderamento social da população para realização de medidas efetivas de controle.

5.2 Contexto de vulneração socioambiental dos territórios de vida das comunidades analisadas

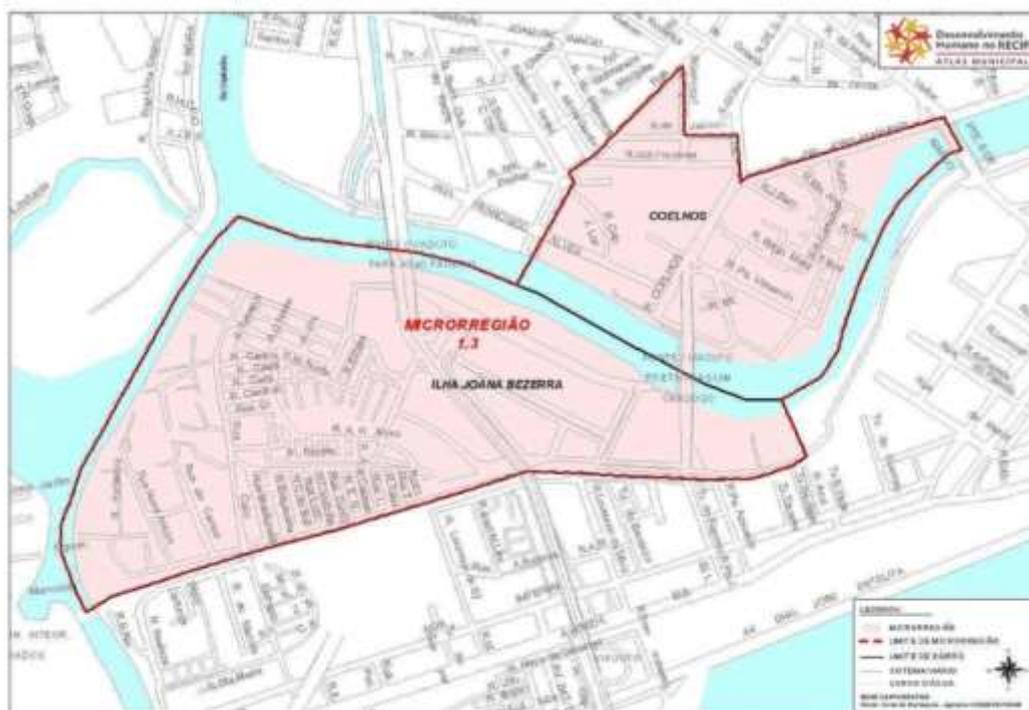
A Determinação Social da Saúde está fortemente vinculada às condições materiais de produção, às características da sociedade e ao papel social dos indivíduos. A exposição aos riscos ambientais, físicos e biológicos ocorre de forma diferenciada, sendo maior nos extratos sociais em situação de pobreza ou miséria. A desigualdade de poder na sociedade e a deficiência de acesso à educação e aos serviços de saúde amplia a situação de vulnerabilidade desses extratos sociais, tornando-os incapazes de lidar positivamente com os diversos fatores de riscos (FLEURY-TEIXEIRA; BRONZO, 2010), passando, assim, da situação de vulneráveis para a de vulnerados.

O conhecimento do contexto de vulneração do território tem importância estratégica para o planejamento e desenvolvimento de ações das diversas políticas públicas, visando o enfrentamento de problemas e necessidades da população que o habita e o produz socialmente (GONDIM et al. 2008). Possibilita a viabilização de ações de vigilância e promoção da saúde adequadas para o contexto e às condições de vida das comunidades, obtendo-se melhores

resultados em termos de saúde e qualidade de vida (TEIXEIRA et al., 1998). No território podem-se apreender os processos e as tendências para um diagnóstico dos contextos e situações de risco social (RIGOTTO; AUGUSTO, 2007).

O contexto de vulneração dos territórios é apresentado a partir dos dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) do ano de 2013 e da observação direta da área de estudo. Os dados apresentados correspondem às duas microáreas atendidas pelas duas Unidades de Saúde da Família (USF) do bairro dos Coelhos e três microáreas do bairro Ilha Joana Bezerra atendidas por três equipes de uma USF, conforme delimitação da Estratégia de Saúde da Família (ESF). Os dados do SIAB de 2013, da microrregião, bairro, DS/RPA e cidade são comparados com os dados do IBGE referente ao ano de 2010.

Figura 1 - Mapa da Microrregião 1.3, Distrito Sanitário 1 (RPA 1), Recife, PE.



Fonte: Prefeitura Municipal do Recife (RECIFE, 2005a).

Há uma outra equipe no território que atua numa área de transição entre o bairro Ilha Joana Bezerra e São José, mas não é considerada pertencente ao bairro Joana Bezerra pela ESF, embora a USF que atende a área esteja situada no referido bairro. A área é considerada pela ESF inserida no bairro de São José e pelo PSA, no da Ilha Joana Bezerra. Trata-se de uma área onde as condições de moradia e de saneamento são bastante precárias, semelhantes às dos bairros dos Coelhos e Ilha Joana Bezerra, mas singularizando-se pela atividade de

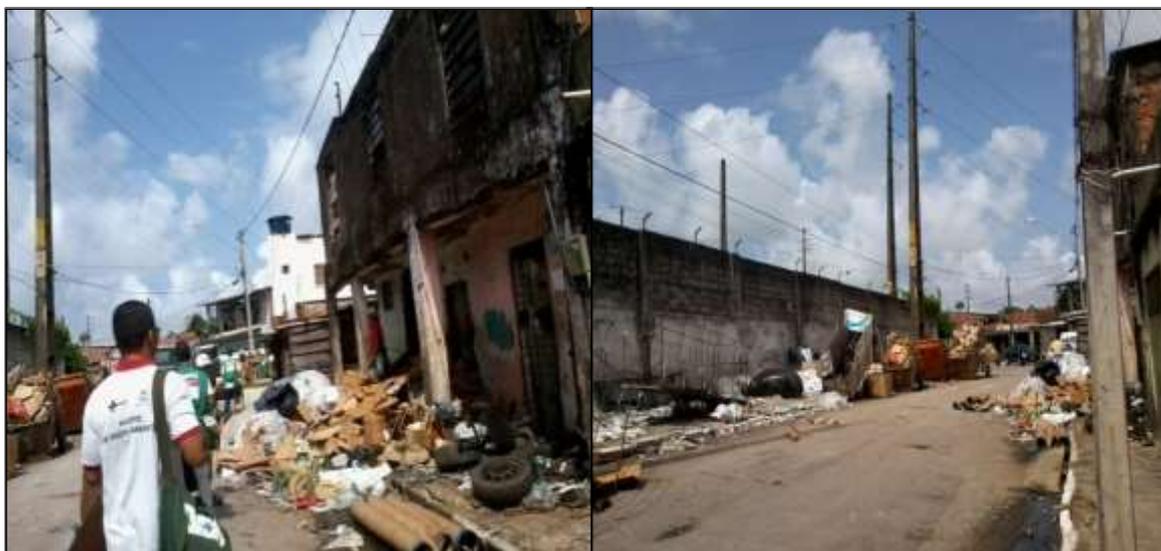
catadores de materiais recicláveis, sendo comum a presença de resíduos sólidos em diversos pontos na rua principal, a Av Central / Rio Capibaribe (Figuras 2 e 3).

Figura 2 – Mapa da Av. Central, São José do Coque – Ilha Joana Bezerra, Recife/PE, 2013.



Fonte: Google (2013).

Figura 3 – Condições ambientais da Av. Central, comunidade São José do Coque, Ilha Joana Bezerra, Recife/PE, 2013.



Fonte: a autora, 2014

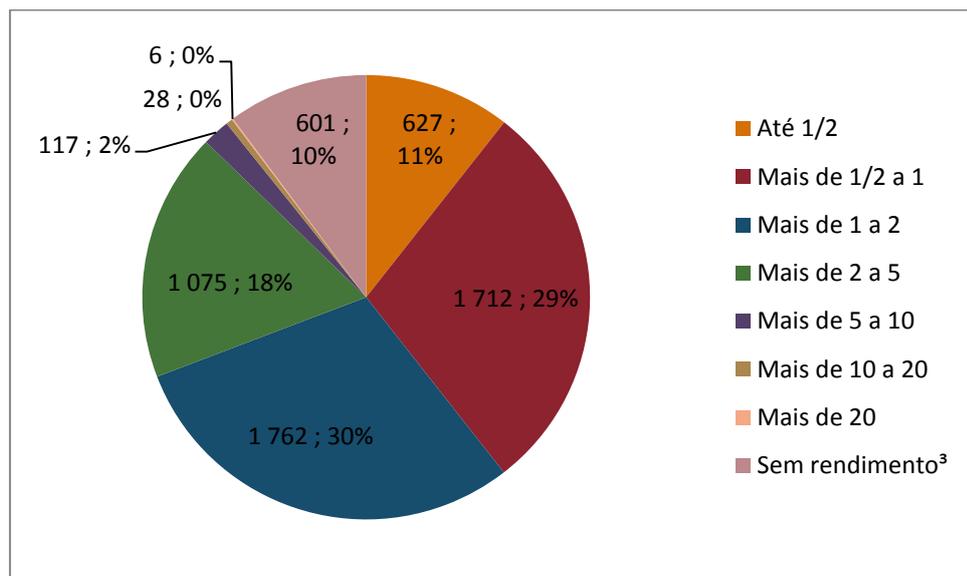
Dados do SIAB do ano de 2008 mostram que a localidade é constituída por, aproximadamente, 520 famílias, totalizando 1.717 moradores, entre os quais, 124 catadores de materiais recicláveis (ARAÚJO, 2009). Os moradores desta localidade, conhecida como Vila

Brasil, estão na perspectiva de serem transferidos para um conjunto habitacional que se encontra em construção no bairro Ilha Joana Bezerra, próximo ao Fórum Rodolfo Aureliano.

5.2.1 Microrregião 1.3 – perfil das pessoas e famílias cadastradas na ESF

A Microrregião 1.3, conforme IBGE (2010), contém 5.928 domicílios particulares permanentes. O gráfico 11 mostra os níveis de rendimento mensal por domicílio. Verificamos que 10% não tem nenhum rendimento, 11% tem o rendimento de até meio salário mínimo e 29% tem entre meio e um salário, totalizando 50% dos domicílios cuja renda chega até um salário mínimo, evidenciando que muitas famílias estão vivendo em situação de pobreza ou extrema pobreza.

Gráfico 11 - Domicílios particulares permanentes, por classes de rendimento nominal mensal domiciliar da Microrregião 1.3, Recife/PE.



Fonte: elaborado pela autora com dados do Censo Demográfico (IBGE, 2010).

A tabela 1 apresenta a abrangência do ESF no território 1.3, comparando-se os dados dos bairros Joana Bezerra e Coelhos referentes ao número de Famílias e pessoas cadastradas e ao número de pessoas que possuem plano de saúde. Relacionando-se os dados dos dois bairros com os do IBGE (2010) podemos concluir que o bairro Joana Bezerra, com 12.629 habitantes, apresenta a maioria das famílias cadastradas na ESF, enquanto o bairro dos Coelhos, com 7.633 pessoas (IBGE, 2010) apresenta 6.639 pessoas cadastradas na ESF, ficando, aproximadamente, 1.000 pessoas fora da ESF. Este fato deve-se a presença de imóveis

residenciais nos Coelhos constituídos por edifícios de grande porte, onde habitam pessoas de classe média alta.

A ESF prioriza o atendimento às populações de baixa renda, não observando o critério de universalidade na cobertura da população, diferindo do PSA, nesse aspecto. Portanto, do total de 20.262 pessoas da Microrregião 1.3, aproximadamente, 5% não é coberta pela ESF. Analisando-se esse dado por bairro, a Ilha Joana Bezerra apresenta quase 100% de cobertura, enquanto os Coelhos apresenta 87%. Considerando-se que a população coberta pela ESF na cidade do Recife é de 859.050, correspondendo ao percentual de 53,71% (BRASIL, 2014), a Microrregião 1.3 apresenta níveis satisfatórios de cobertura.

Tabela 1 - Total de pessoas e famílias cadastradas nas USF da Microrregião 1.3, Recife, PE, 2013.

Bairro	Nº de Famílias	Nº de pessoas	Nº de pessoas com plano de saúde
Ilha Joana Bezerra	3.526	12.378	51
Coelhos	2.156	6.639	77
Total	5.682	19.017	128

Fonte: elaborado pela autora com dados do SIAB (RECIFE, 2013).

O bairro Ilha Joana Bezerra, por ocasião do estudo, apresentava-se subdividido pela ESF em três microáreas: Coque I, Coque II e Coque III, atendidas por três equipes, com um total de 18 Agentes Comunitários de Saúde (ACS), ligados à USF Berilo Pernambucano. A figura 4 mostra a representação georreferenciada, em imagem de satélite, das três microáreas. A Microárea Coque I, abrange a área entre a Rua Cabo Eutrópio até próximo ao Viaduto Capitão Temudo e do canal Ibiporã até a Rua Martin Luther King. Trata-se de uma área com uma favela que se situa nas imediações do canal Ibiporã, onde são lançados os efluentes dos esgotos a céu aberto, comum na Microárea. A Microárea II corresponde à área entre a Rua Ibiporã e a Av. Central, limitada pela Rua Cabo Eutrópio e Estação do Metrô. A Microárea Coque III está localizada entre a Rua Cabo Eutrópio e o braço sul do Rio Capibaribe.

Figura 4 - Imagem de satélite do bairro Ilha Joana Bezerra, Recife/PE, 2013.



Fonte: adaptado do Google (2013).

A figura 5 apresenta a imagem da vista frontal da USF Berilo Pernambucano. Trata-se de um imóvel construído para esse fim, onde funcionam as três equipes de saúde que atuam nas três microáreas (Coque I, II, III). Entre seus equipamentos destaca-se o espaço, Ponto de Apoio (PA) para o Programa de Saúde Ambiental (PSA), onde são guardados os materiais de trabalho e se reúnem os seis ASACE e um supervisor de campo. A equipe do PSA atende um território mais amplo do que o correspondente às três microáreas do ESF, uma vez que seu conceito é o de cobertura universal, segundo a classificação de risco que orienta a alocação de pessoal para atender o princípio de equidade. O PSA considera todos os imóveis e espaços públicos do território de sua abrangência, apresentando universalidade no atendimento, mas não contempla todos os andares dos imóveis verticais, restringindo aos dois primeiros pavimentos nas inspeções de rotina. Quando necessário, em caso de presença de criadouros de *Aedes aegypti* no imóvel, são inspecionados todos os andares.

Figura 5 – USF Berilo Pernambucano – Ilha Joana Bezerra, Recife/PE. 2013.



Fonte: a autora, 2013.

A tabela 2 apresenta a distribuição do número de pessoas e de famílias cadastradas por microárea do bairro Ilha Joana Bezerra. Na ocasião deste estudo, o número máximo previsto de atendimento, segundo a ESF do município de Recife, era de 4.500 pessoas e de 1.000 famílias por equipe. Considerando esses critérios, observamos que para o indicador número de pessoas atendidas, as três microáreas estão dentro do parâmetro definido, no entanto, para o número de famílias cadastradas, este estava extrapolado, indicando a necessidade de ampliação para uma quarta equipe. O que também indica que se tratam de famílias pouco numerosas. Um dado extraído do SIAB é que a maioria se beneficia do SUS, pois poucas pessoas utilizam planos privados de saúde (menos de 0,5% da população do bairro).

Uma curiosidade, a informação referente ao número de famílias inscritas na política social de “Bolsa Família” e no Cadastro Único (CAD-Único), que deveria estar no SIAB, não foi encontrado registros. Essa informação seria importante para analisar a maior ou menor dependência dessas famílias pelas políticas compensatórias do governo federal.

Observamos pouca variação entre os dados do IBGE de 2010 e os do SIAB de 2013. A população do bairro Ilha Joana Bezerra apresenta uma taxa média geométrica de crescimento anual negativa (- 0,10%), passando de 12.755 habitantes, em 2000, para 12.629 habitantes, em 2010. Vemos que essa tendência se manteve no período seguinte, de 12.629 habitantes, em

2010, passou para 12.378 habitantes, em 2013.

Há um processo migratório contínuo no bairro, devido a novas invasões e desapropriações. A partir de 2012, houve desapropriação de moradias (mais de uma centena de residências) para ampliação do Viaduto Capitão Temudo e da estação Joana Bezerra.

Atualmente o revestimento do Canal Ibiaporã, também, está produzindo deslocamento da comunidade para dentro do bairro ou para outras áreas próximas, evidenciando que o território encontra-se em permanente construção, como afirmam Dias et al. (2009). Conforme estes autores, o território transcende a dimensão de espaço geográfico fixo, o que confere uma instabilidade de moradia e de relações de vizinhança, aumentando a vulneração socioambiental dessas comunidades. A dinâmica do território, enquanto apropriação social, ocorre a partir do jogo conflituoso de poder inerente às relações sociais (FARIA; BORTOLOZZI, 2009) e é determinado pelo mercado, no modelo econômico atual de acelerada acumulação do capital, exclusão social e destruição da natureza (BREILH, 2013).

Tabela 2 – Abrangência de usuários pela USF Berilo Pernambucano, de acordo com número de famílias, sexo e utilização de planos de saúde. Ilha Joana Bezerra, Recife/PE, 2013.

USUÁRIOS	MICRO- ÁREA COQUE I	MICRO- ÁREA COQUE II	MICRO- ÁREA COQUE III	ILHA JOANA BEZERRA - SIAB	ILHA JOANA BEZERRA - IBGE
Masculino	1.955	1.712	2.062	5.729	6.002
Feminino	2.211	2.005	2.433	6.649	6.627
Pessoas cadastradas	4.166	3.717	4.495	12.378	12.629
N. de famílias cadastradas	1.183	1.062	1.281	3.526	
Pessoas cobertas - plano saúde	27	24	-	51	

Fonte: elaborada pela autora a partir dos dados do SIAB (RECIFE, 2013) e Censo Demográfico (IBGE, 2010).

O bairro dos Coelho (Figura 6) apresenta duas microáreas, Coelho I e Coelho II, que são atendidas por duas equipes da ESF das duas USF da localidade. A Microárea Coelho I, no lado esquerdo do mapa, abrange as comunidades do Campinho, Roque I, II e III e outras. A Microárea Coelho II, no lado direito do mapa, corresponde a um conjunto de casas padronizadas, características de vila, da Av. Beira Rio, Av. Dr. José Mariano e outras nas proximidades do IMIP e, nas margens do Rio Capibaribe, aos aglomerados subnormais representados pelas palafitas.

Figura 6 – Imagem de satélite do bairro dos Coelhos, Recife/PE, 2013.



Fonte: adaptado do Google (2013).

Ambas as USF, Coelhos I e II, funcionam em imóveis de residências adaptadas, sem infraestrutura adequada para uma unidade de saúde. A figura 7 mostra o imóvel onde funciona a USF Coelhos I. Nesta unidade funciona um ponto de apoio (PA) do PSA, sob uma escada. A unidade não dispõe de espaço adequado para realizar reuniões com a comunidade.

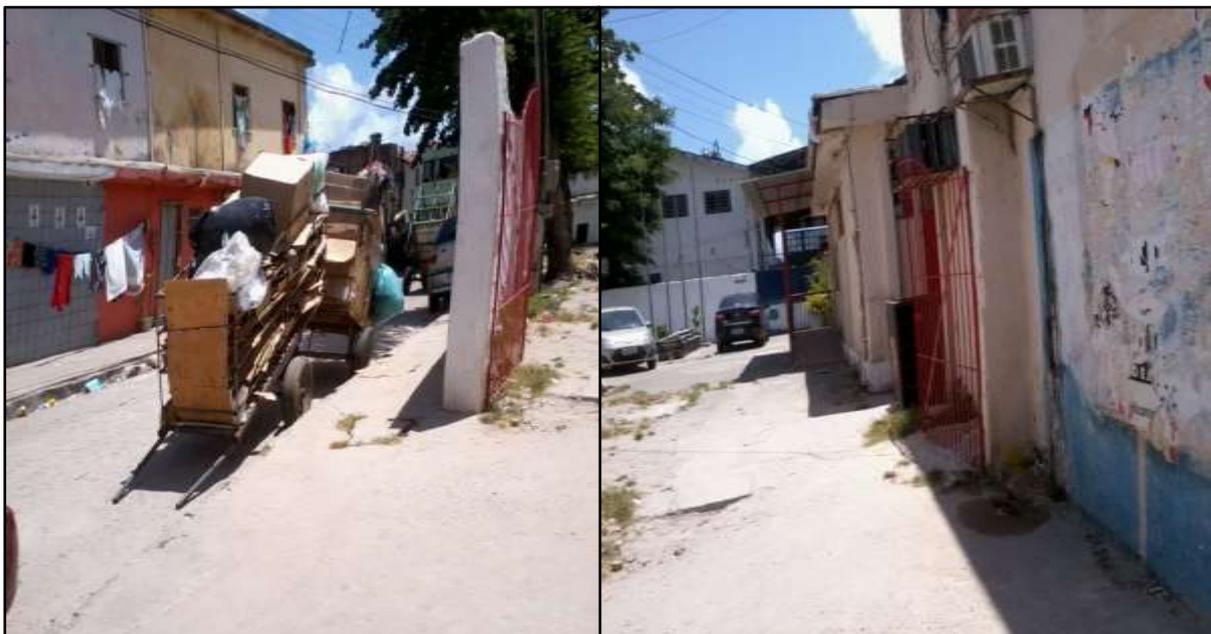
A USF Coelhos II funciona em um imóvel do Centro Comunitário dos Coelhos. Não dispõe de sala apropriada para reunião administrativa, nem para palestras e trabalho com grupos de usuários. As reuniões administrativas são realizadas no corredor da unidade. A quadra do Centro Comunitário é cedida duas vezes por semana para funcionar uma Academia da Cidade e uma vez por mês para reuniões com grupo de usuários da USF, quando está disponível. Um grupo de idosos, atendido pela unidade, que funcionava no local está em outro espaço na comunidade. Ao lado da USF há um depósito de materiais recicláveis (papelão), contribuindo com a proliferação de roedores na localidade, afetando, também, a USF que solicita desratização ao DS I com certa frequência (Figura 8).

Figura 7 - USF Coelhos I, bairro dos Coelhos, Recife/PE, 2013.



Fonte: a autora, 2012.

Figura 8 – USF Coelhos II e depósito de material reciclável (papelão) ao lado. Coelhos, Recife/PE, 2013.



Fonte: a autora, 2012.

A tabela 3 mostra a abrangência de usuários pelas USF, número de famílias cadastradas por microáreas do bairro dos Coelhos, em 2013, fazendo-se uma comparação com os dados do IBGE para o bairro. O quantitativo de famílias atendidas pelas USF das duas microáreas dos Coelhos diferem significativamente, enquanto a Microárea Coelhos I tem 886 famílias cadastradas, a Microárea Coelhos II tem 1.270. Não há uma divisão proporcional das microáreas. Poucas pessoas são cobertas com plano saúde. Não há informação referente ao

número de famílias no Bolsa Família.

Os dados do SIAB só consideram as famílias cadastradas, abrangendo 100% nas comunidades de baixo *status* socioeconômico. Contudo, no bairro dos Coelhos esse percentual, conforme dados do SIAB de 2013 e IBGE de 2010 não chega a 100%, com uma diferença de aproximadamente 13% da população do bairro não cadastrada. Essa população não coberta pela ESF corresponde às pessoas que residem nos edifícios do entorno das comunidades de baixa renda. Portanto, observa-se que a ESF não apresenta universalidade, sendo direcionado para o atendimento das comunidades de baixo *status* socioeconômico. Configura-se, dessa forma, uma exclusão da população de médio e alto *status* socioeconômico que recorrem aos planos de saúde, fortalecendo a privatização dos serviços de saúde.

Tabela 3 – Abrangência de usuários pelas USF Coelhos I e II, de acordo com nº de famílias, sexo e utilização de planos privado de saúde. Coelhos, Recife/PE, 2013.

USUÁRIOS	MICROÁREA COELHOS I	MICROÁREA COELHOS II	BAIRRO DOS COELHOS	COELHOS Total IBGE, 2010
Masculino:	1.286	1.739	3.025	3.571
Feminino	1.540	2.074	3.614	4.062
Pessoas cadastradas	2.826	3.813	6.639	7.633
N. de famílias cadastradas	886	1.270	2.156	2.322*
Pessoas cobertas c/ plano saúde	59	18	77	

Fonte: elaborada pela autora a partir dos dados do SIAB (RECIFE, 2013) e Censo Demográfico (IBGE, 2010).
Nota: * Domicílios

No entanto, muitas demandas espontâneas dos consumidores de planos e seguros privados de saúde são encaminhadas ou judicializadas aos bens e serviços de maior custo do SUS, tornando-o complementar ao mercado. Nesse contexto, o SUS fica refém do modelo da oferta definido pelo mercado e com menos recursos para atender as necessidades e direitos dos grupos sociais que vivem em situação de pobreza, aprofundando a iniquidade e a fragmentação do atendimento (SANTOS, 2007).

5.2.2 Escolarização da população da Microrregião 1.3

A escolarização da população da Microrregião 1.3, na faixa etária de 7 a 14 anos, apresenta uma variação significativa por microárea, de 84,8% a 97%. A taxa de escolarização nacional, entre 6 a 14 anos, era de 98,2% em 2011, conforme dados do IBGE. A alfabetização da população de 10 anos e mais do Recife era de 93,2 em 2010 (IBGE, 2010). A taxa de analfabetismo da Microrregião 1.3 varia de 10 a 12%, conforme dados do SIAB (RECIFE,

2013c). Considerando os dados do IBGE de 2010, referente a população de 10 anos ou mais, a taxa de analfabetismo chega a 17%, bem acima da taxa do município do Recife que é de 7%.

A tabela 4 refere-se a escolarização da população das três microáreas do bairro Ilha Joana Bezerra. O percentual de alfabetizados, com 15 e mais anos, varia de 87,90% a 89,12% nas três microáreas. Quanto a frequência à escola, o percentual varia de 84,81% a 96,29%, de crianças e adolescentes na faixa etária de 7 a 14 (RECIFE, 2013c).

Portanto, as três microáreas estão abaixo da média nacional, com diferença acentuada na comunidade Coque I que apresenta mais de 15% de crianças de 7 a 14 anos fora da escola. Caso sejam incluídas as crianças a partir de 6 anos esse percentual tende a aumentar em comparação com a média nacional. A taxa de analfabetismo das pessoas com 15 anos ou mais é mais de 10%, estando um pouco acima da média nacional do ano de 2011 que é de 8,6. Contudo, considerando a Taxa de Alfabetização da População de 10 anos e mais, de 83,2%, está bem abaixo da média da cidade de Recife, tomando-se como referência dados do IBGE.

Tabela 4 – Escolarização – Bairro Ilha Joana Bezerra, Recife/PE, 2013.

USUÁRIOS	MICROÁREA COQUE I		MICROÁREA COQUE II		MICROÁREA COQUE III		BAIRRO ILHA JOANA BEZERRA
7 a 14 anos na escola	497	84,81%	519	96,29%	653	93,55%	1.669
15 anos e mais alfabetizados	2.819	89,12%	2.494	89,01%	2.863	87,90	8.176

Fonte: elaborada pela autora a partir dos dados do SIAB (RECIFE, 2013).

Quase 100% das crianças de 7 a 14 anos das comunidades da Microárea Coelhos I frequentam a escola, enquanto mais de 10% das crianças das comunidades da Microárea Coelhos II não frequentam a escola. No bairro, a taxa de alfabetização a partir dos 15 anos chega a 90% (RECIFE, 2013c), conforme tabela 5, enquanto a taxa de alfabetização da população de 10 anos e mais é de 87,7%, abaixo da de Recife que é de 93,2 (IBGE, 2010). A escolarização pode desempenhar um papel importante na redução do processo de vulneração socioambiental, especialmente, quando no processo educacional utiliza-se uma pedagogia dialógica e reflexiva, na perspectiva do empoderamento social (CARVALHO, 2007).

Tabela 5 – Escolarização – Bairro dos Coelhos, Recife/PE, 2013.

Usuários	MICROÁREA COELHOS I		MICROÁREA COELHOS II		BAIRRO COELHOS
7 a 14 anos na escola	366	97,08%	446	89,74%	812
15 anos e mais alfabetizados	1.918	90,60%	2.610	89,94	4.528

Fonte: elaborado pela autora com dados do SIAB (RECIFE, 2013).

O bairro Ilha Joana Bezerra conta com quatro escolas municipais: Josué de Castro; Prof. José da Costa Porto; Municipal do Coque; Novo Mangue (Figura 9) e uma creche. Enquanto a comunidade do bairro dos Coelhos tem apenas uma creche e uma escola municipal, com boa infraestrutura (Figura 10).

Figura 9 - Escola Municipal Novo Mangue – Ilha Joana Bezerra, Recife/PE.



Fonte: a autora, 2013.

Figura 10 – Escola Municipal dos Coelhos, Recife/PE.



Fonte: a autora, 2012.

A figura 11 apresenta um recorte do mapa do bairro Joana Bezerra, onde encontram-se alguns equipamentos públicos. No quarteirão, ao centro, visualizam-se as escolas Municipais Costa Porto e Municipal do Coque, a creche e a USF Berilo Pernambucano. Ao lado esquerdo há uma praça abandonada. Em frente à praça, há um local onde se coloca resíduos sólidos diariamente para ser coletado pelo caminhão de coleta da Prefeitura. Ao lado da praça, há um canal altamente poluído, o Canal Ibiporã, com resíduos sólidos, resto de móveis (sofá, outros) e água estagnada. Nas margens do canal há diversas casas (Figura 12) e um criatório de cavalo. Este criatório se estende até o muro das escolas municipais e da creche (Figura 13).

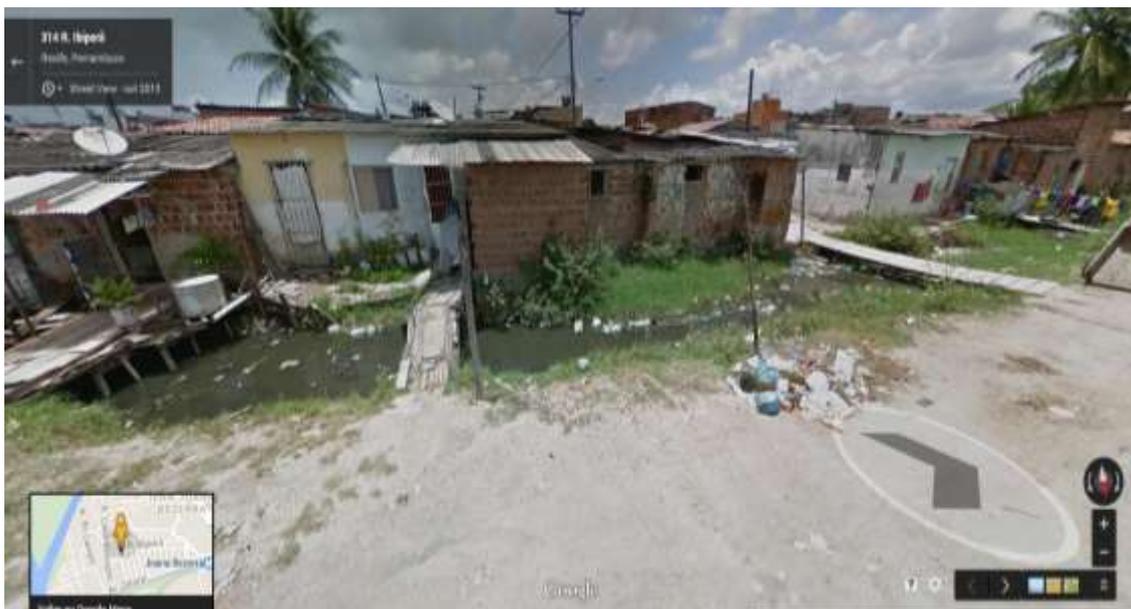
É importante identificar, além das carências, também, as potencialidades do lugar e dos sujeitos para o planejamento das política públicas (KOGA, 2002). A presença de equipamentos públicos de saúde, educação e lazer facilita a interação com a comunidade na perspectiva do empoderamento dos sujeitos.

Figura 11 – Equipamentos públicos do bairro Ilha Joana Bezerra, Recife/PE, 2013.



Fonte: adaptado pela autora com imagem do Google (2013).

Figura 12 - Aspecto do entorno das escolas, Ilha Joana Bezerra, Recife/PE, 2013.



Fonte: Google (2013)

Figura 13 - Praça com criação de cavalos ao lado das unidades educacionais, Ilha Joana Bezerra, Recife/PE, 2013.



Fonte: Vigilância em Saúde Ambiental, DS I, Secretaria de Saúde, Prefeitura Municipal do Recife (2013).

A figura 14 apresenta um recorte do mapa do bairro dos Coelhos mostrando alguns equipamentos públicos. Destacamos a presença de instituições de organizações sociais não governamentais, tais como: a Organização de Auxílio Fraternal do Recife – OAF e o Movimento Pró-Criança (MPC), que realizam ações educativas com crianças e adolescentes;

a Legião Brasileira da BoaVontade (LBV), que atende crianças, adolescentes e idosos; e um Complexo Hospitalar administrado pelo Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira – IMIP, constituído pela fusão do IMIP com o antigo Hospital D. Pedro II e com o Hospital Oscar Coutinho. O Complexo Hospitalar do IMIP é formado por dez prédios e contém, aproximadamente, mil leitos. Embora esteja localizado no bairro dos Coelhos e ofereça serviços ambulatoriais e hospitalares através do SUS, o acesso das pessoas das comunidades locais aos serviços oferecidos pela instituição é restrito, como referido pelos participantes das oficinas realizadas no presente estudo.

Figura 14 - Equipamentos públicos do bairro dos Coelhos, Recife/PE, 2013.



Fonte: adaptado pela autora com imagem do Google (2013).

5.2.3 Microrregião 1.3 – Estrutura e condições de moradia

As condições de moradia constituem um dos indicadores de saúde ambiental (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICAN DE SAÚDE, 1999). A tabela 6 apresenta os dados da estrutura das moradias da Microrregião 1.3, comparando-se os dois bairros.

Considerando-se o total de imóveis a partir dos dados da microrregião, evidencia-se que 90% são de alvenaria. No entanto, ao observarmos a partir dos bairros, percebemos uma diferença significativa entre os mesmos. Enquanto o bairro Ilha Joana Bezerra apresenta 97% de casas de alvenaria, o dos Coelhos apresenta 79% (Tabela 6). Essa diferença fica mais acentuada em nível de microárea, mostrando a importância do desenvolvimento de ações específicas de acordo com a realidade local (Tabelas 7 e 8). A valorização dos microespaços para desenvolver ações estratégicas para mudanças nas condições de vida e saúde é defendida pela Saúde Coletiva (CARVALHO, 2007). Contudo, o conceito de espaço, em geral, é utilizado pelos gestores de forma administrativa, negligenciando seu potencial para identificar problemas de saúde e propor intervenção (MONKEN; BACELLOS, 2005).

Tabela 6 - Estrutura das moradias da Microrregião 1.3, RPA 1, Recife, PE, 2013.

TIPO DE CASA	ILHA JOANA BEZERRA		COELHOS		MR 1.3	MR 1.3
	No	%	No	%	TOTAL	%
Tijolo / Adobe	3.420	97	1.696	79	5.116	90
Taipa revestida	41	1	3	0	44	1
Taipa não revestida	6	0	4	0	10	0
Madeira	39	1	361	17	400	7
Material aproveitado	18	1	91	4	109	2
Outros	2	0	1	0	3	0

Fonte: elaborada pela autora com dados do SIAB (RECIFE, 2013).

Os dados da tabela 7 mostram que nas três microáreas da Ilha Joana Bezerra a maioria das residências, mais de 95%, é de alvenaria (Tijolo/Adobe). Contudo, muitas dessas residências são construções irregulares em terrenos invadidos e até sobre os canais, sem infraestrutura adequada para uma habitação saudável, com pequenos cômodos, em locais sem infraestrutura de saneamento ambiental. Algumas habitações de madeira também são encontradas sobre canais, sem as condições mínimas de habitação, sem instalações sanitárias

e com alta insalubridade (Figura 15).

Tabela 7 – Estrutura das moradias do bairro Ilha Joana Bezerra, Recife/PE, 2013.

TIPO DE CASA	MICRO COQUE I		MICRO COQUE II		MICRO COQUE III		Total
	No	%	No	%	No	%	No
Tijolo / Adobe	1.129	95,44	1.052	99,06	1.239	96,72	3.420
Taipa revestida	20	1,69	1	0,09	20	1,56	41
Taipa não revestida	1	0,08	0	0	5	0,39	6
Madeira	20	1,69	9	0,85	10	0,78	39
Material aproveitado	13	1,1	0	0	5	0,39	18
Outros	0	0	0	0	2	0,16	2

Fonte: elaborada pela autora com dados do SIAB (RECIFE, 2013).

A figura 15 retrata condições de moradia e infraestrutura urbana precária, configurando-se como situação de iniquidade e vulneração socioambiental, com moradias insalubres. Situação que expõe a população a múltiplos fatores de riscos, degradação ambiental e privação social (ALVES, 2006; PORTO; PIVETTA, 2009). Essas condições evidenciam a omissão do poder público, com desrespeito aos direitos humanos fundamentais e aos direitos constitucionais. Direito à saúde, entendido como a garantia pelo Estado de condições dignas de vida e acesso universal e igualitário as ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 1988; 1990). Direito a um ambiente físico, social, econômico e político favorável à saúde, como preconizado na Conferência Internacional de Promoção da Saúde (1991).

Figura 15 – Visão geral das condições de moradia e infraestrutura precária, Ilha Joana Bezerra, Recife/PE, 2013.



Fonte: a autora, 2013.

A tabela 8 e a figura 16 mostram o perfil das moradias das duas microáreas do bairro dos Coelhos. Neste bairro, há diversas comunidades residindo em palafitas ou em favelas. Observamos uma pequena diferença intrabairro quanto a estrutura das moradias em termos de percentuais. Enquanto em uma microárea 23,7% das moradias são de madeira ou material aproveitado, na outra microárea são 19%, conforme dados do SIAB (RECIFE, 2013c).

Tabela 8 – Estrutura das moradias das famílias do bairro dos Coelhos, Recife, 2013.

TIPO DE CASA	MICROÁREA COELHOS I		MICROÁREA COELHOS II		TOTAL	BAIRRO DOS COELHOS
	No	%	No	%	Nº	%
Tijolo / Adobe	671	75,73	1.025	80,71	1.696	79
Taipa revestida	3	0,34	0	0	3	0
Taipa não revestida	2	0,23	2	0,16	4	0
Madeira	207	23,36	154	12,13	361	17
Material aproveitado	3	0,34	88	6,93	91	4
Outros	0		1	0,08	1	0

Fonte: elaborada pela autora a partir dos dados do SIAB (RECIFE, 2013).

As residências de madeira e material aproveitado (Figura 16) somam 452 moradias. Constituem as favelas e palafitas, locais extremamente insalubres, desprovidas dos serviços de saneamento básico (esgotamento sanitário, coleta de resíduos sólidos e água encanada). Os moradores obtêm água por meio de uma mangueira ligada a um cano (tubulação) da COMPESA e armazenam em baldes e toneis. Não há privada nas residências, os dejetos são lançados no Rio Capibaribe. Parte dos resíduos sólidos não é coletada, ficando acumulada nos espaços entre as moradias, a céu aberto, ou no leito do rio.

As políticas públicas saudáveis amplamente discutidas nas diversas conferências internacionais de saúde não se efetivaram nesses locais. No contexto de situação de vulneração socioambiental, as políticas públicas devem ter como meta a redução das desigualdades sociais (LORENZO, 2006) e a garantia de acesso aos serviços públicos de qualidade, envolvendo viver em territórios com infraestrutura urbana e social adequada (BRONZO, 2010).

O sistema de abastecimento público de água atende 99,7% da população dos Coelhos, conforme dados do SIAB de 2013, e 86%, conforme IBGE (2010). As pessoas não atendidas recorrem às soluções alternativas (poços) (60 famílias) ou outra fonte (264 famílias), como mangueiras ligadas a casa do vizinho (Figura 17). Os dados não consideram a intermitência do fornecimento de água, como afirma Barcellos (2006), que levam as pessoas à armazenarem água de forma precária ou inadequada, favorecendo a proliferação dos insetos vetores de agentes etiológicos de doenças, como dengue e filariose. A Energia Elétrica está presente em mais de 94% das residências.

Figura 16 - Residências de alvenaria e de material aproveitado. Coelhos, Recife/PE. 2013



Fonte: a autora, 2013.

Essas comunidades constituem aglomerados subnormais que são, conforme Porto e Pivetta (2009), considerados territórios de exclusão, devendo ser prioridade nas estratégias de promoção da saúde. O uso e as funções do recorte espacial das favelas e palafitas conformam “perfis territoriais de exposição a fatores de riscos e exclusão sócioespacial” (FARIA; BARTOLOZZI, 2009, p. 39).

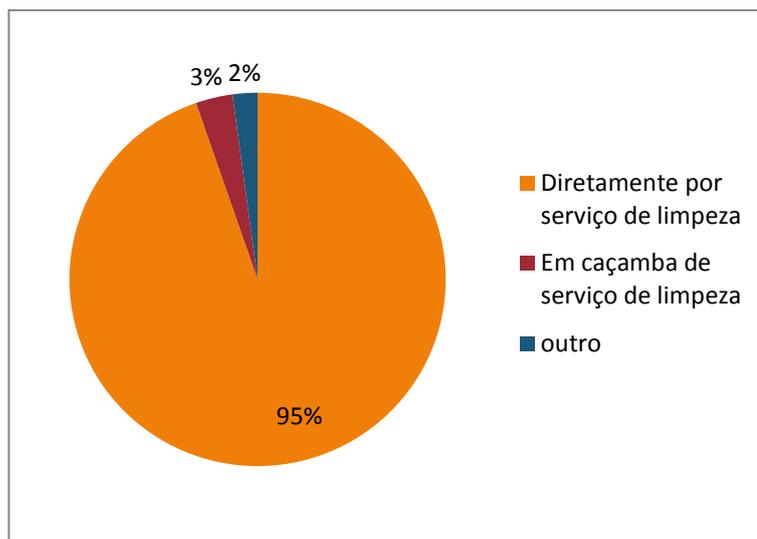
Figura 17 - Comunidade do Campinho mostrando uma das formas de obtenção da água. Coelhos, Recife. PE, 2013.



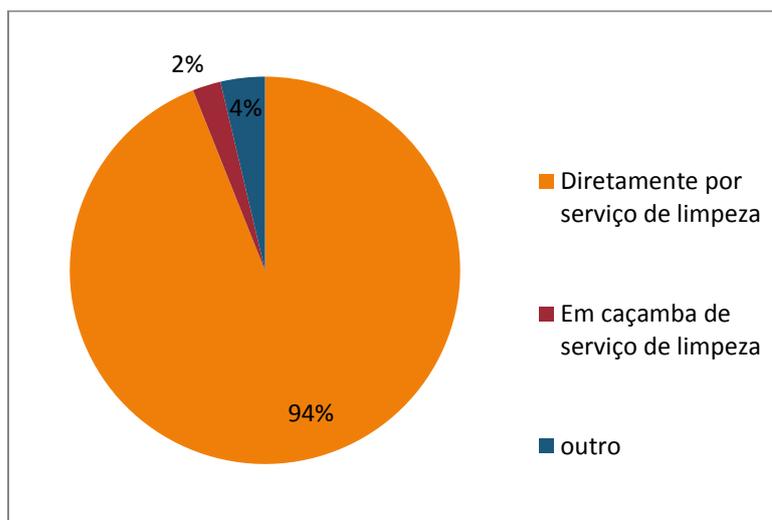
Fonte: a autora, 2013.

5.2.4. Microrregião 1.3 – Saneamento básico – destino dos resíduos sólidos

Os dados do IBGE (2010) mostram que 95% das residências da cidade do Recife beneficiam-se dos serviços de coleta pública de resíduos sólidos, mantendo proporção aproximada com a RPA 1 ou Distrito Sanitário I (94%), conforme gráficos 12 e 13. No entanto, em nível da Microrregião 1.3 esse percentual reduz para 87% (IBGE, 2010) ou 90%, conforme SIAB (RECIFE, 2013c), (Tabela 9).

Gráfico 12 - Destino dos resíduos sólido da cidade do Recife, PE.

Fonte: elaborado pela autora com dados do IBGE (2010).

Gráfico 13 - Destino dos resíduos sólido do Distrito Sanitário 1 (RPA 1), Recife, PE.

Fonte: elaborado pela autora com dados do IBGE (2010).

A tabela 9 apresenta os dados do SIAB referentes ao destino dos resíduos sólidos do território 1.3, fazendo-se uma comparação entre os bairros dos Coelhos e Joana Bezerra. Observamos que há uma diferença significativa no atendimento da coleta pública dos resíduos sólidos entre os bairros. Em nível da microrregião a comparação utilizando-se os dados do IBGE apresenta uma certa dificuldade, devido ao uso de outros parâmetros na definição do destino final dos resíduos sólidos que não são utilizados pelo SIAB. Notamos que não aparecem nos dados informações a respeito da coleta seletiva. Nos dados do IBGE não há referência à disposição dos resíduos sólidos a céu aberto, apenas a informação outro, não

ficando claro se está incluído, além da disposição a céu aberto, a coleta seletiva.

Tabela 9 – Saneamento básico, destino dos resíduos sólidos da Microrregião 1.3. Recife/PE, 2013.

DESTINO DOS RESÍDUOS SÓLIDOS	ILHA JOANA BEZERRA		COELHOS		MR 1.3	MR 1.3 (SIAB)	MR 1.3 (IBGE, 2010)	
	No	%	No	%	TOTAL	%	TOTAL	%
Coleta pública	3.283	93	1.835	85	5.118	90	5.167	87
Queimado/Enterrado	22	1	1	0	23	0	...	...
Céu aberto	221	6	320	15	541	10	684*	12
Caçamba	...	...	...	...	...	...	77	1

Fonte: elaborada pela autora com dados do SIAB (RECIFE, 2013) bairros e microrregião; IBGE (2010), microrregião.

Nota: * outro

Considerando as microáreas de atuação da ESF, o percentual de atendimento pela coleta pública de resíduos sólidos apresenta uma maior diversidade, entre 86 e 99% na Ilha Joana Bezerra (Tabela 10) e de 83,52 a 86,22% nos Coelhos (Tabela 11), evidenciando que não há uniformidade no atendimento à população. Nas áreas mais pobres o serviço não contempla a todos os moradores, ficando parte dos resíduos dispostos a céu aberto.

A tabela 10 mostra os dados do destino dos resíduos sólidos na Ilha Joana Bezerra. A Microárea Coque III apresenta o maior percentual de deposição de resíduos sólidos a céu aberto (12,26%). Estes dados mostram a importância da descentralização do planejamento e da execução das ações de Atenção Básica em Saúde (ABS) e da Atenção Básica Ambiental (ABA), priorizando-se o planejamento local, em nível de área de atuação de cada equipe, na microárea, conforme Carvalho (2007), mas sem perder de vista o contexto macro.

Tabela 10 – Saneamento básico, destino dos resíduos sólidos da Ilha Joana Bezerra, Recife/PE, 2013.

DESTINO DO LIXO	M. COQUE I		M. COQUE II		M. COQUE III		BAIRRO ILHA JOANA BEZERRA	
	No	%	No	%	No	%	Nº	%
Coleta pública	1.170	98,9	1.010	95,1	1.103	86,1	3.283	93
Queimado/Enterrado	1	0,08	-	-	21	1,64	22	1
Céu aberto	12	1,01	52	4,9	157	12,26	221	6

Fonte: elaborada pela autora a partir dos dados do SIAB (RECIFE, 2013); IBGE (2010).

O destino dos resíduos sólidos do bairro Ilha Joana Bezerra pode ser melhor evidenciado na figura 18. Apesar da coleta pública contemplar 93% das residências, observamos grande quantidades de resíduos sólidos nos canais e nas margens do rio.

Figuras 18 - Disposição inadequada dos resíduos sólidos nos canais e nas margens do rio. Ilha Joana Bezerra, Recife/PE, 2013.



Fonte: a autora, 2013.

A tabela 11 apresenta dados do saneamento básico referentes ao destino dos resíduos sólidos do bairro dos Coelhos, importante indicador da APA, notadamente da saúde ambiental. Os dados mostram uma pequena diferença de cobertura nas duas microáreas. A microárea Coelhos I apresenta maior percentual de deposição de resíduos sólidos a céu aberto (16,48%), em decorrência de um menor percentual de cobertura.

Tabela 11 – Saneamento básico, destino dos resíduos sólidos do bairro dos Coelhos, Recife/PE, 2013.

DESTINO DOS RESÍDUOS SÓLIDOS	MICROÁREA COELHOS I		MICROÁREA COELHOS II		BAIRRO DOS COELHOS	
	No	%	No	%	TOTAL	%
Coleta pública	740	83,52	1.095	86,22	1835	85
Queimado/Enterrado	0	0	1	0,08	1	0
Céu aberto	146	16,48	174	13,7	320	15

Fonte: elaborada pela autora com dados do SIAB (RECIFE, 2013).

A figura 19 mostra que a disposição de resíduos sólidos de forma irregular nas comunidades, no leito do Rio Capibaribe, sob as palafitas e entre as moradias, constitui um grave problema ambiental e de saúde pública. Além de contaminar as águas do rio, comprometendo a fauna aquática e inviabilizando a pesca na localidade, os resíduos favorecem a proliferação de animais sinantrópicos e vetores de agentes etiológicos de doenças.

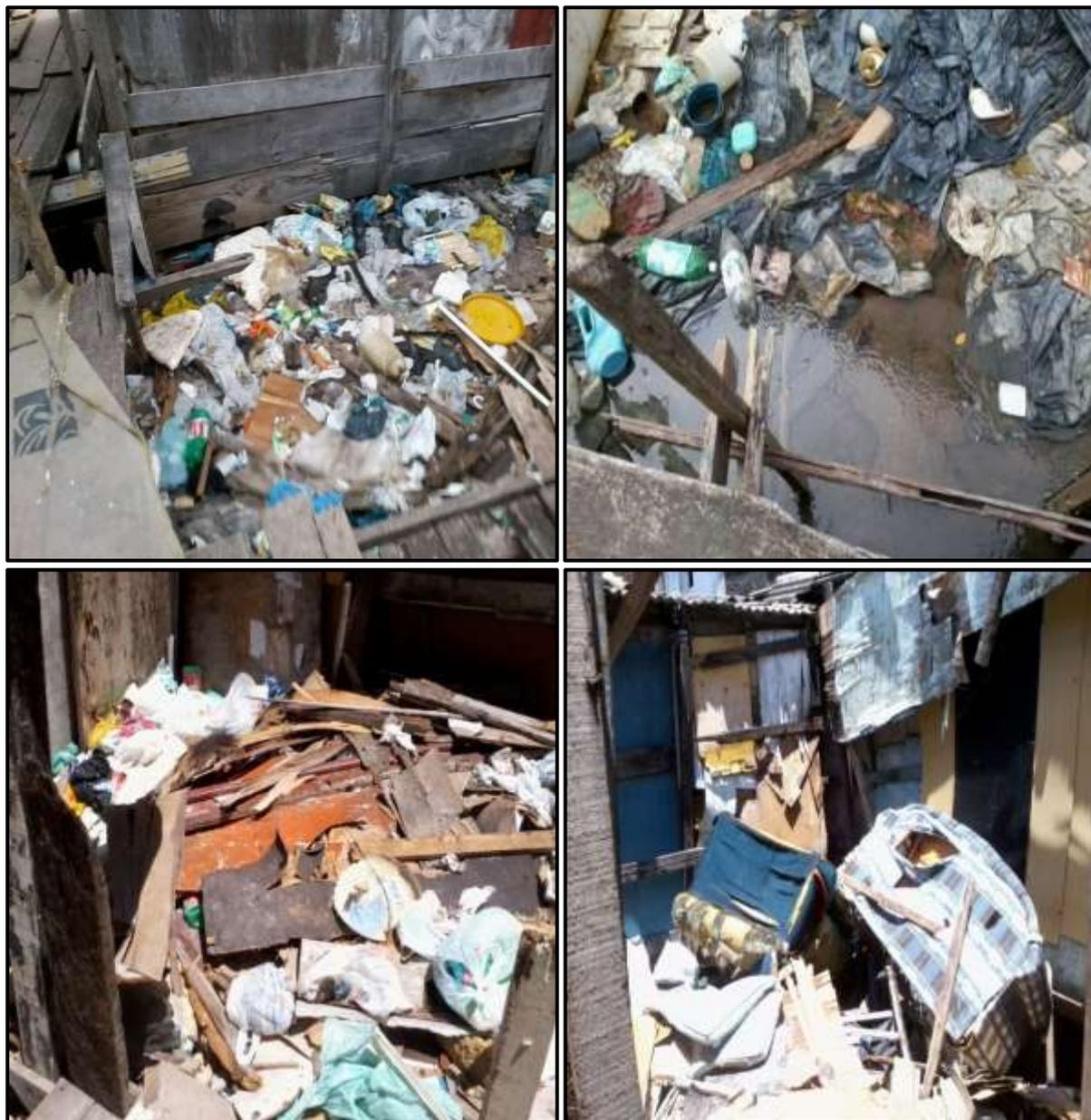
Cabe ao poder público a realização da coleta dos resíduos sólidos, mas a população tem que fazer a sua parte, colocando os resíduos em local apropriado para o efetivo recolhimento. Em alguns locais não há espaço para o caminhão da coleta pública passar, devendo ser colocadas caçambas para o recolhimento dos resíduos sólidos em locais estratégicos. No entanto, em alguns pontos de coleta com caçambas é comum o acúmulo de resíduos sólidos espalhados no solo, tornando-se locais propícios para proliferação de animais sinantrópicos, sobretudo roedores.

Observamos que as ações de educação em saúde no PSA e na ESF não estão tendo nenhum impacto nessas comunidades. Não são desenvolvidas de forma contínua nas ações de inspeção do ASACE e de forma intersetorial nas unidades educacionais e nas organizações sociais da localidade, como previsto pelo PSA e pelo Programa Nacional de Controle da Dengue (PNCD) (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 2002a).

A dificuldade de realização de ações educativas pelo PSA deve-se a falta de mecanismo de interlocução entre os ASACE e a comunidade e a fragilidade das ações do PSA para o empoderamento das comunidades (LYRA, 2009). Para o Tribunal de Contas do Estado de Pernambuco o problema está relacionado à falta de recursos materiais e de treinamento dos ASACE (PERNAMBUCO, 2005).

A educação em saúde na perspectiva do empoderamento social deve seguir o modelo pedagógico da Educação Popular que possibilite a criação de uma nova consciência sanitária e a democratização mais radical das políticas públicas. Deve constituir “um instrumento de gestão participativa de ação social” para promoção da saúde (VASCONCELOS, 2004, p. 79).

Figura 19 – Disposição inadequada de resíduos sólidos sob a palafita, no leito do rio, e entre as residências, comunidade Vila Nova, Coelhos, Recife/PE, 2013.



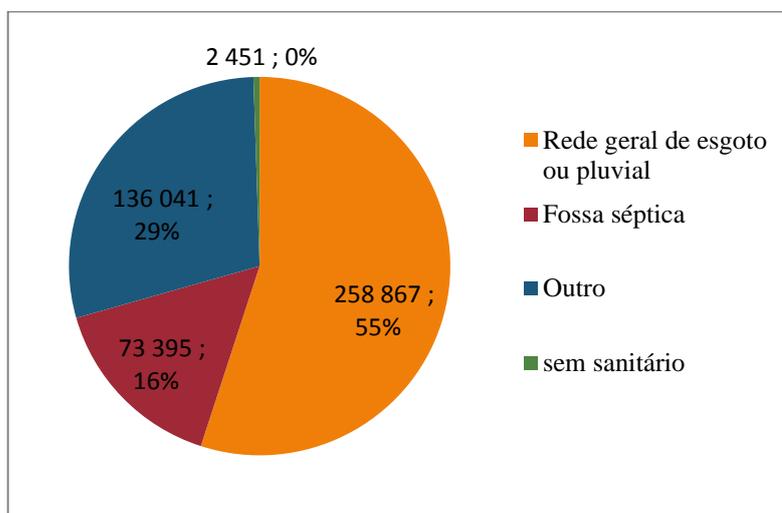
Fonte: a autora, 2013.

5.2.5 Microrregião 1.3 – Saneamento básico – esgotamento sanitário

O esgotamento sanitário constitui um problema da maioria das cidades da Região Metropolitana do Recife. Nesta região, apenas 41% dos domicílios encontram-se ligados à rede geral de esgoto ou à rede pluvial. Na cidade do Recife chega a 55% (Gráfico 14) e na Região Política Administrativa 1 (RPA1) a 82% (Gráfico 15) dos domicílios ligados à rede geral ou pluvial (IBGE, 2010). No levantamento dos dados do sistema de esgotamento sanitário o IBGE considera a ligação dos domicílios à rede geral de esgoto ou à rede pluvial,

impossibilitando a detecção do real atendimento pelos órgãos competentes. Conforme a Companhia Pernambucana de Saneamento (COMPESA), em 2014, o seu sistema de esgotamento sanitário atendia 32% da cidade do Recife e sua Região Metropolitana (PERNAMBUCO, 2014a). No entanto, além da cobertura de esgotamento sanitário ser baixa, boa parte dos esgotos (36%) não é tratada nas estações de tratamento antes de ser lançada nos recursos hídricos, como constata o Sistema Nacional de Informação sobre Saneamento (SNIS) de 2012 (BRASIL, 2014b).

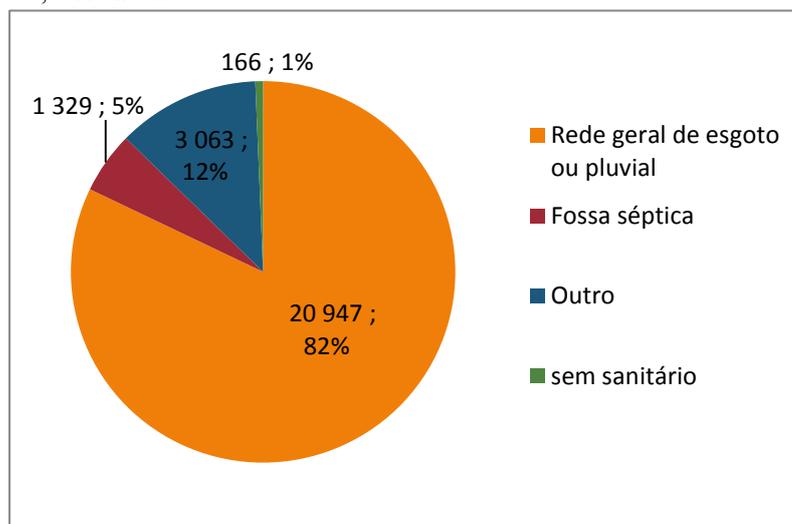
Gráfico 14 - Esgotamento sanitário da cidade do Recife/PE.



Fonte: elaborado pela autora com dados do IBGE (2010).

A Região Política Administrativa 1 (RPA1) que corresponde ao Distrito Sanitário 1 apresenta uma maior proporção de domicílios atendidos pelo sistema de esgotamento sanitário ou pluvial (Gráfico 15), em comparação à cidade, mas esses dados não são uniformes em suas microrregiões. A Microrregião 1.3 apresenta 54% dos domicílios atendidos pela rede geral de esgotos ou pluvial, 17% utilizam fossas e 28% outros meios (IBGE, 2010), aproximando-se do perfil da cidade (Tabela 12).

Gráfico 15 – Esgotamento sanitário da Região Política Administrativa I, Recife/PE.



Fonte: elaborado pela autora com dados do IBGE (2010).

A tabela 12 apresenta os dados de saneamento referentes ao esgotamento sanitário do território 1.3. Comparando os dados do SIAB de 2013 dos dois bairros e Microrregião 1.3 com os dados do IBGE do censo de 2010, observamos que os valores percentuais da rede geral de esgoto em nível de bairro e microrregião não diferem muito. Considerando o atendimento da comunidade da Ilha Joana Bezerra pelo sistema público, observamos que apenas 49% (dados do SIAB, 2013) ou 43% (IBGE, 2010) dos domicílios estão ligados à rede pública de esgoto ou pluvial.

Tabela 12 – Saneamento básico, esgotamento sanitário da Microrregião 1.3, RPA I, Recife, PE, 2013.

DESTINO DOS DEJETOS	ILHA JOANA BEZERRA		COELHOS		MR 1.3		MR 1.3 IBGE, 2010	
	No	%	No	%	TOTAL	%	TOTAL	%
Sistema de Esgoto	1724	49	1177	55	2.901	51	3.171	54
Fossa	1371	39	199	9	1570	28	1.022	17
Céu aberto	431	12	780	36	1211	21	1.649	28*
Total domicílios	3.526	100	2.156	100	5.682	100	5.842	100

Fonte: elaborada pela autora a partir dos dados do SIAB (RECIFE, 2013) e IBGE (2010).

Nota: * Outro

Em nível de microárea as diferenças são marcantes, variando de 31% a 65,57% na Ilha Joana Bezerra (Tabela 13) e de 47 a 60 % nos Coelhos (Tabela 14). Já os esgotos a céu aberto apresentam variação de 5 a 21% na Ilha Joana Bezerra e de 26 a 50% nos Coelhos. Analisando os dados em nível de bairros da Microrregião 1.3, há uma diferença de 24%. A diferença entre a microrregião e o DS I é de 16% e da microrregião e a cidade é bem menor,

de apenas 1% , considerando os dados do IBGE (2010) do esgotamento sanitário, definido como outro. Quando maior o universo considerado, maior é distância das realidades locais, dificultando a realização de ações de impacto para melhoria das condições de vida e saúde da população.

O esgotamento sanitário do bairro Ilha Joana Bezerra apresenta surpreendentes diferenças intra-bairro, quando comparamos as três microáreas. A área mais servida pelo sistema público de esgotamento sanitário (65,57%) é, também, a que apresenta maior número de domicílios que lançam seus esgotos a céu aberto (21,08%). As outras duas áreas suprem a deficiência do sistema público com a utilização de fossas (48,44%) na microárea Coque I e (59,04%) na microárea Coque II, apresentando menores percentuais de domicílios com lançamento de esgotos a céu aberto. Esses dados mostram a necessidade de considerar as diferenças intrabairros na avaliação da qualidade de vida e do ambiente para a definição das ações das políticas públicas locais (BORJA; MORAES, 2003).

Tabela 13 – Saneamento básico, esgotamento sanitário da Ilha Joana Bezerra, Recife/PE, 2013.

DESTINO DEJETOS	M. COQUE I		M. COQUE II		M. COQUE III		Ilha Joana Bezerra (SIAB)		Ilha Joana Bezerra (IBGE)	
	No	%	No	%	No	%	Nº	%	Nº	%
Sistema de Esgoto	548	46,32	336	31,64	840	65,57	1724	49	1545	43
Fossa	573	48,44	627	59,04	171	13,35	1371	39	932	26
Céu aberto	62	5,24	99	9,32	270	21,08	431	12	1129*	31*

Fonte: elaborada pela autora a partir dos dados do SIAB (RECIFE, 2013) e IBGE (2010).

Nota: Outro * (1083) e sem banheiro (46)

Mas será que as fossas são adequadas para solucionar a deficiência de saneamento básico?

Uma das endemias (filariose) que afetam a comunidade tem as fossas e os canais como principais criadouros do inseto vetor (*Culex quinquefasciatus*) da microfilária. A oviposição e o desenvolvimento das formas aquáticas desse inseto “ocorrem em coleções de água estagnada, preferencialmente naquelas com forte carga orgânica, tais como fossas, tanques, barreiros, valetas e canaletas obstruídas, e outros habitats tipicamente criados pela ocupação humana inadequada do espaço urbano” (REGIS et al., 1996, p. 474). O *C. quinquefasciatus* entra no interior da fossa através do suspiro ou de rachaduras em sua tampa. Os canais, além de receber as águas residuais dos esgotos, também contém grande quantidade de resíduos sólidos, impedindo o fluxo das águas. O manejo inadequado dos canais é considerado pela Organização Pan-Americana da Saúde (1999) um dos graves problemas urbanos, favorecendo a existência de vetores, contaminação da água, entre outros problemas.

Decorre da falta de recursos e da vontade dos governos locais e da falta de educação das pessoas.

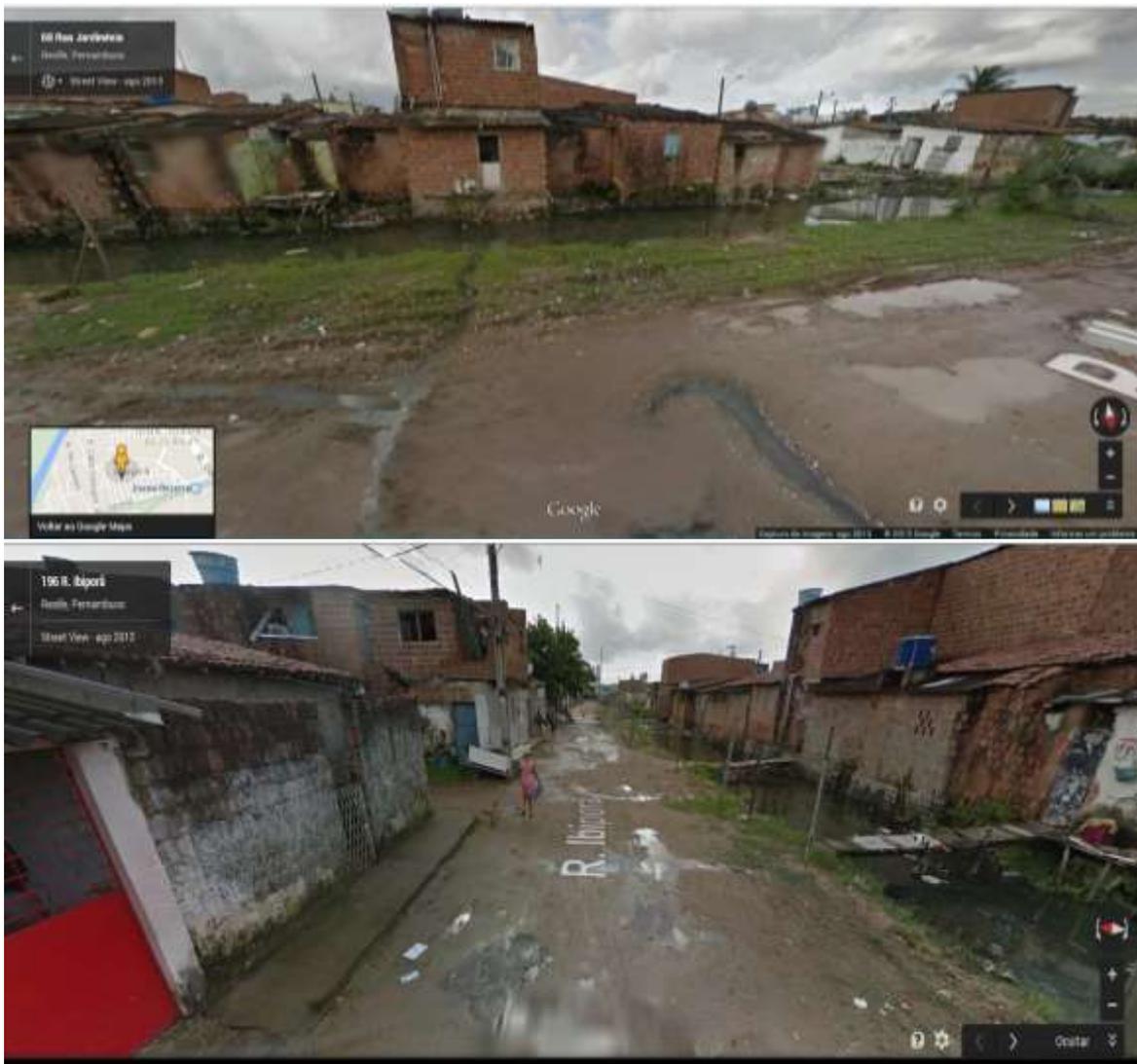
Quanto ao esgoto a céu aberto, constitui um sério problema de saúde pública. A coleta e tratamento das águas residuais (esgotos) deve ser prioridade dos governos municipais e estaduais que se preocupam com a saúde da população e/ou respeitam a legislação. As figuras 20 e 21 mostram a situação precária do saneamento básico do bairro Joana Bezerra, com esgotos a céu aberto ou estourados, que são lançados nos canais e no rio.

Figura 20– Condições de saneamento - esgotos a céu aberto e esgoto estourado na microárea Coque III, Ilha Joana Bezerra, Recife, PE, 2013.



Fonte: a autora, 2013.

Figura 21 - Esgotos a céu aberto lançados no Canal Ibiporã, Ilha Joana Bezerra, Recife PE, 2013.



Fonte: Google, 2013.

Algumas áreas do bairro apresentam boas condições de drenagem e esgotamento sanitário, com ruas calçadas e coleta regular dos resíduos sólidos. Isto pode ser observado nas principais ruas do bairro: Rua Cabo Eutrópio e Av. Central e as ruas transversais. Contudo, o sistema de esgoto da comunidade lança a maior parte dos resíduos no Canal Ibiporã que, juntamente com os dejetos provenientes dos esgotos a céu aberto e os resíduos sólidos, transforma-o em um grande esgoto a céu aberto que deságua no Rio Capibaribe.

O sistema público de esgotamento sanitário atende 55% dos domicílios do bairro dos Coelhos (RECIFE, 2013), boa parte dos esgotos está a céu aberto (Tabela 14). Comparando com os dados do IBGE (2010) observamos que o esgotamento sanitário dos domicílios, considerado por meio da rede de esgoto ou pluvial, atende a 70% do bairro. Nos dados do

SIAB de 2013 há uma distinção entre sistema de esgotamento sanitário e rede pluvial, embora se admita que todo o esgoto vai para o rio, conforme informação verbal da comunidade nas oficinas e observação direta na área, contrariando a legislação ambiental, assim como, as de saneamento e de saúde.

Comparando os dados entre as microáreas, observamos que nas comunidades atendidas pela USF Coelhos I o sistema de esgotamento sanitário público não atende nem 50% dos domicílios. A maior parte (50,45%) dos esgotos corre a céu aberto direto para o rio. A diferença intrabairro em nível de microárea é mascarada pelo percentual total do bairro que cai para 36% de esgotos a céu aberto e, conforme dados do IBGE (2010), para 26%. Essas diferenças ou particularidades de cada território não são consideradas pelo poder público na implementação das políticas públicas (PORTO; PIVETTA, 2009).

Tabela 14 – Saneamento básico, esgotamento sanitário, Coelhos, Recife/PE, 2013.

DESTINO DOS DEJETOS	COELHOS I		COELHOS II		COELHOS - SIAB		COELHOS - IBGE	
	No	%	No	%	TOTAL	%	Nº	%
Sistema de Esgoto	417	47,07	760	59,84	1.177	55	1626	70
Fossa	22	2,48	177	13,94	199	9	90	4
Céu aberto	447	50,45	333	26,22	780	36	606	26

Fonte: elaborada pela autora a partir dos dados do SIAB, Recife (2013) e IBGE (2010).

A figura 22 mostra o sistema de esgoto público precário, que não funciona adequadamente, deixando as águas empoçadas a maior parte do tempo. Não há como a água fluir normalmente. A empresa de saneamento faz o esgotamento esporadicamente, depois de várias solicitações da comunidade e dos ASACE e dos ACS.

Figura 22 – Esgotamento sanitário inadequado com esgotos estourados, acúmulo de água nas ruas e residências do bairro dos Coelhos, Recife/PE, 2013.



Fonte: a autora, 2013.

A figura 23 mostra o lançamento de esgoto diretamente no Rio Capibaribe, sem ter passado por um processo de tratamento. Esse problema não fica restrito às comunidades dos bairros Joana Bezerra e Coelhos, visto que, os rios deságuam nos mares, comprometendo a fauna e a flora aquática e gerando um processo de degradação ambiental e problemas de Saúde Pública. Dados da Agência Estadual de Meio Ambiente (CPRH) mostram que 60% dos 47% trechos de praia mais procurados pelos banhistas apresentam alta concentração de coliformes fecais, indicando contaminação por esgotos (WANDERLEY, 2014). O Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e Recursos Naturais Renováveis (IBAMA), em 2011, entrou com ação contra a Companhia Pernambucana de Saneamento (COMPESA) por despejar dejetos nos rios sem nenhum tratamento ou com tratamento deficiente e a Justiça Federal de Pernambuco condenou a COMPESA pela falta de manutenção das Estações de Tratamento de Esgotos por meio da Ação Civil Pública nº 0012176-78.2011.4.05.8300 (PERNSAMBUCO, 2014b).

A descarga de águas residuais sem tratamento, ou com tratamento inadequado, no ambiente é referido pela ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (1999) como um problema crítico em todos os países da América Latina e do Caribe, sendo a contaminação da água um dos principais problemas urbanos.

Figura 23 - Esgoto lançado no Rio Capibaribe, Coelhos – Recife/PE, 2013.



Fonte: a autora, 2013.

O saneamento básico constitui um dos indicadores de APA, devendo ser considerado um serviço essencial para promoção de ambientes favoráveis à saúde, conforme concebido nas conferências internacionais de meio ambiente e saúde promovidas pela ONU (1987; 1992), pela OPAS (1988, 1991) e pela OMS (1997, 2005, 2009). É um dos componentes para o efetivo controle do *Aedes aegypti*. Para tanto, deve ser garantido o “fornecimento contínuo de água, a coleta e a destinação adequada dos resíduos sólidos e a correta armazenagem de água no domicílio, onde isso for imprescindível” (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 2002a, p. 9).

Resende et al. (2009) tecem críticas às ações de saneamento por falta de integralidade e a priorização de investimento nas regiões desenvolvidas, valorizando a viabilidade econômica em detrimento da promoção da saúde. Há um distanciamento entre as políticas de saneamento e saúde, conforme Heller (1998), em decorrência da transferência da gestão do saneamento para as companhias estaduais (RESENDE et al., 2009), o que ainda ocorre nos dias atuais, contrariando a Constituição brasileira, a legislação do saneamento e a lei do SUS.

Dentre as dificuldades para resolução dos problemas de saneamento, a Organização Pan-Americana da Saúde (1999, p. 11) refere-se: “a falta de uma política adequada para o setor; a limitação de recursos financeiros; os arranjos institucionais inadequados; a falta de um sistema adequado de recuperação de custos; e a obsoleta legislação existente”. Contudo, no Brasil a legislação tem contemplado as ações de saneamento como competência das três

esferas de governo, conforme Lei do SUS (Lei 8080/1990), a Constituição Federal e a Lei nº 11.445 de 05/01/2007 que estabelece as diretrizes nacionais para o saneamento básico, regulamentada pelo Decreto nº 7.217, de 21 de junho de 2010. O Art. 7º da Lei nº 8080/199, faz referência a integração das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico.

A Lei nº 11.445/2007 reconhece que serviços públicos de saneamento básico possuem natureza essencial e serão prestados com base, entre outros princípios, a universalização do acesso; a integralidade; “abastecimento de água, esgotamento sanitário, limpeza urbana, manejo dos resíduos sólidos e manejo de águas pluviais realizados de formas adequadas à saúde pública e à proteção do meio ambiente”. Determina a “articulação com as políticas de desenvolvimento urbano e regional, de habitação, de combate à pobreza e de sua erradicação, de proteção ambiental, de recursos hídricos, de promoção da saúde” (BRASIL, 2007) entre outras, fundamentais para a melhoria da qualidade de vida. O que falta é compromisso político dos gestores públicos e o empoderamento social para efetivar os direitos garantidos em leis.

Um grande avanço relacionado às questões de saneamento básico foi a instituição da Política Nacional de Resíduos Sólidos, por meio da Lei nº 12.305/2010. Em seu Art. 9º dispõe que “na gestão e gerenciamento de resíduos sólidos, deve ser observada a seguinte ordem de prioridade: não geração, redução, reutilização, reciclagem, tratamento dos resíduos sólidos e disposição final ambientalmente adequada dos rejeitos” (BRASIL, 2010b). Esses processos, fundamentais para a sustentabilidade socioambiental, devem ser incentivados pelos ASACE e ACS nas visitas domiciliares e às instituições educacionais, em parceria com a EMLURB, visando à redução da produção e acúmulo de resíduos sólidos. Estes resíduos acumulados representam aumento de exposição da população às condições ambientais insalubres que comprometem a sua saúde.

A destinação final ambientalmente adequada, conforme a Lei 12.305, compreende a destinação de resíduos que inclui:

A reutilização, a reciclagem, a compostagem, a recuperação e o aproveitamento energético ou outras destinações admitidas pelos órgãos competentes do Sisnama, do SNVS e do Suasa, entre elas a disposição final, observando normas operacionais específicas de modo a evitar danos ou riscos à saúde pública e à segurança e a minimizar os impactos ambientais adversos (BRASIL, 2010b).

No entanto, os problemas de saneamento básico persistem e constituem um sério problema de saúde pública e ambiental. Esse fato decorre de questões socioeconômicas

desencadeadas pelo Neoliberalismo, que ainda predomina no modelo de desenvolvimento socioeconômico do Brasil (HELLER, 1998; RIGOTTO; AUGUSTO, 2007).

5.2.6 Considerações sobre os condicionantes de vulneração do território

A partir dos dados do SIAB (RECIFE, 2013) e da observação direta foram identificados como principais condicionantes de vulneração do Território 1.3: deficiência de saneamento ambiental que envolve, “ações de abastecimento de água, esgotamento sanitário, os resíduos sólidos, a drenagem urbana, as melhorias habitacionais, e sanitárias domiciliares, as ações integradas dessas com a urbanização de áreas carentes e áreas cujos domicílios se encontram em situação de risco” (COSTA, 2003, p. 107). O abastecimento de água é universalizado, considerando que a Microrregião 1.3 apresenta quase 100% dos domicílios com água da rede pública, embora as residências mais precárias não disponham de rede interna. Muitos utilizam mangueiras e armazenam água de forma inadequada, em recipientes sem tampas ou mal tampados, favorecendo a proliferação do *Aedes aegypti* e do *Culex quinquefasciatus* e a contaminação da água potável, tornando-a imprópria para o consumo.

Foram evidenciadas diferenças significativas intrabairro, por microáreas, mostrando a importância do planejamento das ações de Saúde Ambiental/APA nesse nível, de acordo com a situação de vulneração, necessidades e demandas das comunidades. Santos (2007, p. 434) afirma que é em “nível da microgestão, do microprocesso de trabalho e da micropolítica que está localizado o espaço para acumulação de êxitos visíveis e consecução de mudanças significativas do SUS”.

As desigualdades entre a população que reside em aglomerados subnormais (assentamentos irregulares conhecidos como favelas, invasões, comunidades, vilas, mocambos e palafitas, entre outros) e a que mora nas demais regiões dos municípios, foram evidenciadas no Censo 2010. Nesses aglomerados, apenas 1,6% da população concluíram o ensino superior, enquanto nas demais áreas o percentual foi de 14,7%.

A informalidade no trabalho era maior nos aglomerados (27,8% dos trabalhadores não tinham carteira assinada) em relação às outras áreas da cidade (20,5%). Os rendimentos também refletem as desigualdades: “31,6% dos moradores dos aglomerados subnormais tinham rendimento domiciliar per capita até meio salário mínimo, ao passo que nas demais áreas o percentual era de 13,8%” (IBGE, 2010a).

No Censo Demográfico de 2010 foram identificados, no Brasil, 6.329 aglomerados subnormais, ocupando uma área de 169,2 mil hectares e comportando 3,2 milhões de

domicílios particulares permanentes ocupados. Em Pernambuco os aglomerados subnormais ocupam uma área de 12.244,8 ha, com 256.088 domicílios particulares ocupados e uma população residente de 875.378. No Recife os aglomerados subnormais ocupam uma área 2.840,1 ha., com 102.392 domicílios particulares ocupados e uma população residente de 349.920 (IBGE, 2010a). A Microrregião 1.3 corresponde, apenas, a 130 ha desse universo, com uma população residente de 20.262, conforme IBGE (2010).

Essa população, que vive em territórios mais à periferia social e econômica do desenvolvimento, encontra-se em situação de vulneração socioambiental, exposta às condições insalubres e múltiplas situações de riscos. O processo de vulneração deve-se a discriminação, as injustiças e desigualdades sociais produzidos por processos econômicos, sociais, políticos e culturais (PORTO; PIVETTA, 2009).

Nesses contextos, com fortes desigualdades sociais, é importante realizar análises integradas dos diferentes problemas socioambientais em suas dimensões sócio-políticas e econômicas, na perspectiva da justiça sociambiental (PORTO et al., 2004) e da superação da situação de vulneração. As estratégias de prevenção e promoção da saúde e da justiça ambiental devem priorizar a compreensão e intervenção nos processos que geram as situações de vulneração, reduzindo as desigualdades socioeconômicas e atendendo as necessidades humanas (MARMOT, 2005; PORTO, 2007).

O planejamento e desenvolvimento das ações de APA e do PSA devem ser realizados de forma intersetorial, envolvendo representantes de todos os setores competentes (saúde, saneamento, meio ambiente, educação, serviços públicos, habitação, entre outros) para redução das situações de vulneração e promoção de ambientes favoráveis à saúde em seu conceito amplo. Devem contemplar os condicionantes macrosociológicos e os microsociológicos na perspectiva da integralidade das ações e serviços de APS e APA. Para tanto, a interação com outras instâncias (nível distrital e central) é fundamental, visando facilitar a viabilização das ações. Em todo processo a comunidade deve ser parceira, desempenhando seu papel enquanto cidadã consciente de seus direitos e deveres, na perspectiva do empoderamento social (CARVALHO, 2007). O grande desafio é superar a estrutura burocrática do Estado, com uma cultura setorial e competitiva, sem uma política estratégica de desenvolvimento social e com predomínio da racionalidade biomédica (BUSS; CARVALHO, 2009).

5.3 Estruturação do Programa de Saúde Ambiental (PSA) e viabilização de ações

Apresentamos, neste tópico, os dados da observação participante referente ao PSA e a atuação dos ASACE nas visitas de inspeção. Os resultados são apresentados na forma de texto e registro fotográfico (imagem). São descritas as ações desenvolvidas pelo PSA nas áreas insalubres da Microrregião 1.3, RPA 1/Distrito Sanitário I, Recife/PE.

5.3.1 Estruturação do PSA

O Programa de Saúde Ambiental é administrado pela Gerência de Vigilância Ambiental e Controle de Zoonoses (GVACZ), vinculada ao Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde do Recife (CIEVS Recife), órgãos da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura da cidade do Recife. Encontra-se descentralizado, em oito distritos sanitários do Recife, com um gestor em cada distrito sanitário (DS) que viabiliza as ações definidas e discutidas num colegiado no GVACZ. A descentralização, conforme Barros Neto (2013), encontra-se implantada, porque as ações do PSA são planejadas, executadas e supervisionadas em cada distrito sanitário do Recife.

A descentralização objetiva a criação de “Sistemas Locais de Saúde que respondam adequadamente às demandas e necessidades da população adscrita”. Os sistemas locais constituem elos dinâmicos dos Sistemas Municipais e Estaduais, que conformam um Sistema Nacional de Saúde, devendo atuarem de forma pactuada (SCATENA ;TANAKA, 2001). No entanto, diante das condições socioambientais evidenciadas na Microrregião 1.3, percebemos que as necessidades e demandas de saúde ambiental não têm sido valorizadas pelos sistemas de saúde locais. A descentralização no campo do controle das endemias vetoriais, também, não se concretizou devido ao caráter centralizado dos programas. Estes limitam as ações municipais “à mera execução”, não estimulando a autonomia dos municípios para o planejamento, tomada da decisão e o desenvolvimento de ações de acordo com seu contexto socioambiental (GURGEL, 2007, p. 254). As ações de Vigilância e Saúde Ambiental são preconizadas pelo Sistema Nacional de Vigilância em Saúde Ambiental (SINVSA) do Ministério da Saúde, que define as competências das três esferas de governos, regulamentadas pela Secretaria de Vigilância em Saúde.

As equipes do Programa de Saúde Ambiental (PSA), constituídas por ASACE e supervisores, estão ligadas ao setor de Serviço Operacional de Vigilância Ambiental (SOVA), vinculado ao Departamento de Vigilância à Saúde do distrito sanitário. A distribuição dos

ASACE nas áreas de atuação segue uma lógica diferente da dos ACS. Enquanto estes últimos atuam por ruas, os ASACE atuam em quarteirões, seguindo o modelo dos antigos guardas de endemias. A classificação de áreas de riscos não é mais considerada para distribuição dos ASACE no território. Atualmente são definidas, em média, de 20 a 25 unidades (imóveis) visitadas por dia/agente, seguindo o critério do Programa Nacional de Controle da Dengue – PNCD (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 2002a). Os ASACE realizam visitas de inspeção e orientação às residências, instituições e logradouros públicos.

5.3.2 Ações desenvolvidas pelo PSA para atendimento das necessidades e demandas das comunidades vulneradas

As equipes de campo, constituídas por ASACE, tem um Ponto de Apoio (PA) na comunidade, em geral, no interior de uma unidade de saúde ou em uma escola municipal, onde guardam os materiais e instrumentos de trabalho e realizam reuniões. Não há uma estrutura adequada na maioria das USF ou outra, planejada especialmente para esse fim, como foi constatado pelo Tribunal de Contas do Estado de Pernambuco (TCP-PE) (PERNAMBUCO, 2005a). A maioria dos PA não dispõe de condições adequadas para abrigar os ASACE e os materiais por eles utilizados para realização das ações.

A pesquisa de campo realizada pelo TCE-PE demonstra que as equipes de campo do PSA consideram que os PA não apresentam estrutura adequada: a maioria dos supervisores (70%), dos Agentes de Saúde Ambiental (ASA atual ASACE) (63%) e dos Agentes Operacional de Apoio (AOA atual ASACE) (75%) está insatisfeita com seus pontos de apoio. A inadequação da estrutura dos PA, também é reconhecida pelos diretores da Diretoria de Epidemiologia e Vigilância à Saúde (DIEVS) e do CVA (atual GVACZ) e pelos chefes das Divisões de Vigilância Ambiental (DVA), apontando, como uma das causas do problema, “a dificuldade de encontrar espaços físicos adequados e localizados próximos às comunidades assistidas” (PERNAMBUCO, 2005a, p. 18).

O PA para os ASACE que atuam no bairro dos Coelhos é constituído, basicamente, por um espaço sob uma escada que serve para guardar material (Figura 24) e de um birô em uma área de circulação da USF, entre os consultórios médicos, compartilhado com os ACS e outros profissionais da unidade de saúde, onde a equipe elabora os relatórios. A equipe é formada por um Supervisor de campo e quatro ASACE. A qualificação da área física da Vigilância Ambiental dos Distritos Sanitários e dos pontos de apoio nas unidades de saúde encontra-se entre as propostas do Plano Municipal de Saúde 2010/2013 da cidade do Recife (RECIFE,

2009), mas ainda não foi efetivada.

O PA da USF Berilo Pernambucano na Ilha Joana Bezerra está melhor estruturado, constituído por uma pequena sala climatizada, com estantes, um birô, cadeiras e bebedouro com água mineral. A equipe é formada por uma supervisora e 06 ASACE. Antes eram 08 agentes, mas há duas áreas descobertas, que são inspecionadas pelos ASACE dessa equipe.

Figura 24 – Ponto de Apoio (PA) sem infraestrutura adequada, Coelhos, Recife/PE.



Fonte: a autora, 2013.

5.3.2.1 *Visitas de inspeção*

Observamos, a partir das visitas às comunidades, que a atuação do PSA nas comunidades vulneradas socioambientalmente não apresenta nenhum impacto significativo para mudança dessa realidade. A população continua exposta aos fatores de riscos socioambientais que interferem nas condições de saúde, caracterizando a omissão do poder público diante da situação de vulneração das comunidades e de desrespeito aos direitos humanos básicos.

Os ASACE seguem o que é preconizado pelo PNCD, mas a ênfase é dada ao controle do vetor do vírus da dengue nas visitas de inspeção. As atividades são padronizadas para todas as áreas da cidade, não considerando as condições socioambientais das comunidades, como referido por Albuquerque (2005) e Lyra (2009) e desconsiderando as diferenças intrabairro (BEZERRA, 2008).

As visitas de inspeção são rápidas, direcionadas à observação e tratamento dos depósitos que armazenam água, com utilização de larvicida biológico. As orientações dadas são, em geral, para eliminação de possíveis criadouros do *Aedes aegypti*, não contribuindo para mudança de comportamento da população. As ações educativas são limitadas pelo tempo demandado para realização do quantitativo de visitas diárias preconizado.

Pessanha et al. (2009) sugerem mudanças na rotina de visitas preconizadas pelo PNCD de 100% dos imóveis em dois meses, por considerarem inviável, devido ao alto número de recusas e de imóveis fechados. No presente estudo observamos pouca recusa e alguns imóveis fechados. O número de imóveis informados, por dia/agente, variou entre 27 e 33, sendo inspecionados entre 16 e 21 imóveis abertos.

As comunidades de baixa renda, em geral, vulneradas socioambientalmente, apresentam uma maior receptividade à visita do ASACE e são as que mais solicitam a aplicação de larvicidas nos depósitos com água. Este fato evidencia a falsa ideia de proteção no atendimento à demanda (FRANCO; MERHY, 2010), considerando que o problema está, pelo menos, temporariamente resolvido, até a próxima visita do ASACE. Este comportamento está associado ao não atendimento de outras necessidades da população, como saneamento ambiental e empoderamento social, para que possa atuar como sujeito e não como objeto na melhoria da sua qualidade de vida e de saúde. Para tanto, há necessidade de criação de espaços para o diálogo e o confronto de saberes na busca da compreensão, ressignificação e reelaboração coletiva das demandas e necessidades da população e das respostas dos órgãos públicos (GUIZARDI et al., 2010).

O ASACE, ao chegar à residência, identifica-se como Secretaria de Saúde ou tratamento da água. No interior da residência, observa as condições ambientais, especialmente as condições de armazenamento da água para o consumo, se os depósitos estão mal tampados ou sem tampa. Nas comunidades vulneradas cerca de cinquenta por cento (50%) das residências inspecionadas apresentavam caixas d'água, toneis ou pequenos depósitos mal tampados, em geral, com tampas inadequadas. Após verificar a positividade para *Aedes aegypti* a maioria dos recipientes que servem de criadouros ou potenciais criadouros do inseto é tratada com larvicida biológico a base de *Bacillus thuringiensis israelenses* (Bti).

Nessas comunidades a água potável não está disponível para todos. Muitas pessoas carregam água da vizinhança, em baldes ou por meio de mangueiras, deixando-a armazenada de forma inadequada em tonéis e baldes (Figura 25). Poucas residências têm caixa d'água.

Figura 25 – Formas de armazenamento de água nas residências, Joana Bezerra, Recife/PE.



Fonte: a autora, 2013.

As condições precárias de saneamento e habitação da população dificultam os trabalhos dos ASACE nas comunidades vulneradas e expõem esses profissionais a condições insabubres e a multiplicidade de fatores de riscos à saúde (Figura 26).

Figura 26 - Atuação dos ASACE em áreas insalubres com moradias e entulhos sobre o Canal Ibiporã, Ilha Joana Bezerra, Recife/PE.



Fonte: a autora, 2013.

Em áreas endêmicas para filariose, como o bairro Ilha Joana Bezerra, os ASACE coletam o *Culex quinquefasciatus* com o objetivo de identificar o índice de positividade do inseto para microfilária (Figura 27).

Figura 27 – Coleta de *Culex quinquefasciatus*. Ilha Joana Bezerra, Recife/PE, 2013.



Fonte: a autora, Recife, 2013.

As ações de educação em saúde são realizadas em eventos e nas escolas municipais de forma pontual, com ênfase no controle da dengue (Figura 28).

Figura 28 - Ações de educação em saúde numa escola municipal, Coelhos, Recife/PE.



Fonte: a autora, 2013.

Durante as visitas o ASACE recebe queixas sobre a presença de roedores e encaminha a demanda para o supervisor providenciar a desratização. Esta é realizada pelos ASACE que atuam como AOA com raticida Ratol, em pó e em blocos parafinado ou pelo próprio ASACE da área em outro momento.

5.3.2.2 Desratização

Uma das principais demandas das comunidades de baixa renda é a desratização. Esta é efetuada por solicitação da comunidade, através do ASACE, da Ouvidoria Municipal ou contactando diretamente com setor de Vigilância Ambiental do DS, e para bloqueio de casos de Leptospirose, através da Vigilância Epidemiológica.

O bloqueio de caso de leptospirose nas comunidades vulneradas é realizado por uma equipe de ASACE/AOA que circula no peridomicílio, aplicando raticida Ratol em pó, e no interior de algumas residências, o raticida parafinado. As orientações dadas aos moradores para evitar o contato com a urina de roedores não têm impacto numa comunidade com solo úmido, devido à presença de esgoto a céu aberto, com residências de madeira reaproveitada, de papelão e de compensado, com muitas frestas e locais propícios ao alojamento de roedores, e com acúmulo de resíduos sólidos no peridomicílio (Figura 29).

Figura 29 - Atividade de bloqueio de caso de leptospirose, Coelhos, Recife/PE, 2013.



Fonte: a autora, 2013.

As ações do PSA relacionadas à leptospirose não estão contemplando a multiplicidade de fatores determinantes socioambientais, dando ênfase ao desenvolvimento de ações voltadas para a eliminação do reservatório, com uso de raticida e algumas orientações de remoção de entulhos peridomiciliares, com pouco impacto. A leptospirose é considerada uma doença negligenciada e para minimizar seus danos deve-se investir em saneamento ambiental, educação e informação. Compreender que há uma multiplicidade de fatores determinando sua ocorrência em uma população no seu espaço geográfico. O planejamento e a organização das ações de saúde pública devem ser realizados considerando-se as desigualdades existentes entre grupos sociais dentro de um determinado território (OLIVEIRA, 2009).

5.3.2.3 Controle de escorpiões

O controle de escorpiões é realizado quando há solicitação da comunidade ao ASACE ou através da Ouvidoria. As ações de controle restringem-se às orientações para remoção de entulhos e à aplicação do inseticida Demand que tem ação desalojante. Contudo, o “hábito dos escorpiões de se abrigarem em frestas de paredes, embaixo de caixas, papelões, pilhas de tijolos, telhas, madeiras, em fendas e rachaduras do solo, juntamente com sua capacidade de permanecer meses sem se movimentar, torna o tratamento químico ineficaz” (BRASIL, 2009a, p. 36). O Ministério da Saúde adverte que:

Até o presente momento não foi definida cientificamente a eficácia dos produtos químicos no controle escorpiônico em ambiente natural. Invariavelmente, por ocasião do lançamento de novos produtos no mercado, a indicação de seu uso não vem respaldada por experimentos confiáveis. Ilustrando o exposto podemos citar a ausência quase absoluta, de registros de rótulo dos produtos no mercado nacional e internacional para tal finalidade (BRASIL, 2009a, p. 37).

Concluimos que a aplicação do Demand, além de inadequada para o controle de escorpiões, representa desperdício dos recursos públicos e a exposição das pessoas ao produto químico altamente tóxico. Há, também, o risco de contaminação dos ecossistemas.

5.3.2.4 Controle do *Aedes aegypti*

O controle do inseto vetor do vírus da dengue é realizado durante as visitas de inspeção aos imóveis e locais públicos, por meio de monitoramento dos depósitos de armazenamento de água, abertos ou mal tampados, com colocação de larvicida biológico

constituído de *Bacillus thuringiensis israelensis* (Bti) e orientação para manter os depósitos fechados, para eliminação de criadouros do inseto e remoção dos entulhos no domicílio e peridomicílio. Há, também, eliminação de criadouros pelos ASACE e o tratamento perifocal com inseticida químico, adulticida cipermetrina e malation, principalmente, em pontos estratégicos e bloqueio de caso de dengue, num perímetro de 300m.

Em janeiro de 2010, a Secretaria Municipal de Saúde do Recife começou a utilizar larvicida químico Diflubenzuron 25% em lugar do larvicida biológico Bti no controle das larvas do *Aedes aegypti*. A utilização do Diflubenzuron foi recomendada pela Coordenação Nacional de Controle da Dengue. Contudo, devido a ocorrência de metahemoglobinemia em alguns ASACE o uso do Diflubenzuron foi suspenso, voltando-se a utilizar o Bti em todos os distritos sanitários do Recife, a partir de março de 2011 (BRASIL, 2012a).

O Ministério da Saúde fornece os larvicidas e inseticidas químicos previstos no PNCD para os municípios utilizarem no controle dos insetos vetores dos agentes etiológicos da dengue (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 2002a). O município que decidir não utilizar os produtos químicos devem arcar com a aquisição do outro produto de sua escolha. O larvicida biológico só é fornecido pelo Ministério da Saúde quando há comprovação de resistência ao larvicida químico. No caso do Recife, a opção foi pelo larvicida biológico Bti, que já vem sendo utilizado há algum tempo. A decisão do Secretário Municipal de Saúde da cidade do Recife “foi comprar à custa do erário local o biocida orgânico, mesmo sob pressão do Ministério da Saúde para manter o uso do veneno nocivo”, impondo o modelo químico na saúde pública. Espera-se “das ações sanitárias proteção da saúde e não submissão a situações de potenciais danos à saúde” (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA, 2012, p. 95).

A vigilância entomológica é realizada, prioritariamente, por meio do Levantamento de Índice Rápido de *Aedes aegypti* (LIRAA), a partir da observação visual de larvas, seguindo a proposta de Connor e Monroe (1923 apud BONAT et al. 2009) para medir a infestação por *Aedes aegypti* em áreas urbanas. Consiste em vistoriar os depósitos e recipientes com água encontrados nas residências e outros locais, como borracharias, ferros-velhos, cemitérios, entre outros tipos de imóveis considerados estratégicos, por servirem de criadouros do mosquito.

O LIRAA tem a vantagem de apresentar, de maneira rápida e segura, os índices de infestações larvários (predial e Breteau), podendo ser empregado como instrumento de avaliação dos resultados das medidas de controle, incluindo-se também dados referentes aos tipos de recipientes, tornando possível redirecionar e/ou intensificar algumas intervenções, ou ainda, alterar as estratégias de controle adotadas (BRASIL, 2013a, p. 19).

Apesar da pesquisa larvária ser importante para verificar o impacto das estratégias de controle da dengue, dirigidas à eliminação das larvas do vetor, não constitui um “bom indicador para se medir a abundância do adulto e é ineficaz para estimar o risco de transmissão, embora venha sendo usada com essa finalidade” (FOCKS, 2000; NELSON, 1995 apud BRAGA; VALLE, 2007, p. 296).

Quanto a esse aspecto, Melo-Santos (2008, p. 154) propõe o uso de ovitrampas tratadas com Bti como uma estratégia eficiente para o monitoramento contínuo de *Aedes* spp. em áreas urbanas infestadas. A autora afirma que as ovitrampas apresentam “sensibilidade para detectar flutuações temporais na densidade populacional e identificar locais com maior concentração populacional do mosquito”. Refere-se ao modelo contendo 2L de infusão de gramíneas como apropriado a períodos de monitoramento contínuo, inferiores a 28 dias.

Conforme Melo-Santos (2008, p. 154), “os índices estimados a partir de ovos revelaram ampla e elevada infestação por *Aedes spp.* nos bairros estudados em Recife e Jaboatão dos Guararapes, nos anos de 2001 a 2007, em discordância com os índices prediais baseados em pesquisa larvária”.

A utilização de ovitrampas, com coleta e destruição massiva de ovos de *Aedes aegypti*, pode servir, também, como estratégia de controle complementar desse culicídeo, associada a eliminação e controle ostensivo de outros criadouros larvários. Sua eficácia “depende da quantidade de ovos destruídos e, conseqüentemente, da abrangência e do tempo de uso das armadilhas em campo, bem como, dos resultados das demais ações de controle” (MELO-SANTOS, 2008, p. 154). No entanto, a centralização dos recursos para compra de insumos pelo Ministério da Saúde limita a autonomia do gestor municipal sobre esses recursos, não podendo adotar medidas alternativas de controle (SANTOS; CABRAL; AUGUSTO, 2011).

O combate à dengue, conforme Machado et al. (2009, p. 1032), parece ser uma “tarefa bastante difícil, já que a sua manutenção como endemia envolve fatores sociais e de infraestrutura urbana, produzidos historicamente e relacionados à dinâmica de movimentação diária da população e das riquezas”. Uma análise contextualizada da ocorrência da doença e do modo de vida local permite reconhecer os fatores associados e o desenvolvimento de estratégias efetivas de controle. É importante também analisar, em cada contexto sociocultural, como a população reconhece os determinantes da ocorrência da doença e as formas de prevenção, e superar as campanhas episódicas de informação, utilizando-se estratégias de educação continuada (SANTOS; CABRAL; AUGUSTO, 2011) capaz de promover o empoderamento dos sujeitos.

Conforme o Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS (2011b) é um equívoco atribuir somente ao setor saúde a responsabilidade pelo controle da transmissão do vírus da dengue, uma vez que a atuação isolada é incapaz solucionar esse problema. Para o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (2011b, p. 10) as ações de controle dos vetores necessitam da efetivação de políticas públicas integradas e contínuas, que solucione os “problemas de ocupação desordenada dos espaços urbanos, a deficiência de saneamento básico (notadamente do acesso regular à água), a inadequação do acondicionamento, coleta e destino do lixo, a mudança de atitude da população”.

5.3.2.5 *Controle filariose*

O controle da filariose é realizado com o tratamento em massa dos moradores das áreas endêmicas, realização de busca ativa de infectados por meio de pesquisa de microfilária no sangue periférico (hemoparasitoscopia) nas áreas endêmicas e com a utilização do *Bacillus sphaericus* nas águas estagnadas para combater as larvas do *Culex quinquefasciatus*.

O uso de larvicida biológico nos canais não é muito eficiente devido a perda do produto, que se dispersa facilmente em água corrente. Embora, não contemple o saneamento ambiental, a estratégia de controle da filariose tem obtido êxito na redução dos casos da doença no bairro Ilha Joana Bezerra e em outras áreas endêmicas da cidade do Recife, onde foi realizado o tratamento em massa da população residente, conforme dados do SINAN (BRASIL, 2014).

O Ministério da Saúde, com objetivo de eliminar a filariose do país até o ano 2015, recomenda: manter alta a cobertura de tratamento coletivo com Dietilcarbamazina (MDA) na Região Metropolitana de Recife, até alcançar a eliminação da doença; manter a situação de eliminação nos estados que já alcançaram e manter a vigilância de casos não autóctones. A meta é eliminar o foco de filariose linfática nos municípios endêmicos pertencentes a Região Metropolitana de Recife, em Pernambuco (Recife, Paulista, Olinda e Jaboatão dos Guararapes), até 2015 (BRASIL, 2012b).

5.3.2.6 *Controle da raiva*

Outra doença que está sob controle é a raiva, desde 2004 que não é diagnosticado caso de raiva urbana (cães e gatos) na cidade do Recife. O resultado, conforme Recife (2014a), “é atribuído às ações da Vigilância Ambiental – vacinação, monitoramento laboratorial do vírus

rábica, educação em saúde e guarda responsável do animal, realizadas pelos supervisores, Asaces e médicos veterinários”. A vacinação antirrábica é considerada a única forma de proteção de caninos e felinos contra a raiva animal. Anualmente há uma campanha nacional de vacinação animal.

No município do Recife, entre os anos de 2002 e 2008, eram realizadas, anualmente, duas campanhas de vacinação antirrábica animal. A partir de 2009, com a introdução da vacina de cultivo celular com a alta efetividade e resposta em menor espaço de tempo, o número de campanhas anuais de vacinação passou para apenas uma por ano (RECIFE, 2014a).

A meta é vacinar 80% dos animais. Quando a meta não é alcançada os Agentes de Saúde Ambiental e Controle de Endemias (Asaces) da Secretaria de Saúde do Recife realizam a busca estratégica de animais que não foram imunizados no dia da campanha para serem vacinados. O objetivo principal é evitar a raiva humana (RECIFE, 2014b).

Críticas às ações da Vigilância à Saúde para o controle de doenças e agravos são tecidas por alguns autores. Gurgel (2007) afirma que o tratamento da população contra filariose é influenciado pela coalizão tradicional químico-dependente, nos programas nacional e internacional. Battesini e Sperb (2007) critica as ações de vigilância à saúde voltadas para assistência, atuando sobre as doenças, agravos e riscos à saúde. E afirma que suas ações devem ser planejadas considerando a amplitude e complexidade do conceito de saúde e suas várias dimensões, interagindo com todos os setores da sociedade para a construção de ações efetivas de promoção, proteção e prevenção. Fracolli et al. (2008) afirmam que a Vigilância à Saúde apresenta potencialidade para o monitoramento das condições de vida e saúde da população, no entanto, como observamos no presente estudo, não explora esse potencial.

5.3.2.7 Ações intersetoriais - realizadas para atender as demandas das comunidades relacionadas às competências do PSA.

As ações intersetoriais são realizadas, especialmente, em casos emergenciais, como inundações em decorrência das fortes chuvas, incêndios e epidemias. Nas ações de rotina a intersetorialidade é restrita, direcionada a responder às solicitações de drenagem, desobstrução da rede de esgotos, limpeza de canais e para viabilizar algumas ações educativas nas escolas municipais e eventos pontuais. Os órgãos envolvidos são: a Defesa Civil (CODECIR), Companhia Pernambucana de Saneamento (COMPESA), Empresa Municipal de Limpeza Urbana (EMLURB) e Secretaria Municipal de Educação. Outras instituições públicas e privadas como a Empresa de Urbanização do Recife (URB), a Empresa Brasileira

de Correios e Telégrafos (ECT), o Serviço Social do Comércio (SESC), a Companhia Energética de Pernambuco (Celpe), escolas e outras, solicitam ações educativas por ocasião de epidemias e datas comemorativas, algumas instituições atuando como protagonistas.

Contudo, não há uma verdadeira intersectorialidade, visto que, as ações não são programadas em conjunto, há, apenas, articulações entre os órgãos para desenvolver ações pontuais. Lyra (2009) considera que as ações intersectoriais no âmbito da Saúde Ambiental podem ser potencializadas a partir de problemas, definindo-se atribuições, responsabilidades e prioridades. A intersectorialidade deve proporcionar o planejamento e a realização de ações integradas e articuladas, com avaliação conjunta dos resultados (INOJOSA, 2001), considerando o cidadão em sua totalidade, inserido num grupo populacional e num território com necessidades e demandas próprias (JUNQUEIRA, 2004).

Para tanto, há necessidade de mudanças de processos de trabalho, de abertura de canais de diálogos permanentes, de troca de saberes e partilhamento de poder, fundamentais para implementação de uma política promotora de saúde (LYRA, 2009, p. 44). Nessa perspectiva, a intersectorialidade deve possibilitar o empoderamento dos diversos setores, fortalecendo a formulação das políticas públicas (KREMPEL; MOISÉS; MOISÉS, 2004).

Conforme a Comissão sobre Determinantes Sociais de Saúde (2005) o sucesso das ações intersectoriais depende do cumprimento de objetivos, tais como: o “compromisso com a visão da saúde como uma meta social e política; a formulação de políticas de desenvolvimento econômico com o intuito de promover a seguridade social; maior influência e participação da comunidade; e equidade na cobertura dos serviços de saúde”

Referindo-se às ações intersectoriais do PSA, Albuquerque (2005) observa que há alternância entre momentos de avanços e de estagnação das ações intersectoriais estruturadas, em geral, através dos forinhos, não observando uma real participação da população. Os Fóruns semestrais e forinhos distritais “foram criados para sistematizar a articulação intersectorial no atendimento das demandas, mas que hoje se encontram de certa forma desmobilizados” (ALBUQUERQUE; AUGUSTO, 2011, p. 263).

Ações intersectoriais de contingência são realizadas nas comunidades vulneradas na Microrregião 1.3, frequentemente em casos de incêndios. Os incêndios constituem um sério problema para essas comunidades, que além dos danos materiais, expõem-se ao risco de acidentes, ou até, de morte. Recentemente, no dia 05 de agosto de 2013, um incêndio destruiu a maior parte das residências (121, conforme dados do PSA) da comunidade do Campinho, que fica próxima a USF Coelhos I (Figuras 30, 31 e 32) e no dia 15 de fevereiro de 2014 outro incêndio destruiu metade da comunidade Roque 3, também no bairro dos Coelhos.

Figura 30 – Comunidade do Campinho antes do incêndio, Coelhos, Recife/PE, 2013.



Fonte: Google (2013).

A maioria das casas da comunidade do Campinho eram de madeira e material aproveitado, altamente inflamáveis (Figura 31). Nesses momentos, os moradores perdem tudo, inclusive os documentos e até as roupas, ficando dependente da solidariedade de outras pessoas e instituições. O auxílio moradia pago pela prefeitura é insuficiente para pagar um aluguel. Nas figuras 32 e 33, podemos perceber a gravidade do problema para essas famílias.

Figura 31 – Moradias da Comunidade do Campinho antes do incêndio, Coelhos, Recife/PE, 2013.



Fonte: a autora, 2013.

Figura 32 – Incêndio na Comunidade do Campinho, Coelhos, Recife/PE, 2013.



Fonte: Jornal do Commercio (INCÊNDIO ..., 2013).

Nesses momentos, os órgãos públicos e a sociedade percebem que essas pessoas existem e que necessitam de apoio. É quando ocorrem os mutirões com a participação de várias secretarias municipais e estaduais, promovendo ações intersetoriais de mitigação dos danos, mas logo depois, a comunidade cai no esquecimento novamente.

Figura 33 - Comunidade do Campinho destruída após o incêndio, Coelhos, Recife/PE, 2013.



Fonte: a autora, 2013.

Nos dias 10 e 17 de agosto foram realizadas ações intersetoriais para a mitigação dos danos sofridos pela comunidade do Campinho. Houve emissão de documentos, doação de cestas básicas e roupas, vacinação e orientações para prevenção de doenças, entre outras ações. A equipe do PSA no dia 10 de agosto visitou as residências do entorno da área queimada para realizar desratização e controle do *Aedes aegypti*, conforme figura 34 e 35.

Figura 34 – Desratização em mutirão, com raticida Ratol, Coelhos, Recife/PE, 2013.



Fonte: a autora, 2013.

Figura 35 – Inspeção de criadouros de *Aedes aegypti*, em mutirão, Coelhos, Recife/PE, 2013.



Fonte: a autora, 2013.

Nessa comunidade, observamos a precariedade das condições de moradia, com ambientes propícios a proliferação de animais sinantrópicos, especialmente, de roedores e insetos vetores dos agentes etiológicos da dengue e da filariose. A estrutura dos domicílios é de materiais inflamáveis, madeira velha, compensado e material aproveitado. Mas, essa não é uma preocupação do PSA, embora essas condições de moradia representem um grave problema socioambiental e de saúde, tornando as ações do PSA incipientes nesses locais.

Uma das principais demandas percebidas e necessidade observada durante a pesquisa no Território 1.3, foi por moradia adequada. O atendimento à demanda por moradia é viabilizado de forma muito lenta. Entre a definição do projeto e a conclusão das obras são mais de oito anos, como está acontecendo no bairro Ilha Joana Bezerra. O conjunto Habitacional Vila Brasil já passou por três gestões da Prefeitura do Recife e ainda não está pronto. A construção, conforme o Albuquerque (2013), foi anunciada em 2006, teve início em 2009 e a entrega estava prevista para 2014, mas ainda não foi concluída.

Trata-se de uma obra contratada por R\$ 19,5 milhões, com a previsão de construção de 14 blocos de apartamentos, totalizando 448 unidades residenciais de 41m². Porém, a obra ficou parada, conforme Albuquerque (2013), por vários meses, conforme figura 36.

Figura 36 – Construção de residencial parada por mais de um ano, Joana Bezerra, Recife/PE, 2013.



Fonte: a autora, 2013.

A Secretaria de Habitação do Recife informou que o Conjunto Habitacional Vila Brasil será ocupado por famílias já cadastradas das comunidades Favela do Papelão e da Vila Brasil. Um termo de referência está sendo elaborado para a abertura de nova licitação. A previsão era de que as obras fossem iniciadas até junho de 2013, com prazo de entrega de 15 a 18 meses (ALBUQUERQUE, 2013).

Diante da denuncia de possíveis irregularidades decorrentes de um obra iniciada próximo ao Fórum Joana Bezerra, a Secretaria Nacional de Habitação - Ministério das Cidades – informou que a Caixa Econômica Federal, mandatária da União, realizou o distrato da operação em 14/05/2013, encaminhando a documentação pertinente. Conforme relatório, no que tange aos recursos federais, não há irregularidade no contrato de Repasse nº 0192.847-65, firmado entre a União – Ministério das Cidades, e o Município do Recife-PE, intermediado pela Caixa Econômica Federal, visto que, ocorreu o distrato do contrato de repasse e a devolução integral dos recursos repassados aos cofres da União. O distrato tem por finalidade extinguir as obrigações estabelecidas em um contrato/convênio celebrado anteriormente (BRASIL, 2013b).

A habitação para população de baixa renda está assegurada pela Lei 11.124/05 que instituiu o Sistema Nacional de Habitação de Interesse Social (SNHIS), objetivando viabilizar para a população de menor renda o acesso à terra urbanizada e à habitação digna e sustentável (BRASIL, 2005b). Contudo, a viabilização de moradias populares não parece ser prioridade dos prefeitos, como se observa na situação acima exposta. A moradia adequada, digna, uma das principais demandas das comunidades da Microrregião 1.3 é um direito assegurado em lei e um dos fatores determinantes da saúde. No entanto, para a sua efetivação torna-se necessária a participação ativa da população por meio da mobilização e controle social. Para tanto, é fundamental o empoderamento social através de ações de educação, informação e participação política da população nas decisões.

5.4 Demandas percebidas pelos sujeitos do território

Nesse item apresentamos os resultados das oficinas realizadas inspiradas na metodologia MARES. Os problemas, demandas e possíveis soluções, identificados nos quatro grupos trabalhados, foram sistematizados combinando-se dois instrumentos, o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) e um esquema de mapa da comunidade inspirado na MARES. O DSC foi utilizado para análise dos textos produzidos pelos participantes de uma das escolas (alunos do ProJovem) e dos textos transcritos a partir das discussões dos participantes da outra escola

(alunos do EJA) e do grupo dos idosos. No esboço do mapa da comunidade identificamos os problemas da comunidade, alguns potenciais mediadores facilitadores e mediadores inibidores que interferem na solução dos problemas.

5.4.1 Problemas, necessidades, demandas e possíveis soluções

Os diversos **problemas, necessidades e demandas** percebidas no primeiro encontro dos grupos de EJA, contemplando vários aspectos da comunidade, foram apresentados no encontro seguinte, de forma sistematizada por temas, objetivando a seleção dos problemas mais relevantes para a comunidade. A organização por temas, condicionantes macrosociológicos, objetivou facilitar a escolha pelos participantes: - **Saúde/doença/acesso aos serviços de saúde** (dengue, filariose), falta de médicos no Posto de Saúde, péssimo atendimento ou não tem bom atendimento, se vai para um hospital, manda para outro, descaso nos hospitais, Posto de Saúde péssimo, falta de atendimento; - **segurança**: falta policiamento; - **moradia**: falta de moradia, retirada das casas para construção de ponte; - **desemprego**: retirada do feirão; - **limpeza pública**: muita porcária, calçadas com entulhos, muita sujeira, poluição, esgotos cheios de lixo, lixo pelas ruas e dentro dos canais; - **esgotos**: estourados, ruas alagadas, cheias de insetos que fazem mal a saúde; - **fome**; falta comida, pessoas estão passando fome; - **poluição** / falta de cooperação das pessoas; - **animais vetores de doenças**: muitos ratos, baratas, insetos, todo tipo de bichos; - **falta de água**.

Os quinze participantes do Módulo V do EJA poderiam escolher três problemas de qualquer tema ou condicionante macrosociológico ou acrescentar outros problemas. Dessa forma, foram escolhidos além de alguns dos problemas citados no encontro anterior, outros problemas que foram organizados por temas/condicionantes macrosociológicos e analisados por meio do DSC.

Durante as discussões foram esclarecidos alguns pontos, como a retirada do feirão de carros. Este apenas mudou de lugar, mas continua próximo à comunidade. Não está associado ao desemprego na comunidade, mas favorece a venda de alimentos em barracas. Foram colocadas, também, as sugestões elencadas no encontro anterior, demandas e necessidades, como medicamentos, escolas profissionalizantes e vulnerabilidades, como o problema do preconceito com as pessoas que moram no bairro na ocasião preencher vaga de emprego.

As **demandas específicas de saúde ambiental** foram discutidas com a turma do EJA Módulo IV. Foram elencados os seguintes **problemas e soluções**: *retirada das casas; falta de água; esgotos cheios de lixo; limpeza pública precária; entulho nas calçadas; lixo nos canais*

e ruas; aprovo a retirada das casas dos canais, pra a água fluir bem e evitar cheia; empresa de reciclagem em local errado; poluição sonora; bastante insetos, mosquitos; ratos e escorpiões, sujeira nas ruas; muita poeira; na nossa comunidade deveria ter mais saneamento pelo canal; deveria ter limpeza todo mês; é muito lixo acumulado; é muito lixo nas calçadas, deveria ter mais uma limpeza pela comunidade; é muito ruim esgotos estourados porque fica o mau cheiro; na comunidade deveria ter mais organização sanitária.

Quanto às ações de Vigilância e Saúde Ambiental, nas discussões percebemos que a maioria dos participantes desconhece o PSA, só referindo-se ao trabalho do ASACE quando houve referência à visita desse profissional às residências. Os participantes referem-se aos ASACE como o *agente de saúde que coloca remédio para dengue nas águas dos recipientes* (toneis, caixas d' água, baldes, etc), evidenciando-se a priorização das ações de controle da dengue pelo PSA, como constatado por Albuquerque (2005) e Lyra (2009). A persistência da presença de insetos, ratos e escorpiões evidencia que as demandas tradicionais abordadas pela velha Saúde Pública, também, não estão sendo atendidas de forma adequada.

Observamos que as demandas de Saúde Ambiental estão relacionadas, prioritariamente, ao déficit do saneamento ambiental nas comunidades. O atendimento às demandas das comunidades depende da viabilização de ações intersetoriais, indo além do espaço do setor saúde (AUGUSTO, 2003; CORDEIRO J, 2008) e que promova a participação e a democracia.

Os problemas identificados pelo grupo de idosos do bairro dos Coelhos foram os seguintes: rua alagada por conta dos resíduos sólidos; som muito alto na comunidade durante toda semana, chegando, em alguns dias, até às 03:30h; fossas estouradas; bueiros feitos pela COMPESA; esgotos entupidos; *a COMPESA veio sábado e domingo para desentupir os esgotos*; falta de creche; banheiro do Mercado Público exala mau cheiro; problemas de acúmulo de resíduos sólidos: *só não bota lixo no lugar certo quem não quer; o carro passa e recolhe todos os dias: de manhã a carroça e de noite o caminhão. Depois que o caminhão passa o povo bota o lixo* (participantes da oficina); foi sugerido desratizar o depósito de material reciclável que fica ao lado da USF. O depósito não pode ficar na comunidade, conforme participantes da oficina. Os debates desse grupo foram transcritos e analisados por meio do DSC.

5.4.2 Discurso do Sujeito Coletivo (DSC)

A análise dos produtos (textos e transcrições dos debates) das oficinas foi realizada com a utilização da técnica DSC. Para construção do DSC utilizamos trechos selecionados literalmente dos depoimentos individuais, inserindo-os em categorias de análise temáticas. Estas englobaram os **problemas e soluções gerais e os problemas e soluções específicos**: dificuldade de acesso aos serviços de saúde; visita do agente de saúde ambiental; dificuldade de acesso à educação de qualidade, dificuldade de acesso à Educação de Jovens e Adultos de qualidade; demanda por creche, poluição sonora; saneamento básico; determinantes microssociológicos da saúde.

5.4.2.1 - Problemas e soluções gerais

Algumas falas são ilustrativas da falta de confiança nos tomadores de decisão das políticas públicas. Há clareza na demanda por políticas públicas necessárias à promoção da saúde e à melhoria das condições de vida.

O discurso do quadro 1 mostra a indignação do usuário diante do sentimento de descaso dos governantes para resolução dos problemas ambientais e de acesso aos serviços de saúde, educação, saneamento básico e de lazer nas comunidades de baixa renda. Trata-se de um significativo de descrédito nos políticos e governantes para resolução dos problemas que deveriam ser prioridade. Percepção da exclusão e da discriminação social e consciência de direitos não respeitados, ficaram evidentes a partir do discurso, como observado em outras comunidades por Lacerda e Martins (2011) e Martins, Bezerra e Nascimento (2011).

As demandas expressas no discurso evidenciam a falta ou deficiência de diversos serviços essenciais à Promoção da Saúde e traduzem os anseios das comunidades pela efetivação dos direitos sociais. Esses aspectos foram referidos por Franco e Merhy (2010) e Carvalho (2007) no processo de construção das demandas.

Quadro 1 - Problemas e soluções gerais

ANCORAGEM 1	DSC DA ANCORAGEM I
<p><i>O prefeito só lembra dos ricos, só os ricos são prioridade. Os pobres são esquecidos pelos prefeitos, pelos governos, por todos que governam o Brasil.</i></p>	<p><i>Sou moradora do Coque. Mas sou muito insatisfeita com tantos problemas. O prefeito não lembra das pessoas pobres, só lembra dos ricos, são prioridade, isso é um absurdo. Nós estamos esquecidos pelos prefeitos, pelos governos, por todos que governam o Brasil e roubam nosso dinheiro. Nós pobres é quem sofre. Nada presta no Coque, falta tudo. Precisa melhorar:</i></p> <p><i>São muitos problemas, tanto ambiental como na saúde pública, esta é uma negação, o governo constrói muito hospital, mas cadê os médicos, além de médico, falta a ética.</i></p> <p><i>Fora a saúde, meu Deus, são muitas irregularidades, o governo só quer ganhar dinheiro pra si próprio. Falta área de lazer, Falta escola, boa educação, curso profissionalizante, Ensino Médio no bairro e saneamento básico.</i></p> <p><i>Há empresa de reciclagem em local errado, poluição sonora, bastantes insetos, ratos e escorpiões, praça quebrada, cheia de cavalos e a maior imundice.</i></p> <p><i>Depois da retirada das casas de tábuas ficou faltando moradia na comunidade. Falta comida, pessoas estão passando fome.</i></p> <p><i>Há violência no dia a dia, preconceito com o bairro onde moramos. Segurança tem, mas falta mais profissionalismo da parte dos policiais que tratam qualquer jovem como se fosse bandido, fora isso é tranquilo.</i></p> <p><i>Eu queria uma comunidade com menos violência, com menos maloqueiros; com limpeza; melhoria na educação e na saúde.</i></p>

Fonte: elaborado pela autora a partir das oficinas MARES, 2013.

5.4.2.2 Problemas e soluções específicas: dificuldade do acesso aos serviços de saúde

Analisando os aspectos microssociológicos da integralidade da APS, observamos que a população entrega a responsabilidade por sua saúde nas mãos dos profissionais de saúde, especialmente, dos médicos e dos ACS. A visão de saúde é curativa, refletindo o modelo médico assistencial (TEIXEIRA; PAIM; VILAS BOAS, 1998; MACHADO; PORTO, 2003), ainda presente na concepção de saúde dos usuários do SUS. Há um predomínio das atividades assistenciais em detrimento da vigilância e da promoção da saúde (DIAS et al, 2009), impedindo os usuários de reconhecerem sua corresponsabilidade na práxis públicas e de todos os atores envolvidos no processo (MARTINS, BEZERRA; NASCIMENTO, 2011).

Por outro lado, evidenciamos através do DSC (Quadro 2), que os serviços públicos de saúde não estão atendendo de forma satisfatórias todas as demandas das comunidades da Microrregião 1.3. Os postos de saúde (USF) não dispõem de profissionais suficientes para atender as demandas de saúde/doença das comunidades. A universalidade do acesso não

acontece como preconizada pelo SUS. O que se observa é um acesso restrito e competitivo, sem garantia de atendimento a todos que se dirigem a USF.

A integralidade da assistência à saúde na perspectiva do cuidado médico, priorizando a articulação entre diferentes níveis da atenção à saúde (MONNERAT; SOUZA, 2011), embora considerada restrita à racionalidade da oferta de serviços, se voltando ao atendimento da demanda espontânea (TEIXEIRA, 2002), não acontece. O acesso aos serviços de saúde de média e alta complexidade é muito limitado, dificultando a realização de exames e o atendimento em clínicas especializadas, como referido em outros estudos (MARTINS; BEZERRA; NASCIMENTO, 2011), o que causa descrédito e invalida o esforço despendido na ponta para acolher e cuidar das pessoas (DIAS et al. 2009). A operacionalização da integralidade no SUS é considerada insuficiente por Monnerat e Souza (2011), por não contribuir de maneira efetiva para mudar a organização fragmentada das políticas sociais brasileiras.

Quadro 2 - Dificuldade do acesso aos serviços de saúde

ANCORAGEM II	DSC DA ANCORAGEM II
<i>Posto de saúde não vem médico. Tem que vir médico para melhorar nossa saúde e vida.</i>	<i>A saúde da minha comunidade anda mal, porque o atendimento no posto de saúde, com toda verdade, não é nada bom, muitas vezes quando precisamos não tem médico. Falta médico, dentista, medicamentos e organização. Até pra pegar uma ficha pro dentista é horrível, chega de uma hora da madrugada ou compra. Há poucas vagas para marcação de consulta, com vendas de fichas na fila.</i>
	<i>As agentes de saúde não vão à sua casa, até quando tem pessoa operada ou deficiente elas não procuram saber se está precisando de atendimento. Quando a família vai marcar muitas vezes não consegue e quando consegue é para dois meses ou mais.</i> <i>Emergência não tem e as UPA e Policlínicas são superlotadas. As UPA não prestam. Se vai para um hospital, manda para outro. Há descaso nos hospitais. Fora as doenças transmissíveis. Há dengue, filariose, cansaço, [...].</i> <i>A comunidade precisa de mais médicos no Posto de Saúde, mais remédios, um bom hospital e mais organização nos postos de saúde.</i>

Fonte: elaborado pela autora a partir das oficinas MARES, 2013.

A integralidade da atenção à saúde deve considerar as condições de vida e a situação epidemiológica dos grupos, incluindo ações de prevenção de riscos e agravos, assistência aos danos e a promoção da saúde (TEIXEIRA, 2002; CAMPOS, 2003). Nessa perspectiva, o cuidado integral não pode ficar restrito ao setor saúde. Deve atuar sobre a Determinação Social da Saúde e englobar os fatores determinantes socioeconômicos, da produção e consumo de bens, políticos, culturais, ambientais e biológicos (TEIXEIRA, 2002; FRANCO;

MERHY, 2010). Compreender a complexidade das relações da vida em sociedade e em seus contextos ambientais, a partir de uma abordagem ecossistêmica ou ecossocial da integralidade (PORTO, 2004; AUGUSTO, 2011).

5.4.2.3 Problemas e soluções específicas: visita do Agente de Saúde Ambiental e Controle de Endemias (ASACE)

A visita de inspeção dos Agentes de Saúde Ambiental e Controle de Endemias (ASACE) é referida com discursos diferentes. Enquanto um elogia o trabalho dos ASACE, o outro critica sua atuação. Duas ancoragens foram destacadas para análise dos DSC: percepção de atendimento à demanda e ilusão de proteção por meio de utilização de produtos (**Ancoragem III**); e descrença do usuário no compromisso dos ASACE com a comunidade, sugerindo descaso com relação às demandas de Saúde Ambiental (**Ancoragem IV**).

O PSA é referido no DSC da Ancoragem III apenas nas ações de controle da dengue e de roedores. Conforme o Tribunal de Contas de Pernambuco (PERNAMBUCO, 2005), o agente de saúde ambiental, muitas vezes, é identificado, apenas, como o agente que desenvolve ações de controle da dengue, concentrando as orientações à população sobre o armazenamento adequado da água e o problema do acúmulo de resíduos sólidos, durante as visitas domiciliares.

A forma de controle do *Aedes aegypti* evidenciada é por meio de produtos colocados na água ou pulverizados no ambiente, referidos como remédios. No controle dos roedores foi referido o uso de “remédio” para o rato em alusão aos raticidas (Quadro 3). Os usuários associam a solução de seus problemas de saúde a certos produtos químicos ou procedimentos realizados pelos serviços, considerando-os suficientes para o atendimento de seus problemas relativos as pragas urbanas e a satisfação de suas necessidades, expressando um comportamento similar ao mencionado por Franco e Merhy (2010). Essas medidas de controle, no entanto, podem contribuir para a contaminação do ambiente e exposição das populações aos inseticidas tóxicos (PORTO, 2005).

O modelo tradicional de controle das endemias químico dependente, imposto como solução (GURGEL, 2007; ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA, 2012), atuando sobre o vetor dos agentes etiológicos e não sobre as condições ambientais que favorecem a sua proliferação, são percebidos como necessários e demandados. Inclusive a utilização da denominação de “remédio” para os biocidas é uma linguagem reforçada pela ação dos próprios agentes de saúde. Não há referência ao

saneamento ambiental que, conforme Oliveira (2009), com a educação, a informação e a comunicação são fundamentais para o controle da leptospirose, assim como, da dengue (LEFEVRE et al., 2007).

Nessa perspectiva, o PSA insere-se no Modelo Sanitarista que tem por objeto formas de transmissão da doença na perspectiva epidemiológica (TEIXEIRA; PAIM; VILAS BOAS, 1998), atuando sobre o agente etiológico e seu vetor, considerados como causa do problema (MACHADO; PORTO, 2003). As ações de intervenção concretas, como a colocação de larvicidas, inseticidas e raticidas, são preferidas em detrimento de ações cotidianas para o empoderamento dos indivíduos e populações, que demandam tempo e persistência para sua consolidação (LYRA; ARAÚJO JÚNIOR, 2014). A participação da população por meio do diálogo e do confronto de saberes é fundamental para problematizar e reconfigurar as demandas e as respostas dos serviços públicos (GUIZARDI et al, 2010).

Quadro 3 - Agente de Saúde Ambiental e Controle de Endemias visita as residências.

ANCORAGEM III	DSC DA ANCORAGEM III
Percepção de atendimento à demanda e ilusão de proteção por meio de utilização de produtos.	<i>A saúde ambiental vem, é pela prefeitura né isso, vem bota um nomezinho atrás da porta, e são muito educados. O agente de saúde ambiental vem,[...] eles botam remédio na água, já me deram remédio pra rato. O remédio na água é pra matar o mosquito da dengue, o Aedes aegypti, né? Pronto. Também, quando tá com muita muriçoca, já vem aquela fumacinha....quando tava muito mesmo [...] o ano passado teve mais [...] é na época de verão. O mosquito da dengue é a muriçoca.</i>

Fonte: elaborado pela autora a partir das oficinas MARES, 2013.

No outro DSC (Quadro 4) o usuário critica a atuação dos ASACE, achando que eles não visitam mais as residências porque os moradores já têm informação suficiente para evitar a proliferação do inseto vetor do vírus da dengue. De fato, essa informação tem sido amplamente divulgada pelos agentes de saúde e pelos meios de comunicação, desde o início da epidemia em 1995. Claro, Tomassini e Rosa (2004), identificaram conhecimento elevado em várias comunidades sobre a forma de transmissão do vírus da dengue e sobre o controle do vetor. Contudo, Lefèvre et al (2007) relatam o pouco conhecimento da população a respeito do ciclo de vida e potenciais criadouros do *Aedes aegypti* e sobre os vários aspectos da dengue, os sintomas de agravamento da doença e as medidas de proteção mecânica e biológica para controle do vetor (SANTOS; CABRAL; AUGUSTO, 2011).

Embora a população tenha algum conhecimento, isto não é suficiente para que participe ativamente do processo de controle da dengue (CLARO; TOMASSINI; ROSA,

2004; LEFEVRE et al., 2007). Os moradores, em geral, ficam à espera do agente de saúde ambiental para realizar atividades de eliminação de criadouros do *Aedes aegypt* que poderiam ser incorporadas em sua rotina doméstica, como constatado por Santos, Cabral e Augusto (2011).

Diante dessa situação, evidenciamos a necessidade de promover o empoderamento social, por meio das ações de educação popular em saúde (CARVALHO, 2004), que desconstruam o imaginário dos sujeitos sobre os processos e produtos, ressignificando a ideia de cuidado para construção de uma nova imagem da demanda (FRANCO; MERHY, 2010).

Quadro 4 - Agente de Saúde Ambiental e Controle de Endemias não visita as residências

ANCORAGEM IV	DSC DA ANCORAGEM IV
Percepção de descaso com relação as demandas de Saúde Ambiental.	<i>Falta das visitas das agentes de saúde nas casas, antigamente, já faz algum tempo, eu mesmo não posso fala, passei um tempo em São Paulo. Mas [...] antigamente vinha muito, pessoas para as casas, pra vê se tem algum, vê alguma canaleta, pra vê isso aí que a senhora falou (saúde ambiental), isso foi antigamente, mas agora não está vindo, parece que eles relaxaram pra isso, não estão ligando tão querendo dizer, ah! eles que se virem, eles sabem como é que é.</i>

Fonte: elaborado pela autora a partir das oficinas MARES, 2013.

Analisando-se os condicionantes microssociológicos da integralidade, na perspectiva do usuário em rede, o atendimento “não se limita a tipos de serviços de saúde ou as visitas domiciliares, devendo ser, também, considerados os mecanismos de reconhecimento, de respeito e de valorização do usuário pelo profissional de saúde” (MARTINS, 2011, p. 83).

5.4.2.4 Problemas e soluções específicas: dificuldade de acesso à educação de qualidade

No DSC do quadro 5 a comunidade critica a infraestrutura das escolas e a qualidade da educação. Percebe a importância da educação para o desenvolvimento do aluno na perspectiva de ter acesso a uma vaga de trabalho e de ter um futuro melhor. A educação de qualidade constitui um fator importante para a promoção da saúde e para o empoderamento social da população, possibilitando o desenvolvimento de sua resiliência, necessária para superar as iniquidades sociais. Nessa perspectiva, uma abordagem pedagógica freiriana, dialógica deveria ser priorizada (CARVALHO, 2004).

Quadro 5 - Dificuldade de acesso à educação de qualidade

ANCORAGEM V	DSC DA ANCORAGEM V
As escolas públicas não são suficientes para atender a demanda, não apresentam uma educação de boa qualidade.	<p><i>Falta escola, falta boa educação, de qualidade, falta lazer nas escolas. As escolas que tem são pequenas não tem vaga para todo mundo, não tem área de lazer. Faltam alguns materiais e o lanche não é de boa qualidade. Precisamos de merenda de boa qualidade, o quite Escola diminuiu em vez de melhorar piorou. Precisa de uma reforma nas escolas da comunidade, inclusive nessa; quadro novo no colégio Costa Porto, pintura na parede.</i></p> <p><i>Precisamos de curso profissionalizante e de Ensino Médio no bairro. E a segurança é zero. Nos colégios os vândalos entram para usar droga, não tem vigia, não tem segurança. Meu filho só estuda porque é o jeito, se não fosse pra um futuro melhor ele ficava em casa.</i></p>

Fonte: elaborado pela autora a partir das oficinas MARES, 2013.

5.4.2.5 Problemas e soluções específicas: dificuldade de acesso a Educação de Jovens e Adultos de qualidade

No quadro 6, o DSC evidencia que os idosos têm uma percepção de que há descaso com a Educação de Jovens e Adultos. A escola não atende suas expectativas e causa frustração na maioria dos alunos, que é promovida para o módulo seguinte sem aprender o básico, ler e escrever. Nesse contexto, muitos preferem deixar de frequentar a escola. Esse público, que passou por um processo de exclusão social na idade escolar, continua sendo excluído do sistema de ensino, apesar de ser um direito garantido em lei. A educação constitui um dos fatores determinantes da saúde e fundamental para superar as desigualdades de poder. A baixa escolaridade contribui para o aumento da vulnerabilidade socioambiental, conforme Porto e Pivetta (2009), representando uma ameaça maior à saúde.

Quadro 6 - Dificuldade de acesso à Educação de Jovens e Adultos de qualidade

ANCORAGEM VI	DSC DA ANCORAGEM VI
<p>Educação de Jovens e Adultos ineficientes, não alfabetiza, o aluno é promovido para o módulo seguinte sem saber ler, nem escrever</p>	<p><i>Botar os velhos para estudar, mas se passar uns 15 dias com uma professora, passa muito, depois chega outra, essa professora ensina de um jeito, essa de outro, essa passa pro quadro, a gente nem conhece, ninguém aprende.</i></p> <p><i>E aí a gente passa um ano, dois anos, três anos e ninguém aprende nada. Eu aprendi a assinar meu nome por conta do trabalho que tinha que assinar e depois foi a vizinha que participou dessas coisas, eu aprendi. Passei 4 anos numa escola e não aprendi nada.</i></p> <p><i>Porque esse colégio, a gente se matricula, dentro de um ano tem 4 a 5 professores, aí cada um tem um jeito de ensinar, um ensina de um jeito essa ensina de outro. Passam lá no quadro, diz para copiar, copiar, todo mundo copia, sei, mas ler ainda não é meu caso.</i></p> <p><i>Eu mesmo saí porque eu pedi a diretora para repetir o módulo e ela não deixou, aí eu parei de ir, não tava aprendendo quase nada, aí eu não vou mais, vou ficar em casa.</i></p> <p><i>Eu acho que se ela deixasse a gente estudar até aprender, aprender a ler e a escrever, ela deixasse a gente ficar naquela sala da 1ª série, mas quando ela vê que eu já escrevo, 2 palavras,[...] vai para outra professora, pra 4ª série. Como eu vou passar se eu não sei ler nem escrever?</i></p>

Fonte: elaborado pela autora a partir das oficinas MARES, 2013.

5.4.2.6 Problemas e soluções específicas: demanda por creche

No DSC do quadro 7 o grupo de idosos refere-se a creche da comunidade de forma crítica em relação ao acesso restrito. Reconhece que a creche é um direito das mães que trabalham deixarem as crianças, mas que esse direito não está sendo respeitado. A creche é importante para a criança não ficar na rua e também para o desenvolvimento psicossocial das crianças. Constitui um elemento importante da rede relacional das crianças nos primeiros anos de vida.

Quadro 7 - Demanda por creche.

ANCORAGEM VII	DSC DA ANCORAGEM VII
<p>A creche da comunidade não atende a demanda e é seletiva.</p>	<p><i>Tem uma coisa que essa comunidade precisa, é de uma creche. Só tem uma creche e só entra por cara. Porque as mães que precisam trabalhar não conseguem, as que ficam por aí, não faz nada conseguem.</i></p> <p><i>Acho que tem medo da reação, ninguém sabe nada, Deus é quem sabe e aí os que trabalham...</i></p> <p><i>A mãe que trabalha não tem direito de botar seu filho na creche municipal. Não tem creche particular, mas se tivesse a mãe não poderia pagar, porque tem que pagar aluguel. Muitas vezes as mães preferem os filhos na rua do que numa creche. A creche ajuda muita a criança.</i></p>

Fonte: elaborado pela autora a partir das oficinas MARES, 2013.

5.4.2.7 Problemas e soluções específicas: poluição sonora

A poluição sonora provocada por equipamentos de som reflete a falta de harmonia entre os vizinhos que desrespeitam o direito dos outros de viver em um ambiente tranquilo. Há uma descrença na resolução dos problemas de desrespeito aos direitos de tranquilidade na comunidade em decorrência da poluição sonora (**Ancoragem VIII**).

Na Atenção Primária Ambiental (APA) a contaminação acústica, conforme Organização Pan-Americana da Saúde (1999) não é considerada como um problema que surge das ações cotidianas dos indivíduos ao se elevar o volume do equipamento de som. No entanto, para os idosos participantes da pesquisa constitui um problema de saúde de difícil solução, gerando conflito na comunidade. Nesse caso, o conflito está restrito à rede sócio-humana. A polícia aparece como mediador facilitador e, ao mesmo tempo, como inibidor, na medida em que não resolve o problema e até agrava (Quadro 8). Esta situação evidencia a necessidade de atuação intersetorial (JUNQUEIRA, 2004), envolvendo diversas secretarias e instituições da sociedade civil organizada na mediação de conflitos.

Por outro lado, a poluição sonora agrava os problemas de saúde dos idosos. No discurso foi mencionado a hipertensão arterial que, conforme Augusto (2011), é mais frequente nas pessoas que moram em territórios com elevado nível de ruídos.

Outro problema mais grave, associado à poluição sonora na comunidade, é a comercialização de drogas por mães, com seus filhos pequenos nos braços. As crianças privadas de uma infância saudável que garanta um desenvolvimento social, cognitivo, psicológico e emocional adequado para sua atuação como cidadãs. E essas mulheres que vendem drogas, por que estão nessa situação? Onde estão as políticas públicas de trabalho e renda? A questão das drogas não pode ser tratada apenas como problema de polícia, mas com políticas públicas, envolvendo a saúde, a educação, o trabalho e a renda.

Quadro 8 - Poluição sonora

ANCORAGEM VIII	DSC DA ANCORAGEM VIII
Falta de consideração dos vizinhos / desrespeito aos direitos de tranquilidade no lar provocado pela poluição sonora.	<p><i>Tenho pressão alta, fui operada da vista e da barriga, ninguém respeita, estremece dentro de casa. Eu tenho direito a ficar, agora vai pra casa [...] Na hora que a polícia vem, manda, eles baixam o som. Mas quando a polícia sai, eles aumentam mais ainda o som, fica pior do que tava. É melhor não denunciar.</i></p> <p><i>Tem vizinho que também coloca o som alto dentro de casa mesmo, é 4, cada qual bota sua música.[...] a vizinha escuta a música dela, o vizinho escuta a música dele...minha filha tem um, a vizinha tem outro, na frente tem outro...agora umas música que até Jesus sai de perto.</i></p> <p><i>Quando não é o som, é o barulho da venda de drogas. Vender drogas a noite todinha e as mulheres gritando com menino pequeno no braço, de dia elas não levam os meninos, mas de noite elas levam. Eu não sei por que elas levam. Os meninos choram é muito, de noite, não sei se é com sono, se é com fome, não sei o que é.</i></p> <p><i>Tem muita mulher que sai de madrugada com menino no braço chorando, para vender drogas lá na rua. é dia e noite vendendo, apanhando da polícia, gritando e chorando com os meninos,</i></p>

Fonte: elaborado pela autora a partir das oficinas MARES, 2013.

5.4.2.8 Problemas e soluções específicas: saneamento básico

As demandas de Saúde Ambiental reveladas no DSC da Ancoragem IX estão relacionadas, prioritariamente, ao déficit do saneamento básico, evidenciando que o saneamento não é prioridade para o governo. O problema dos resíduos sólidos, referido no DSC, ocorre com muita frequência e deve-se à falta de um adequado serviço municipal e aos maus hábitos da população (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 1999). Os esgotos são lançados nos canais de águas pluviais ou diretamente no rio. A geração de problemas sociais e ambientais, também é referida, mostrando que a população tem a percepção dos riscos aos quais está exposta em decorrência da precariedade do sistema de esgotamento sanitário da localidade (Quadro 9).

Esta situação evidencia a necessidade de atuação intersetorial, envolvendo as secretarias de saúde, de saneamento, meio ambiente, serviços públicos (EMLURB), educação, entre outras, para promoção de ambientes favoráveis à saúde. Na formulação das políticas públicas, em geral, não se considera “que a população localiza-se em um território, com necessidades e demandas próprias”, que só podem ser abordadas de forma intersetorial (JUNQUEIRA, 2004, p. 34) para desenvolver ações integrais (TEIXEIRA, 2002).

As ações intersetoriais na comunidade são viabilizadas de forma restrita, não

solucionando os problemas socioambientais. A demanda por saneamento básico não é atendida de forma adequada. O “descompasso entre as políticas de saúde, meio ambiente, saneamento, recursos hídricos, agricultura, desenvolvimento urbano, habitação e trabalho” (AUGUSTO, 2003, p. 186) compromete as ações de prevenção e promoção da saúde, a melhoria das condições de vida das comunidades e provoca a degradação ambiental. O déficit de saneamento básico é responsável pela poluição do solo e contaminação dos recursos hídricos, comprometendo a fauna aquática. Além de interferir na pesca, reduzindo uma fonte de renda nas comunidades pobres, a contaminação da água afeta a saúde das pessoas.

Conforme Organização Pan-Americana da Saúde (1999), a resolução dos problemas de saneamento estão relacionadas com a necessidade de uma política adequada para o setor; a limitação de recursos financeiros; os arranjos institucionais inadequados; a falta de um sistema adequado de recuperação de custos; e a obsoleta legislação existente.

No Brasil há uma política nacional para o setor; há recursos e recuperação de custos, por meio de cobrança tarifária; a legislação foi atualizada. O Plano Nacional de Saneamento Básico (PLANSAB), aprovado em junho de 2013 pelo Conselho Nacional das Cidades, prever o acesso da população a soluções adequadas de saneamento. Entretanto, a partir das parcerias público-privada, o capitalismo brasileiro pode interferir negativamente no PLANSAB, impedindo a superação das inequidades e das ameaças ambientais atuais, caso considere o setor, “primordialmente, como parte da engrenagem necessária para a expansão e a reprodução do capital privado, a partir dos cânones do neodesenvolvimentismo” (HELLER, 2013).

Por outro lado, os recursos utilizados nos diversos programas de controle de epidemias e endemias poderiam ser melhor distribuídos, aplicando-se um percentual maior em saneamento e em ações de educação e informação da população. No entanto, o PNCD, em 2002, empregou mais 80% dos recursos destinados ao controle da dengue na vigilância e controle vetorial, especialmente na aquisição de inseticidas e de máquinas pesadas para sua aplicação em Ultra Baixo Volume (UBV). Os recursos destinados ao saneamento ambiental serviram para compra de tampa e capa para caixa d’água e de 61 máquinas para triturar pneus (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 2002a). Investimentos em saneamento básico e em ações de sensibilização da população são medidas prioritárias para o controle do *Aedes aegypti* (SILVA; MARIANO; SCOPEL, 2008).

Quadro 9 - Saneamento básico

ANCORAGEM IX	DSC DA ANCORAGEM IX
O saneamento básico não é prioridade do governo	<p><i>Falta o saneamento dos esgotos que pode causar graves problemas, que pode gerar doenças como a dengue. Canais alagados, ruas e avenidas alagadas, nada si resolve. Na área ambiental esperaram dar cheia no canal e aquela água suja entrar nas casas pra poder limpar. A limpeza pública é muito precária. Está precisando tirar os lixos que ficam ao lado do colégio e muitas esquinas pelo Coque todo e, também, nos canais da comunidade e nos esgotos que quando dar um temporal alaga todo o Coque, até a estação Joana Bezerra alaga, casas dá água até as canelas. Falta a cooperação das pessoas que jogam lixo nas ruas, muita gente joga seus lixos nos canais e ruas.</i></p> <p><i>O problema das fossas já foi encaminhado para COMPESA. É muita sujeira. O problema das fossas estouradas é antigo. Quando é pouca água ainda passa, mas quando é muita, vai direto pro rio. O esgoto sai pro lado das palafitas. Eles colocam uma caixa dentro das casas no quintal, cai dentro de uma caixa maior. Quando a grande está entupida a água dá retorno. Vai pra rede de esgoto, a rede de esgoto vai para a galeria, vai para a galeria de água de chuva, de água pluvial, quando você passa é uma catinga triste (mal cheiro)...quando entope. Ninguém merece não! É uma luta pra COMPESA vir, é uma luta! As águas dos esgotos são lançadas no rio.</i></p> <p><i>As ruas ficam alagadas por conta do lixo. Todo dia o caminhão do lixo passa, todo dia, depois de 8h que o lixo passa, quando o homem passa, depois de oito e meia é que as pessoas botam o lixo. Dá um pé d'água chove, esse lixo vai pra onde? Nas palafitas o caminhão passa na rua, eles avisam, bota na frente. Ninguém tem mais caranguejo, não tem mais siri. Apareceu foi uma cobra dentro de um barraco. O povo fica cada vez pior. A pessoa ser pobre é uma coisa, ser sujo é outra.</i></p> <p><i>O abastecimento de água, eu acho assim, poderia resolver se eles soltassem mais um pouquinho a água, porque tem lugar que chega mais, tem lugar que chega menos, nessa semana mesmo não chegou na minha casa, porque o lado onde eu moro é o lado mais alto, o que acontece, a água chega fraca, só enchi um balde e pronto, se não fosse a água da chuva eu não teria tomado banho, nem lavado meus pratos. Junto pra banheiro, pra tomar banho e para os pratos. Junto no baldo coloco um plástico e uma tampa para evitar a dengue né, e os bicho não caí dentro.</i></p>

Fonte: elaborado pela autora a partir das oficinas MARES, 2013.

5.4.2.9 Determinantes microsociológicos da saúde

O DSC da Ancoragem x (Quadro 10) evidencia que os idosos tem alguma noção sobre os fatores condicionantes microsociológicos da saúde, referindo-se às condições higiênica do ambiente, à alimentação adequada, ao lazer, à importância da atividade física. Fazem referência, também, aos fatores que influenciam negativamente, que funcionam como inibidores da saúde. Esta percepção, em parte, deve-se ao acompanhamento pela USF dos diversos agravos e doenças crônicas dessa faixa etária e a participação em grupos específicos

em instituição da comunidade. A rede relacional dos idosos da Microrregião 1.3 está representada pela USF, igreja, LBV e outras instituições que funcionam como mediadores facilitadores para recuperação e manutenção da saúde desse segmento populacional.

Quadro 10 - Determinantes microssociológicos da saúde

ANCORAGEM X	DSC DA ANCORAGEM X
A saúde depende de diversos fatores.	<p><i>Se não tem uma casa limpa, não vai ter saúde. A casa suja junta rato, barata, tem muita muriçoca.</i></p> <p><i>A comida é uma coisa boa, mas quando chega a uma certa idade não pode comer tudo, não pode comer gordura, ter cuidado com o sal. Tudo que a gente come tem sal. Chega o final de ano é calabresa, é carne de porco, não come mais um feijão, não come uma verdura, aí vai come um hambúrguer;</i></p> <p><i>É importante ser acompanhada por um médico, ter uma dieta, se for diabético. Aí chega o começo do mês, depois não tem dinheiro pra comprar os remédios. O que a gente poder evitar a gente evita, eu tomo adoçante. Eu como tudo.</i></p> <p><i>Outra coisa também é se divertir, a gente tem que se divertir. Se eu quiser beber, eu posso, uma cervejinha. Não pode beber como jovem, uma grade por dia, beber socialmente. Minha filha é 3 coca cola por dia. Eu não bebia não, mas agora, se eu for pra praia eu bebo a noite todinha.</i></p> <p><i>Caminhada eu faço em casa, um passeio, esse passeio de barco que o povo vai. Eu gosto mais de caminhar do que ir pra academia. Eu parei porque meu coração acelerava muito.</i></p> <p><i>A preocupação influencia na saúde, quando eu me preocupo com meu filho meu coração fica tão alterado, tão alterado vejo a hora ser socorrida, quando eu me preocupo. Tudo eu me preocupo.</i></p> <p><i>Frequento a igreja, a LBV, gosto de cantar, nós estamos cantando num grupo, nós estamos representando o grupo todo fim de mês. Eu acho muito bom, tem um rapaz lá que toca.</i></p>

Fonte: elaborado pela autora a partir das oficinas MARES, 2013.

5.4.3 Esboço do Mapa da comunidade

O Mapa da Comunidade (Figura 37) foi esboçado a partir do Mapa da Pessoa, elaborado por cada participante. No mapa há referência às situações problemas do usuário, gerais e específicas, condicionantes macrosociológicos e microssociológicos da APS e APA.

Dentre as situações problemas gerais, destaca-se a precariedade do saneamento básico, em decorrência de um sistema complexo de redes de relacionamento nos níveis sócio-técnico, sócioinstitucionais e sócio-humano. O saneamento básico constitui um serviço essencial para saúde pública e ambiental e um direito constitucional. Compreende um conjunto de ações de responsabilidade das três esferas de governo e com a participação da população (BRASIL, 2007). No entanto, observamos uma desconexão que compromete a execução dos serviços de

coleta e destinação adequada dos resíduos sólidos e dos esgotos e a limpeza dos canais.

No mapa há o reconhecimento pela demanda de participação da comunidade, cooperando com a limpeza, não jogando resíduos sólidos nas ruas, armazenando água de forma adequada para proteger a saúde da família e da comunidade. Nesta perspectiva, a comunidade atuaria como mediadora facilitadora da APA e APS e a circulação da dádiva e as ações de reciprocidade ocorreriam na forma de participação/ cooperação da comunidade, fazendo a sua parte (MARTINS, 2011).

Quanto aos problemas na área de educação, o nível relacional é sócioinstitucional caracterizado pela reflexividade condicionada pelo autorrespeito (CAILLÉ, 2008) que se move pelo direito à educação de boa qualidade. No mapa há a percepção da necessidade dos alunos e dos professores atuarem como mediadores facilitadores para a efetivação desse direito. Os computadores aparecem como mediadores do processo educacional na perspectiva de preparar o aluno para atuação profissional. O mapa também evidencia a necessidade de políticas públicas de trabalho e renda, garantidas na Lei nº 10257/2001 (BRASIL, 2001).

A identificação das redes do cotidiano dos usuários e dos mediadores, facilitadores e inibidores, constitui uma estratégia para subsidiar a formulação de políticas públicas e sociais (MARTINS, 2011). A abordagem das redes sociais deve ser na perspectiva interativa, concebida como rede relacional que busca:

apreender os elementos internos e intersubjetivos das práticas sociais que se configuram mediante desejos e lutas por reconhecimento; elementos que geram valores de dignidade, autoestima, autorrespeito e solidariedade e demanda por participação possibilitando o acesso e usufruto de direitos de cidadania no espaço público (MARTINS, P., 2008, p. 78).

Entretanto, no presente estudo não foi possível identificar, de forma clara, as redes relacionais do cotidiano, em decorrência da pouca interação dos participantes nas discussões durante as oficinas, limitando a apreensão da subjetividade dos sujeitos e da intersubjetividade de suas práticas. Abordamos, apenas, os problemas das comunidades, alguns potenciais mediadores, inibidores e colaboradores, que interferem na resolução dos problemas socioambientais do território.

A identificação de mediadores colaboradores, que facilitam a resolução dos problemas do cotidiano dos sujeitos, ficou evidenciada, claramente, no grupo de idosos, cujos participantes tiveram maior interação. Já nos demais grupos os mediadores não foram claramente identificados, apenas houve menção aos possíveis mediadores colaboradores, que como não estavam atuando, de fato, na resolução dos problemas, eram também, mencionados

como inibidores, tornando-se difícil proceder uma análise em profundidade desses elementos da rede relacional dos sujeitos.

Devido a complexidade das relações sociais do cotidiano, diante dos problemas socioambientais e de saúde, torna-se difícil delimitar os mediadores, visto que, dependendo do contexto, do momento e da visão/percepção dos sujeitos, um mediador pode ser, ao mesmo tempo, colaborador ou inibidor e, até mesmo, uma situação-problema.

No mapa os participantes das oficinas colocaram os potenciais mediadores colaboradores que, se acionados adequadamente, podem contribuir para a resolução dos problemas socioambientais e de saúde da comunidade, destacando-se o Prefeito e o governo. O Prefeito, também, aparece no mapa como mediador inibidor, na medida em que não resolve os problemas da comunidade. Há referência à rede sócio-humana, representada pela associação dos moradores, como potencial mediador facilitador. Os ACS e ASACE atuam na mediação dos problemas de saúde ambiental/saneamento ambiental do bairro, referidos no grupo dos idosos e evidenciados, também, na observação direta.

Dentre os possíveis mediadores inibidores referidos na resolução dos problemas socioambientais da comunidade, destacam-se: a própria população, quando contribui com a poluição ambiental ou quando fica passiva diante dos problemas da comunidade; problemas relacionados ao saneamento básico; e a falta de empenho do prefeito e dos vereadores.

Martins, Bezerra e Nascimento (2011, p. 163) constataram que:

a política assistencialista tem-se mostrado inibidora do processo de visualização das redes de relações pelos usuários, diminuindo a percepção de sua importância para o funcionamento da esfera pública. Isto se configura como um entrave para a consolidação da cidadania ativa dos usuários, reforçando a lógica utilitarista.

Outras categorias que podem ser visualizadas a partir da MARES foram evidenciadas no presente estudo, destacando a corresponsabilidade e o reconhecimento. A percepção da corresponsabilidade dos diversos atores envolvidos nos problemas da comunidade ficou evidenciada quando os participantes das oficinas fizeram referência a necessidade de cooperação das pessoas com a limpeza do bairro, a participação de alunos e professores na resolução dos problemas da escola com a Prefeitura e a união das famílias na luta por seus direitos, mostrando que cada um, governo e população, tem seu papel na resolução dos problemas.

A categoria reconhecimento apareceu na expressão dos desejos dos participantes dos grupos, quando considera a comunidade esquecida pelos governantes e com o estigma da

discriminação social. Caillé (2008, p. 159) esboça duas teses cardeais sobre o reconhecimento: que “reconhecer os sujeitos sociais, individuais ou coletivos é atribuir-lhes um valor”; e que esse valor é medido por meio de sua capacidade de dar, implicando em reciprocidade (dar e receber). E coloca que, nos debates atuais sobre o reconhecimento, consideram-se respeitados aqueles para quem a liberdade e a necessidade se equilibram e desprezados ou invisíveis, aqueles para quem a necessidade se mostra maior do que a liberdade.

Caillé (2008, p. 66) menciona três componentes mais comuns da palavra reconhecimento: a identificação, a valorização e a gratidão, o reconhecimento de uma dádiva. E, referindo-se a teoria reflexiva do valor social, confirma que: o que “é reconhecido deve se relacionar à dádiva; que o dom e as posições de doador e donatário são construções historicamente variáveis”, com uma certa universalidade transcultural que dosa valores do dom e da doação. Nessa perspectiva, uma sociedade justa “não é aquela que distribui o reconhecimento”, mas que contribui para que seus membros se sintam valorizados por si e pelos outros, uma sociedade que aumenta nos indivíduos a capacidade de doação. Essa capacidade de doação é obtida pelo empoderamento, considerado como capacitação para dádiva.

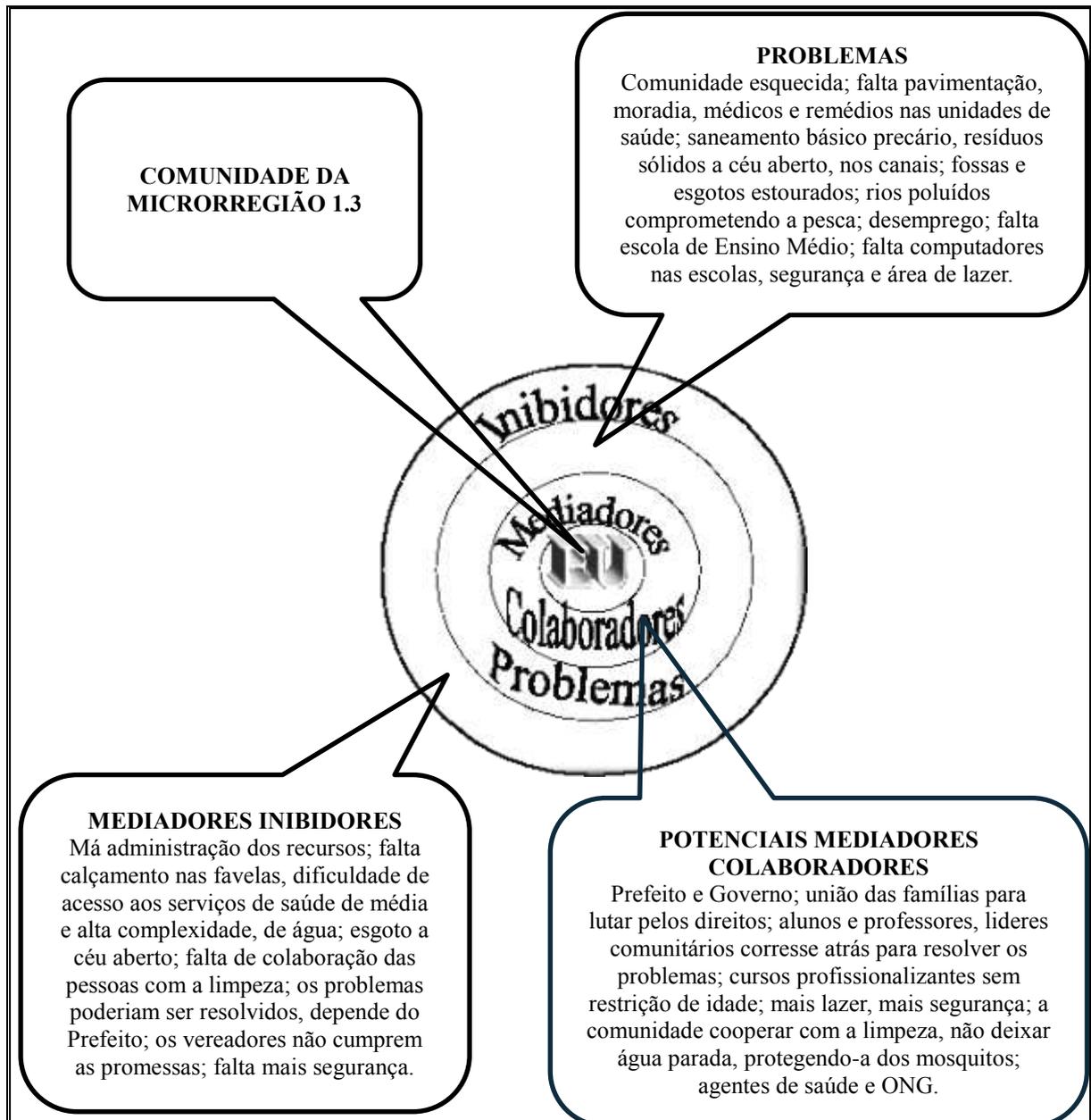
O empoderamento, construído a partir da interação e articulação de saberes, possibilita a participação da comunidade na aprovação das políticas ou decisões socioambientais e para que suas demandas e ações em torno da defesa de seus direitos tenham êxito e adquiram relevância. Esta participação ativa da comunidade constitui um dos princípios básicos da APA (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 1999). A participação ampla, influenciando nas decisões políticas, no controle social, no planejamento e implantação dos programas, otimizando os investimentos e revertendo-os em benefícios diretos à população e à sustentabilidade dos serviços de saneamento ambiental. Para tanto, faz-se necessário: a instituição de ações, mecanismos e instrumentos de mobilização; a formação de parcerias; o respeito à diversidade cultural e ao saber popular e a garantia de recursos para as ações permanentes de educação em saúde e ambiental e mobilização social (MOISÉS et al., 2010).

Refletir sobre suas redes de relacionamento e de significações no cotidiano é importante para o empoderamento do usuário, possibilitando seu posicionamento como sujeito ativo da ação e de desconstrução da “associação negativa entre pobreza e pauperismo em geral (social, cultural, econômico e mental)” (MARTINS, 2011, p. 58). O empoderamento constitui um dos princípios da Promoção da Saúde, da Saúde Coletiva e do SUS. Não o empoderamento psicológico, ainda utilizado na ordem capitalista atual para responsabilizar os

indivíduos por seus problemas e reforçar a implementação de políticas públicas residuais, com práticas iguais às do sanitarismo higienista e da Promoção da Saúde Behaviorista (CARVALHO, 2007).

O empoderamento para promoção da saúde, no âmbito do SUS, condizente com os princípios da Saúde Coletiva, é o empoderamento comunitário ou social que visa o aumento do controle sobre a vida por indivíduos e comunidades, a eficácia política, maior justiça social e a melhoria da qualidade de vida coletiva (CARVALHO, 2007). Para tanto, possibilita o desenvolvimento da consciência crítica e da capacidade de intervenção sobre a realidade (CARVALHO, 2004), desvendando as relações de poder na sociedade para transformá-las em relações mais equânimes, a partir da construção de uma nova subjetividade que permita questionar o instituído (KLEBA; WENDAUSEN, 2009). Nessa perspectiva, a saúde como um bem coletivo reflete a luta pela transformação das condições de vida e de trabalho e aponta para mudanças do modo e das relações sociais de produção, representadas por melhores salários, acesso a terra, ao emprego com condições dignas de trabalho e segurança, ao saneamento básico, à moradia, à educação e ao lazer (MINAYO, 2010).

Figura 37 - Esboço do Mapa da Comunidade inspirado na MARES.



Fonte: elaborado pela autora, inspirado na MARES, a partir das produções dos participantes das oficinas.

Há necessidade de novos estudos direcionados para o reconhecimento das comunidades e da importância da corresponsabilidade na resolução dos problemas, utilizando-se a elaboração dos mapas da pessoa e da comunidade em diferentes grupos sociais do território, na perspectiva do empoderamento social e do planejamento de ações integrais da atenção e vigilância à saúde.

5.5 Discussão sobre o PSA - lacunas da ação integrada de políticas públicas locais em resposta às demandas de saúde ambiental das comunidades estudadas

O PSA foi concebido visando desenvolver ações de vigilância epidemiológica, de controle, de educação e de informação em saúde, relacionadas com o meio físico-biológico (fauna, água, solo) e social (habitação) (RECIFE, 2001). A partir da Instrução Normativa Nº 1/2005 do Ministério da Saúde, o PSA ampliou suas ações, englobando os fatores físicos e químicos do ambiente, incluindo os do trabalho que representam riscos à saúde humana e os desastres naturais. No entanto, observamos que os objetivos do PSA são limitados para contemplar o propósito de promoção e proteção da saúde da população do Recife, especialmente em comunidades vulneradas, e não condiz com seu amplo aporte teórico sistêmico/holístico.

As ações dirigidas ao setor físico-biológico (fauna) refletem o modelo tradicional de controle de zoonoses, sanitarista. No setor água, o PSA não tem como gerenciar os riscos em decorrência da destinação inadequada das águas residuais e esgotos sanitários, restringindo-se a informar aos órgãos competentes os problemas de esgotos estourados e fazer o monitoramento das águas dos canais e rios para identificar a presença da bactéria do cólera. A maioria dos esgotos, conforme dados do SIAB, IBGE, observação direta e relatos dos participantes das oficinas, tem destino inadequado e o PSA fica omissos quanto a essa questão. As ações de educação e informação não são suficientes para mudar esse quadro, não promovendo o empoderamento social da população para lutar por seus direitos e desempenhar seu papel como cidadã na promoção de ambientes favoráveis à saúde.

O PSA deveria indicar aos órgãos competentes a necessidade de implantação de saneamento e tratamento dos esgotos e acionar o Ministério Público quando essas ações não forem realizadas e a saúde ambiental e da população ficar comprometida. As omissões do Poder Público na execução das políticas públicas no meio ambiente urbano devem ser controladas pelo Judiciário, por meio de ações judiciais. Estas ações visam à preservação do meio ambiente, com a implantação de sistema de tratamento de esgotos e de resíduos sólidos urbanos, de espaço territorial protegido, ou a preservação de um bem de valor cultural (MIRRA, 1999). O Poder Público tem “o dever de agir para alcançar os objetivos e metas previstos em normas constitucionais e infraconstitucionais” (SILVA, 2003, p. 8).

A Lei n. 10.257, de 10 de julho de 2001, em seu inciso I do Art. 2º, apresenta entre as diretrizes gerais da política urbana:

I – garantia do direito a cidades sustentáveis, entendido como o direito à terra urbana, à moradia, ao saneamento ambiental, à infra-estrutura urbana, ao transporte e aos serviços públicos, ao trabalho e ao lazer, para as presentes e futuras gerações;

II – gestão democrática por meio da participação da população e de associações representativas dos vários segmentos da comunidade na formulação, execução e acompanhamento de planos, programas e projetos de desenvolvimento urbano;

IV – planejamento do desenvolvimento das cidades, da distribuição espacial da população e das atividades econômicas do Município e do território sob sua área de influência, de modo a evitar e corrigir as distorções do crescimento urbano e seus efeitos negativos sobre o meio ambiente; (BRASIL, 2001).

Considerando que há uma rede legal jurídica que dá suporte para que políticas públicas de saneamento básico, com responsabilidades e competências definidas na Constituição Federal, para o nível federal, estadual e municipal, Rocha [ca. 2009] conclui que há falta de interesse político para por em prática toda a legislação permanente em prol do interesse público. Contudo, o autor reconhece que viabilizar a rede de saneamento básico envolve um contexto de alta complexidade, devendo se levar em conta o meio ambiente e a dignidade humana. A Constituição Federal, no que se refere ao saneamento básico, em seu Art. 21, afirma que “Compete à União: [...] XX - instituir diretrizes para o desenvolvimento urbano, inclusive habitação, saneamento básico e transportes urbanos;”. No Art. 23 - É competência comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios: [...] IX - promover programas de construção de moradias e a melhoria das condições habitacionais e de saneamento básico; [...] (BRASIL, 1988).

O Sistema Nacional de Meio Ambiente (SISNAMA), também, fornece arcabouço jurídico para atuação das três esferas de governo na gestão do meio ambiente, visando à melhoria e recuperação da qualidade ambiental no Brasil, por meio do Programa Nacional de Meio Ambiente (PNMA). Os problemas ambientais urbanos constitui a Agenda Marrom na classificação da qualidade ambiental do IBAMA. É fundamental que as diversas instituições das três esferas de governo desenvolvam ações integradas para promoção de políticas públicas saudáveis.

Quanto ao setor solo, o objetivo do PSA está restrito ao problema dos resíduos sólidos e a vigilância do solo contaminado por produtos químicos (VIGISOLO), não prevendo a atuação conjunta com outros órgãos municipais, estaduais e federais sobre o problema da ocupação desordenada do solo, dos aterros dos mangues e da construção de moradias precárias (palafitas). A atuação do PSA relacionada ao meio social limita-se aos problemas de

habitações sob risco de desastre (queda de barreira), não prevendo o monitoramento de construção de moradias inadequadas. Os problemas de moradia não se restringem aos riscos de desastres, mas as condições precárias da estrutura, do espaço físico reduzido para comportar uma família, das condições de higiene e arejamento, entre outros aspectos que comprometem a saúde dos moradores. Nessa perspectiva, os objetivos do PSA estão aquém de um programa de saúde que se propõe a promover à saúde.

A estratégia de promoção da saúde no SUS (BRASIL, 2010a) possibilita focar os determinantes do processo saúde-doença, entre os quais: a violência, o desemprego, o subemprego, a falta de saneamento básico, habitação inadequada e/ou ausente, dificuldade de acesso à educação, fome, urbanização desordenada, qualidade do ar e da água ameaçada e deteriorada; e potencializa formas mais amplas de intervir em saúde. Para tanto, as diversas políticas públicas devem atuar de forma intersetorial para viabilizar ações integrais, visando à promoção da saúde.

Entretanto, a falta de intersetorialidade é observada dentro do próprio sistema de saúde. Não há integração entre as vigilâncias e estas com a assistência à saúde, constituindo-se em um problema recorrente que desafia a gestão pública. A integração entre as Vigilâncias (Ambiental, Epidemiológica e Sanitária) ficou comprometida após a criação, pelo Ministério da Saúde, do Subsistema Nacional de Vigilância em Saúde Ambiental, responsabilizando-o, apenas, pelos denominados riscos não biológicos, excluindo de sua competência os fatores de riscos biológicos. Este fato mostra que há resistência à internalização do ambiente nas ações da Saúde Pública, especialmente, em nível federal. O nível local, no campo da Saúde Ambiental, apresenta uma tendência de atuar englobando as categorias de riscos biológicos e não biológicos, mas com uma certa dificuldade em decorrência da pressão da fragmentação dentro do SUS. O PSA constitui uma das exceções, “onde a iniciativa local aponta para a incorporação efetiva da proposição ecossistêmica” (GURGEL, 2007, p. 259).

Quanto à integralidade com a assistência à saúde, na concepção do PSA não houve articulação com o PSF para integração das ações nos territórios de atuação dos agentes de saúde, como preconizado nas estratégias de controle da dengue (BRASIL, 2009b) e pelo próprio PSA, ocorrendo, em alguns momentos ações paralelas dos ASACE e ACS. A articulação, quando ocorre, é por iniciativa dos próprios agentes envolvidos e não pela orientação dos gestores dos serviços, conforme Albuquerque (2005).

O esforço para a integração entre clínica e saúde pública num mesmo programa de saúde envolvendo ações individuais e coletivas de prevenção e de cura concorre para melhorar a prática clínica e legitimar o programa de

saúde pública. Neste esquema, o ensinamento ao doente sobre sua doença é considerado um ato terapêutico tão importante quanto administrar medicamentos. A integração da medicina coletiva com a clínica produz, inevitavelmente, a necessidade de interação de uma equipe multidisciplinar de trabalho envolvendo vários profissionais. O trabalho em equipe contribuiria para uma melhor percepção da demanda e sua relação com os programas de saúde, adaptando o sistema médico a novos problemas decorrentes do modo de vida (MERTHY; QUEIROZ, 1993, p.183).

Conforme Barros Neto (2013, p. 94), os princípios propostos pelo PSA encontram-se parcialmente implantados. Esse autor refere-se a integralidade como eixo integrador entre os serviços do setor público e afirma que “o PSA tem realizado ações conjuntas com EMLURB, CODECIR, COMPESA, Secretaria de Saneamento, SANEAR, Secretaria de Planejamento, Secretaria de Meio Ambiente, entre outros”.

No entanto, o que observamos no território da Microrregião 1.3 foram situações de iniquidade social e degradação ambiental que não condizem com a promoção de ambientes favoráveis e fomentadores de saúde, revelando a ausência de políticas públicas de saúde e ambiente nesse local. As ações observadas priorizam o controle de vetores e animais sinantrópicos com uso de biocidas químicos ou biológicos, evidenciando o modelo da velha Saúde Pública Sanitarista. Ações integradas só foram observadas em momentos de incêndios nas comunidades, para mitigação dos danos.

No âmbito da saúde ambiental a integralidade deve ser construída organizando-se os serviços, visando à promoção de ambientes favoráveis à saúde e não, simplesmente, para a prevenção das doenças e agravos. Promoção de ambientes favoráveis e fomentadores de saúde, conforme Declaração de Sundsvall (CONFERÊNCIA INTERNACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE, 1991). Para tanto, faz-se necessário a formação de uma rede de serviços articulada e abrangente, envolvendo não apenas o setor saúde, mas os diversos setores públicos e privados e a sociedade civil organizada para viabilização de práticas democráticas e emancipatória de promoção da saúde (PORTO, 2012).

A política de saúde ambiental no Plano Municipal de Saúde 2010/2013 da cidade do Recife prever a territorialização das ações e a intersetorialidade, envolvendo algumas secretarias municipais de setores restritos aos serviços de saúde e de saneamento. Não prever, portanto, articulações com setores ligados a outras políticas sociais como habitação, urbanização, serviço social, lazer, trabalho e renda, indispensáveis para criação de ambientes favoráveis à saúde. A promoção da saúde e da justiça ambiental (PORTO, 2007) depende do acesso a serviços públicos e sociais de qualidade e da oportunidade de viver em territórios

dotados de adequada infraestrutura urbana e social, entre outros fatores (BRONZO, 2010), necessitando de uma atuação intersetorial.

Lyra (2009) identificou que o PSA parece manter uma coerência com alguns princípios do SUS e da promoção da saúde, mas com dificuldade na sua operacionalização. Para a autora, a universalidade e a equidade das ações apresentaram maior consistência, contrariamente ao que afirma Bezerra (2008). Para este autor o PSA não atingiu a universalidade, nem a equidade. As fragilidades do programa apontadas por Lyra (2009) são relacionadas ao empoderamento da população e a intersetorialidade. Concluindo que a efetivação do conteúdo propositivo do PSA não se concretizou na rotina do programa como esperado, não havendo avanços significativos.

Um dos fatores que, segundo Lyra (2009), dificultou a implementação do PSA como preconizado, foi a necessidade de conter a maior epidemia de dengue já vivenciada até então, pela cidade do Recife, levando o PSA a priorizar as ações de controle dessa doença. O foco do PSA nas ações relacionadas aos riscos biológicos, deve-se ao fato destas serem já parte da tradição ou por força da presença da epidemia, sendo essas ações incorporadas mais rapidamente ao processo de trabalho do ASACE. O mesmo não ocorrendo em relação ao enfrentamento dos fatores de risco não biológico.

Quanto a esse aspecto, o PSA foi concebido dentro de um histórico de controle de diversos episódios epidêmicos da dengue na cidade do Recife que, desde 1995, desafia as Secretarias de Saúde (Municipal e Estadual) e o Ministério da Saúde. Nesse contexto, o PSA foi estruturado considerando o modelo padrão de atuação do controle da dengue, com visitas de inspeção domiciliar bimestral em 100% dos imóveis e pesquisa larvária amostral, bimestral ou quatro levantamentos rápidos de índices entomológicos (LIRAA) ao ano. Segue as diretrizes nacionais que preconizam, como ideal, “a disponibilidade de um agente para cada 800 a 1.000 imóveis, correspondendo a um rendimento diário de 20 a 25 imóveis/dia” (BRASIL, 2009, p. 63).

A concepção teórica holística do PSA não se reflete nos seus objetivos, não podendo, portanto, concretizar-se em suas ações. A intersetorialidade e a integralidade constituem desafios para a APS e APA nas três esferas de governo para garantir o direito constitucional à saúde e às condições dignas de vida. Entretanto, o desafio maior a ser enfrentado é superar os modelos médico-assistencialista e assistencial-sanitarista, baseados no modelo ecológico da doença e na epidemiologia clássica, que ainda predominam na estruturação das ações do SUS. O controle da transmissão das doenças e dos fatores de risco possibilita governabilidade e eficácia de suas ações no âmbito do setor Saúde (MACHADO; PORTO, 2003). A partir da

análise das demandas socioambientais e das ações de saúde ambiental, concluímos que o Programa de Saúde Ambiental da Prefeitura do Recife ainda segue essas orientações, concentrando suas ações no controle das doenças e de alguns fatores de riscos.

Quanto às práticas educativas do PSA, Albuquerque (2005) e o Tribunal de Contas do Estado de Pernambuco (TCE/PE) (PERNAMBUCO, 2005b), constataram que a estrutura de recursos materiais e humanos colocados à disposição do PSA não atende às necessidades dos ASACE, demonstrando a não priorização das ações educativas por parte dos gestores do PSA.

As ações educativas desenvolvidas pelos agentes não têm sido suficientes para reduzir as situações de risco à saúde da comunidade, pois não convencem a maioria da população da necessidade de mudança de hábitos, levando à continuidade dos gastos com as ações interventivas e, em algumas vezes, à ocorrência de doenças e agravos. As ações educativas, na maioria das vezes, são conduzidas pelas demandas da comunidade e os agravos mais evidentes. Não existe uma política estratégica para o desenvolvimento dessas ações que são mais de divulgação do que educativas. As ações interventivas demandam muito tempo dos agentes não havendo disponibilidade para a realização das ações educativas, que se restringem mais às orientações durante as visitas domiciliares, conforme 92% dos ASAs, 95% dos AOA e 46% dos beneficiários entrevistados (PERNAMABUCO, 2005b, p. 29).

A necessidade de ações de educação em saúde na visão dos gestores do PSA e da Secretaria de Saúde Recife, conforme Lyra (2009), não deixa clara a opção por empoderar o indivíduo ou a coletividade, não demonstrando a compreensão do processo e estratégias a serem perseguidas para esse fim. As ações voltadas para o empoderamento são frágeis desde a elaboração teórica do PSA, constituindo-se numa debilidade do programa. Faltam recursos materiais, capacitação dos agentes de saúde para realização de ações de educação, na perspectiva do empoderamento da comunidade, e a definição de mecanismos de interlocução entre a equipe do PSA e as comunidades (LYRA, 2009). Os empoderadores integrantes dos serviços públicos têm o papel de estabelecer uma mediação entre as demandas dos grupos sociais excluídos de poder e os interesses de grupos detentores de poder na sociedade, contribuindo para a reconstrução das identidades sociais dos excluídos (STOTZ; ARAÚJO, 2004).

Considerando o processo de elaboração do PSA amplo e participativo, Lyra (2009) coloca que o mesmo se deu a partir de gestores, em diferentes níveis, não identificando, a participação do Conselho de Saúde ou da comunidade na sua elaboração. Esta se constitui numa das vulnerabilidades do PSA. A sua elaboração, sem a participação dos técnicos e da equipe operacional de campo, não previu as dificuldades para sua implementação, não avaliou

as demandas e expectativas das comunidades e as ações existentes, constituindo-se num fator limitante para sua efetivação como preconizado.

A definição de áreas de riscos pelos indicadores epidemiológicos ou de Condições de Vida, também, se revelou, conforme Albuquerque (2005) e Lyra (2009), como um dos fatores que dificultou a implementação do PSA, visto que, não se considerou as especificidades topográficas e sociais dos locais. As diferenças significativas intrabairros, por microáreas, evidenciadas no presente estudo, mostram a importância do planejamento das ações de Saúde Ambiental/APA nesse nível de territorialidade, considerando a situação de vulneração, necessidades e demandas das comunidades. O que ainda não acontece, apesar da territorialização e descentralização das ações de saúde ambiental. As diretrizes seguidas pelo PSA continuam universais, priorizando aspectos epidemiológicos, sem considerar as demandas socioambientais, as necessidades básicas da população e seus direitos.

Quanto a universalidade do PSA, o TCE/PE, em sua avaliação, considerou o número de visitas efetivamente realizadas pelos agentes (2.585.547) insuficiente em relação ao quantitativo de imóveis da cidade do Recife e ao número de visitas previstas pelo PSA, que seria de 3.277.152. Outra questão colocada foi a constatação “que das visitas efetivamente realizadas, somente 77,21% foram vistoriadas (1.996.225), seja pelo fato dos imóveis se encontrarem fechados ou pela recusa da visita pelos moradores. Tais fatos caracterizam a existência de áreas descobertas, o que compromete o resultado do PSA” (PERNAMBUCO, 2009).

Este dado evidencia a preocupação com aspecto quantitativo em detrimento do qualitativo no desenvolvimento das ações de vigilância e saúde ambiental. Essa cobrança, relativa ao número efetivo de visitas, impede que a equipe de campo (ASACE e supervisores) tenha autonomia para planejar e realizar ações direcionadas para atender as necessidades e demandas das comunidades. O planejamento e direcionamento das ações tem particular importância nas comunidades vulneradas que apresentam necessidades e demandas específicas, exigindo uma abordagem diferenciada.

No monitoramento realizado pelo Tribunal de Contas do Estado de Pernambuco os avanços constatados no PSA foram: acréscimo do número de agentes, com a realização de concurso público; desenvolvimento de estratégias para atuação em imóveis fechados e de difícil acesso e em terrenos sem edificação (PERNAMBUCO, 2009).

Concluimos que em termos de fundamentação teórica o PSA tem avançado, mas na prática os avanços não se concretizaram. Há necessidade de fortalecer a intersetorialidade, direcionar as ações para as particularidades dos territórios, responsabilizar mais os órgãos

competentes para viabilização de ações de saneamento ambiental. Para tanto, é fundamental conhecer melhor os territórios onde vivem e trabalham as pessoas, em termos de organização, interrelação social e processo de vulneração, para implantação dos serviços. Os ASACE percebem as condições de vulneração das comunidades, mas têm que cumprir metas dos programas, prioritariamente da dengue. As visitas devem ser realizadas rotineiramente, embora nem sempre sejam necessárias e, em geral, não tenham impacto significativo, cumprindo apenas formalidades ou prescrição.

Considerando que os principais determinantes da saúde são sociais, as intervenções devem ser sobre esses determinantes. O tratamento e controle da doença existente é urgente e sempre receberá alta prioridade, mas, ao mesmo tempo, deve-se atuar sobre os determinantes sociais subjacentes à saúde, que envolve o desenvolvimento social e econômico, fundamentais para a redução das desigualdades em saúde (MARMOT, 2005).

A redução das desigualdades sociais em saúde constitui um dos objetivos da Reforma Sanitária Brasileira (RSB) que ainda está em processo de implementação. No entanto, essa reforma tem sido parcial, setorial e institucional, limitada a construção e implantação do SUS. O grande desafio a ser superado para ampliação da RSB são os interesses capitalistas, corporativos e partidários que colonizam o Estado e perpetuam as iniquidades sociais (PAIM, 2007) e a falta de empenho dos sucessivos governos para o seu avanço (SILVA, 2011).

Os interesses capitalistas são os principais desencadeadores de problemas que interferem nos determinantes socioambientais de saúde e um forte elemento de produção e aprofundamento das iniquidades sociais, por meio da imposição dos princípios da globalização no contexto neoliberal. Consequentemente, beneficia somente um conjunto limitado de sujeitos e causa danos à maioria (RIGOTTO; AUGUSTO, 2007, p. S479), tornando-a vulnerada.

A vulneração torna a população incapaz de enfrentar os danos, devendo ser protegida pelo Estado. Para a bioética de proteção “os problemas sanitários só podem ser considerados moralmente legítimos se visarem à proteção das pessoas e das populações por parte do Estado, que *de jure* deve proteger os cidadãos sob sua responsabilidade por contrato, embora nem sempre o faça *de fato* (SCHRAMM, 2012, p. 53), como evidenciado no presente estudo.

O Princípio da Proteção constitui um dos fundamentos da intervenção do Estado, que reconhece sua obrigação de cuidar da integridade física e patrimonial de seus cidadãos a partir do século XVIII, sendo também o fundamento moral da legitimidade do Estado de bem-estar contemporâneo. Com base neste princípio, a bioética de proteção pode ser vista como uma ética da responsabilidade social em que o Estado deve assumir obrigações

que se aplicam às populações humanas, visando prevenir suas enfermidades e formar um ambiente saudável, com propostas razoáveis de cuidar das condições objetivas necessárias para o exercício da cidadania. Entendendo-se, então, como proteção a atitude de dar cobertura efetiva às necessidades essenciais ou consideradas impostergáveis (BOY; SCHRAMM, 2009, p. 1279).

Na perspectiva da promoção da saúde é fundamental identificar os fatores que geram as iniquidades, propor ações para reduzir seus efeitos e induzir transformações no comportamento da população e dos governantes. O desafio maior é conciliar os interesses econômicos e os propósitos sociais de bem estar para todos, promovendo a solidariedade e equidade social (CONFERÊNCIA INTERNACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE, 1992).

Para finalizar, devemos comentar que os instrumentos de coleta e análise de dados, nesta pesquisa, foram suficientes para atender aos seus objetivos, possibilitando que diversos problemas socioambientais observados no território fossem validados pelo discurso dos sujeitos nas oficinas e por meio dos dados do SIAB e do IBGE. Dentre os principais problemas urbanos no âmbito da APA referidos, destacaram-se: a contaminação da água dos canais e rios; o abastecimento de água potável insuficiente; resíduos sólidos dispersos no território, inclusive nos canais; presença de vetores de agentes etiológicos de doenças; ruas sem pavimentação; manejo inadequado dos esgotos e canais de drenagem; moradias inadequadas, entre outros.

A persistência dos problemas relacionados ao saneamento ambiental evidencia a importância da atuação intersetorial na organização logística das ações e das políticas públicas centradas em determinados territórios. Para tanto, tem como desafios “superar a fragmentação das políticas públicas e a cultura clientelista e localista que ainda vigora na administração pública” (NASCIMENTO, 2010, p. 96) e que é percebida pelos sujeitos das comunidades vulneradas participantes da presente pesquisa.

A APA e a APS devem desenvolver ações de forma integrada para garantir a recuperação, prevenção e promoção da saúde. A APA objetiva alcançar as melhores condições de saúde e qualidade de vida dos cidadãos, através da proteção do ambiente e do fortalecimento das comunidades no âmbito da sustentabilidade local. Para tanto, necessita de uma abordagem integral, que contemple o usuário em sua totalidade, atuando sobre os determinantes socioambientais e na determinação social da saúde, na perspectiva da Saúde Coletiva (AUGUSTO; CARNEIRO; COSTA, 2005; PAIM; ALMEIDA FILHO, 1998) e de enfoques ecossistêmicos, contextualizando as realidades políticas, econômicas e culturais (PORTO et al., 2004).

6 CONSIDERAÇÕES, CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

As políticas públicas, entre as quais, as de APS e de APA não estão sendo viabilizadas de forma a garantir os direitos dos cidadãos, conforme Constituição Federal e as diversas leis que instituíram o SUS, o Estatuto das Cidades, a Política de Saneamento Básico, a Política Habitacional e de Meio Ambiente nos diversos níveis de governança. O que foi constatado a partir do contexto de vulneração socioambiental observado nas comunidades aqui estudadas e das demandas expressas pelos sujeitos participantes do estudo, destacando-se os problemas relacionados: ao saneamento ambiental; ao acesso aos serviços de saúde; à visita do agente de saúde ambiental; ao acesso à educação de qualidade e à creche; e à moradia adequada.

Neste contexto, a promoção de ambientes favoráveis à saúde não se concretizou efetivamente. As ações de Saúde Ambiental levadas pelo PSA ficam restritas ao controle de populações de vetores e de animais sinantrópicos e peçonhentos, seguindo o modelo de vigilância verticalizado e pouco participativo. As comunidades vulneradas, em geral, sentem-se protegidas quando os agentes de saúde utilizam biocidas no controle de vetores e de animais sinantrópicos e peçonhentos ou quando realizam certos procedimentos nas visitas de inspeção.

Observamos que muitas ações e serviços do PSA são apenas mitigadoras, mantendo a situação estável, mas sem solucionar os problemas e passíveis de gerarem novos problemas, como acontece com o controle de insetos vetores e de animais sinantrópicos e peçonhentos. No controle desses animais são utilizados biocidas, em geral, químicos com impactos negativos para o ambiente e para a saúde da população e dos profissionais que fazem a aplicação do produto, além dos altos custos financeiros para os cofres públicos.

Os princípios e diretrizes (equidade, integralidade, intersetorialidade, empoderamento social), guias das ações de saúde, são pouco considerados no planejamento e desenvolvimento das ações do Programa de Saúde Ambiental da cidade do Recife. Esses princípios devem ser priorizados no planejamento e desenvolvimento das ações de APA e do PSA, envolvendo setores da saúde, saneamento, meio ambiente, educação, serviços públicos, habitação, entre outros, visando à redução da situação de vulneração e a promoção de ambientes favoráveis à saúde. Nesta perspectiva, a promoção da saúde deve ser objeto das diversas políticas públicas, com o planejamento e desenvolvimento de ações contínuas que perpassam por diversas instituições das três esferas de governo, do setor privado e da sociedade civil.

A percepção de descaso dos governantes e o sentimento de exclusão social das comunidades de baixa renda reflete o modelo econômico do país, voltado para o mercado,

priorizando os estratos sociais que tem maior poder aquisitivo. Tudo é transformado em mercadoria, a água, o esgotamento sanitário, a saúde. Nessa lógica de mercado, o consumo de produtos industrializados (medicamentos, inseticidas, equipamentos, outros) é incentivado pelos programas e serviços de saúde que impõem o modelo químico na saúde pública em detrimento do saneamento ambiental e do empoderamento social.

Os governantes e políticos foram referidos pelos participantes das oficinas como potenciais mediadores facilitadores e, ao mesmo tempo, como mediadores inibidores, na medida em que não resolvem os problemas da comunidade. A população reconhece os líderes comunitários e a união das famílias como potenciais mediadores para resolução dos problemas, evidenciando-se a necessidade do empoderamento social da rede sócio-humana, para mediação dos problemas de saúde ambiental/saneamento ambiental do território. Há o reconhecimento pela demanda de participação da comunidade, cooperando com a limpeza, não jogando resíduos sólidos nas ruas, armazenando água de forma adequada para proteger a saúde da família e da comunidade. No entanto, a participação da comunidade deve ser mais ampla, com aumento de sua autonomia, favorecendo a eficácia política, a justiça social e a melhoria da qualidade de vida.

A integralidade das ações no território necessita da articulação das diversas políticas públicas locais, fortalecendo as ações intersetoriais e responsabilizando mais os órgãos competentes envolvidos nas ações de saúde e saneamento ambiental. As diversas secretarias municipais (Saúde, Meio Ambiente, Saneamento, Habitação, Educação, outras) e os programas, entre os quais, o PSA devem realizar planejamento e ações conjuntas com as equipes das USF em nível de microáreas de atuação das equipes.

Deve-se valorizar as diferenças dos microespaços que o PSA, com certas cobranças, impede a realização de ações conforme a realidade local. É preciso repensar as ações do PSA a partir das condições socioambientais e de vulneração das comunidades, considerando as diferenças intrabairro no planejamento e desenvolvimento das ações de saúde ambiental. Valorizar as potencialidades das comunidades no desenvolvimento das ações, priorizando as ações de educação popular em saúde na perspectiva do empoderamento das comunidades e das equipes de APS e APA. É fundamental a redução do uso de biocidas no controle dos vetores e animais sinantrópicos, investindo-se os recursos nas ações de empoderamento da população.

O PSA precisa ser revisto, no modelo de visita, interação com a população e redefinição de suas ações. A discussão dos resultados do presente estudo pode contribuir com o empoderamento das equipes e, conseqüentemente, com a melhoria do PSA, na perspectiva

de superar o modelo da velha Saúde Pública e a influência do modelo econômico consumista e produtor de iniquidades sociais. Para tanto, o PSA na definição de suas práticas deve compreender a saúde em sua dimensão complexa, a partir do modelo da Determinação Social da Saúde, contribuindo para redução do processo de vulneração dos territórios e comunidades.

O diferencial desse estudo, enfocando o PSA, foi seu direcionamento para comunidades vulneradas e a valorização da percepção dos sujeitos para identificação das necessidades e demandas socioambientais das comunidades.

Como limitação do estudo destacamos o uso restrito da MARES, não aproveitando seu potencial para identificar as redes relacionais do cotidiano, importante para definição do papel dos diversos atores na perspectiva da integralidade das ações. Esse instrumento pode ser utilizado com seu potencial pedagógico para o empoderamento dos diversos atores envolvidos na definição das políticas públicas, especialmente dos usuários/cidadãos.

Diante do exposto é fundamental desenvolver novos estudos objetivando:

- a) identificar as redes relacionais do cotidiano e as interdependências entre os condicionantes macro e os microssociológicos da saúde ambiental, na perspectiva da integralidade das ações e serviços de APS e APA;
- b) analisar os impactos ambientais e na saúde da população em decorrência do uso de biocidas químicos no controle dos vetores e animais sinantrópicos e peçonhentos;
- c) investigar as condições de trabalhos dos ASACE, a exposição às condições insalubres e condições de saúde desses profissionais.
- d) avaliar as ações de educação em saúde na perspectiva do empoderamento social das comunidades, objetivando a realização de ações integrais de saúde e ambiente.

REFERÊNCIAS

- ACSELRAD, H. Vulnerabilidade ambiental, processos e relações. In: ENCONTRO NACIONAL DE PRODUTORES E USUÁRIOS DE INFORMAÇÕES SOCIAIS, ECONÔMICAS E TERRITORIAIS, 2., 2006, Rio de Janeiro. **Comunicação**. Rio de Janeiro: FIBGE, 2006.
- ADRIANO, J. R. et al. A construção de cidades saudáveis: uma estratégia viável para a melhoria da qualidade de vida? **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 53-62, 2000.
- ALBUQUERQUE, K. M. **Saúde e Ambiente no nível local: avaliação das ações do Agente de Saúde Ambiental (ASA), na Cidade do Recife – PE**. 2005. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública)-Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz; Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2005.
- ALBUQUERQUE, K. M.; AUGUSTO, L. G. da S. O Programa de Saúde Ambiental da Cidade do Recife – uma experiência bem sucedida se seus desafios. In: AUGUSTO, L.G. da S.; BELTRÃO, A. B. **Atenção Primária à Saúde: Saúde Ambiental Infantil. Ambiente Território e Integralidade**. 2. ed. Recife: Universitária UFPE, 2011. p. 263- 275.
- ALBUQUERQUE, M. Com obras paradas, moradores da Vila Brasil sofrem em condições precárias: Habitacional na Ilha Joana Bezerra foi iniciado em 2009 e ainda não foi entregue. **Folha de Pernambuco**, Recife, 18 mar. 2013. Cotidiano, Notícias. Disponível em: <<http://www.folhape.com.br/cms/opencms/fohape/pt/cotidiano/noticias/arqs/2013/03/0216.html>> Acesso em: 21 jun. 2014.
- ALBUQUERQUE, M.F.M.; BRAGA, C.; LYRA, T. M. **Filariose no Recife: indicador de pobreza e desigualdade social urbana** [Internet]. Recife: Portal DSS Nordeste, 13 ago. 2013. Disponível em: <<http://dssbr.org/site/opinioes/filariose-no-recife-indicador-de-pobreza-e-desigualdade-social-urbana/>>. Acesso em: 10 mar.2015.
- ALMEIDA FILHO, **O que é saúde?** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2011.
- ALVES, H. P. F. Vulnerabilidade socioambiental na metrópole paulistana: uma análise sociodemográfica das situações de sobreposição espacial de problemas e riscos sociais e ambientais. **Revista Brasileira de Estudos de População**, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 43-59, jan./jun. 2006.
- ARAÚJO, J. A. **Percepções e atitudes diante dos riscos ambientais à saúde de catadores de materiais recicláveis da comunidade de São José do Coque, Recife/PE**. 2009. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2009.
- AROUCA, A. S. da S. **O Dilema Preventivista Contribuição para a Compreensão e Crítica da Medicina Preventiva**. 1975. Tese (Doutorado) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1975.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA. **Dossiê**

Abrasco: Um alerta sobre os impactos dos Agrotóxicos na Saúde. Parte 2 - Agrotóxicos, saúde, ambiente e sustentabilidade. 2012. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2012.

AUGUSTO, L. G. da S. Saúde e vigilância ambiental: um tema em construção. **Epidemiologia e Serviço de Saúde**. Brasília, DF, v.12, n.4, p. 177-187, out./dez. 2003

AUGUSTO, L. G. da S.; BELTRÃO, A. B. Intersetorialidade na Atenção Primária Ambiental, o caso da Cidade do Recife: Pesquisa de extensão universitária em Atenção Primária à Saúde. In: _____. **Atenção Primária à Saúde: Saúde Ambiental Infantil. Ambiente Território e Integralidade**. 2. ed. Recife: Universitária UFPE, 2011. p. 79-94.

AUGUSTO, L. G. da S. Impactos da nocividade ambiental para a saúde – a necessidade de abordagem ecossistêmica em saúde. In: AUGUSTO, L.G. da S.; BELTRÃO, A. B. **Atenção Primária à Saúde: Saúde Ambiental Infantil. Ambiente Território e Integralidade**. 2. ed. Recife: Universitária UFPE, 2011. p. 163-171.

AUGUSTO, L. G. S.; CARNEIRO, R. M.; COSTA, A. M. Vigilância Ambiental: um novo conceito, uma nova abordagem. In: AUGUSTO, L. G. da S., FLORENCIO, L.; CARNEIRO, R. M. **Pesquisa (ação) em saúde ambiental: contexto, complexidade e compromisso social**. 2. ed. Recife: Universitária UFPE, 2005. p. 31 – 38.

AUGUSTO, L. G. S.; CARNEIRO, R. M.; FLORENCIO, L. Saúde e Ambiente na perspectiva da Saúde Coletiva. In: _____. **Pesquisa (ação) em saúde ambiental: contexto, complexidade e compromisso social**. 2. ed. Recife: Universitária UFPE, 2005. p.3-6.

AYRES, J. R. C. M, et al. O conceito de vulnerabilidade e as Práticas de Saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Org.) **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências**. 2. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2009. p. 117 – 139.

BARCELLOS, C.; QUITERIO, L. A. D. Vigilância ambiental em saúde e sua implantação no Sistema Único de Saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 1, p. 170 – 177, jan./fev. 2006. Disponível: < <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102006000100025>>. Acesso em: 2 maio 2012.

BARRETO, M. L.; CARMO, E. H. Padrões de adoecimento e de morte da população brasileira: os renovados desafios para o Sistema Único de Saúde. **Ciências e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, supl. p. 1779 – 1790, nov. 2007 .

BARRETO, M. L. et al. Saúde da população brasileira: mudanças, superposição de padrões e desigualdades. In: FLEURY, S. (Org.) **Saúde e Democracia: a luta do CEBES**. São Paulo: Lemos, 1997. p. 45-60.

BARROS NETO, O. F. de. **Avaliação da implantação do Programa de Saúde Ambiental do Recife**. 2013. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz. Recife, 2013.

BATICH, M. Previdência do Trabalhador: uma trajetória inesperada. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v. 18, n. 3, p. 33-40, 2004.

BATTESINI, M.; SPERB, A. A vigilância contemporânea no Brasil: contribuições para uma discussão. **Boletim da Saúde**, Porto Alegre, v. 21, n. 1, jan./jun. 2007. Disponível em: <<http://www.esp.rs.gov.br/img2/v21n1vigi%20contemp.pdf>>. Acesso em: 15 set. 2013.

BEZERRA, A. C. V. **Subsídio à Gestão Territorial do Programa de Saúde Ambiental**: contribuição da Geografia para construção de mapas operacionais para a territorialização dos Agentes de Saúde Ambiental do Recife-PE. 2008. Dissertação (Mestrado em Geografia) - Departamento de Ciências Geográficas, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2008.

BONAT, W. H. et al. Investigando fatores associados a contagens de ovos de *Aedes aegypti* coletados em ovitampas em Recife/PE. **Revista Brasileira de Biometria**, São Paulo, v. 27, n. 4, p. 519–537, 2009.

BORJA, P. C.; MORAES, L. R. S. Indicadores de saúde Ambiental com enfoque para a área de saneamento. Parte 1 – Aspectos conceituais e metodológicos. **Engenharia Sanitária e Ambiental**, Rio de Janeiro, v 8, n. 1/2, p. 13-25, jan./jun. 2003.

BOY, R.; SCHRAMM, F. R. Bioética da proteção e tratamento de doenças genéticas raras no Brasil: o caso das doenças de depósito lisossomal. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 6, p. 1276 – 1284, jun. 2009 .

BRAGA, I.; VALLE, D. *Aedes aegypti*: vigilância, monitoramento da resistência e alternativas de controle no Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, DF, v. 16, n. 4, p. 295-302, out./dez. 2007.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. Rio de Janeiro: Bloch, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instrução Normativa MS/SVS n.º 1, de 7 de março de 2005. Regulamenta a Portaria n.º 1.172/2004/GM, no que se refere às competências da União, Estados, Municípios e Distrito Federal na área de Vigilância em Saúde Ambiental. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, 8 mar. 2005. Republicada em: 22 mar. 2005a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/2005/int0001_07_03_2005_rep.html>. Acesso em: out. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Avaliação de impacto na saúde das ações de saneamento**: marco conceitual e estratégia metodológica. Brasília: OPAS, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Levantamento Rápido de Índices para *Aedes Aegypti* (LIRAA) para vigilância entomológica do *Aedes aegypti* no Brasil**: metodologia para avaliação dos índices de Breteau e Predial e tipo de recipientes. Brasília, 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigilância em Saúde no SUS**: fortalecendo a capacidade de respostas aos velhos e novos desafios. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 19 set. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm>. Acesso em: 16 jun. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Situação de Saúde:** Indicadores de morbidade. Brasília, DF, 2014b. Disponível em: <<http://189.28.128.178/sage/>>. Acesso em: 10 nov. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sala de Apoio à Gestão Estratégica. **Situação de Saúde:** Indicadores de mortalidade. Tuberculose. Brasília, DF, 2015c. Disponível em: <<http://189.28.128.178/sage/>>. Acesso em: 5 mar. 2015.

BRASIL. Ministério Público Federal, Procuradoria da República em Pernambuco. **Procedimento Preparatório nº 1.26.000.002215/2013-26.** Promoção de Arquivamento nº 549-2013/MPF/PRPE/AT. Recife, 2013b.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Lei nº 11.124, de 16 de junho de 2005. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil.** Brasília, DF, 16 jun. 2005b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/111124.htm>. Acesso em: 15 set. 2013.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Lei nº 10.257, de 10 de julho de 2001. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil.** Brasília, DF, 10 jul. 2001. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110257.htm>. Acesso em: 15 set. 2013.

BRASIL. Presidência da República. Lei Nº 11.445, de 5 de Janeiro de 2007. Estabelece diretrizes nacionais para o saneamento básico. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil,** Brasília, DF, 11 jan 2007. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/111124.htm>. Acesso em: 2 out. 2014.

BRASIL. Presidência da República. **Decreto Nº 7.217, de 21 de Junho de 2010.** Regulamenta a Lei nº 11.445, de 5 de janeiro de 2007, que estabelece diretrizes nacionais para o saneamento básico, e dá outras providências. Brasília, 21 jun 2010. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/Decreto/D7217.htm>. Acesso em: 02 out. 2014.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. **Lei Nº 12.305, de 2 de agosto de 2010.** Institui a Política Nacional de Resíduos Sólidos; altera a Lei Nº 9.605, de 2 de fevereiro de 1998; e dá outras providências. Brasília, 2 ago. 2010b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/lei/112305.htm>. Acesso em: 2 out. 2014.

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. Avaliação de Conhecimentos, Atitudes e Práticas dos Agentes de Saúde Ambiental e Controle de Endemias (Asace) do município do Recife em relação ao Diflubenzuron, Pernambuco, 2011. **Boletim Epidemiológico,** Brasília, v. 43, n. 4, p. 7-10, 2012a.

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância em Doenças Transmissíveis. **Plano integrado de ações estratégicas de eliminação da hanseníase, filariose, esquistossomose e oncocercose como problema de saúde pública, tracoma como causa de cegueira e controle das geohelmintíases:** plano de ação 2011-2015. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Vigilância em**

Saúde: Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose. 2. ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n. 21).

BRASIL. Secretaria Nacional de Saneamento Ambiental. **Sistema Nacional de Informações sobre Saneamento:** Diagnóstico dos Serviços de Água e Esgotos – 2012. Brasília, 2014b.

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. **Saúde ambiental:** guia básico para construção de indicadores. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde.** 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a. (Série B. Textos Básicos de Saúde); (Série Pactos pela Saúde 2006, v. 7).

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Manual de controle de escorpões.** Brasília: Ministério da Saúde, 2009a. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância epidemiológica. **Diretrizes Nacionais para a Prevenção e Controle de Epidemias de Dengue.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009b. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Guia de vigilância epidemiológica e eliminação da filariose linfática.** Brasília: Ministério da Saúde, 2009c. (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Situação Epidemiológica/Dados:** Casos confirmados de Leptospirose de 2000 a 2014; Óbitos por Leptospirose de 2000 a 2014. Brasília, DF, 2015a. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/situacao-epidemiologica-dados>>. Acesso em: 5 mar. 2015.

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. Monitoramento dos casos de dengue e febre de chikungunya até a Semana Epidemiológica (SE) 53 de 2014. **Boletim Epidemiológico.** Brasília, v. 46, n. 3, p. 1 - 7, 2015b. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/197-secretaria-svs/11955-boletins-epidemiologicos-arquivos>>. Acesso em: 5 mar. 2015.

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Situação Epidemiológica – dados.** Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/699-secretaria-svs/vigilancia-de-a-a-z/filariose/11286-situacao-epidemiologica-dados>>. Acesso em: 20 maio 2015.

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Situação Epidemiológica – dados.** Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/741-secretaria-svs/vigilancia-de-a-a-z/tuberculose/11485-situacao-epidemiologica-dados>>. Acesso em: 20 maio 2015.

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. O controle da tuberculose no Brasil: avanços, inovações e desafios. **Boletim Epidemiológico.** Brasília, v. 44, n. 2, 2014. Disponível em:

<<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2014/maio/29/BE-2014-44--2---Tuberculose.pdf>> Acesso em: 5 maio 2015.

BRAVO, M. I. S.; CORREIA, M. V. C. Desafios do controle social na atualidade. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 109, p. 126 -150, jan./mar. 2012.

BREILH, J. La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). **Revista Facultad Nacional de Salud Pública**, Medellín, v. 31, supl 1, p. 13-27, 2013.

BRONZO, C. Intersetorialidade, autonomia e território em programas municipais de enfrentamento da pobreza: experiências de Belo Horizonte e São Paulo. **Planejamento e Políticas Públicas**, Brasília, n. 35, p. 119 – 159, jul./dez. 2010.

BUSS, P. M. Uma Introdução ao Conceito de Promoção da Saúde. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M.(Org.). **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências**. 2. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2009. p. 19 - 42

BUSS, P. M.; CARVALHO, A. I. Desenvolvimento da promoção da saúde no Brasil nos últimos vinte anos (1988-2008). **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n. 6, p. 2305-2316, 2009.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A Saúde e seus Determinantes Sociais. **PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n.1, p. 77-93, 2007.

CAILLÉ, Alain. Reconhecimento e sociologia. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 23, n. 66, p. 151 – 163, fev. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-69092008000100010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 01 Mar. 2015.

CAMARGO Jr., K. R. Das necessidades de saúde à demanda socialmente construída. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Construção Social da Demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos**. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS, UERJ: ABRASCO, 2010. p. 93-103.

CAMPOS, C. E. A. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 569-584, 2003.

CAPRA, F. **O Ponto de Mutação: A Ciência, a Sociedade e a Cultura emergente**. 25 ed. São Paulo: Cultrix, 1982.

CARVALHO, A. I. Editorial: Princípios e prática da promoção da saúde no Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n.1, p. 4-5, jan. 2008.

CARVALHO, S. R. **Saúde Coletiva e Promoção da Saúde: sujeito e mudança**. 2. ed. São Paulo: HUCITEC, 2007. (Saúde em Debate, 163)

CARVALHO, S.R. Os múltiplos sentidos da categoria “*empowerment*” no projeto de Promoção da saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1088-1095, 2004a.

CARVALHO, S.R. As contradições da promoção da saúde em relação à produção de sujeitos e mudança social. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n.3, p. 669-678, 2004b.

CLARO, L. B. L.; TOMASSINI, H. C. B; ROSA, M. L. G. Prevenção e controle da dengue: uma revisão de estudos sobre conhecimentos, crenças e práticas da população. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1447-1457, 2004.

COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE (Brasil). **As Causas Sociais das Iniquidades em Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE. **Relatório**, Alma-Ata, URSS: UNICEF Brasil, 1978. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/publications/9241800011_por.pdf>. Acesso em: 15 set. 2013.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8., 1986, Brasília. **Relatório Final**. Brasília: Ministério da Saúde, 1986. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf> Acesso em: 15 set. 2013.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 9., 1992, Brasília. **Municipalização é o caminho. Relatório Final**. Brasília: Ministério da Saúde, 1993. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_9.pdf>. Acesso em: 3 dez. 2014.

CONFERÊNCIA DAS NAÇÕES UNIDAS SOBRE MEIO AMBIENTE E DESENVOLVIMENTO. 1992, Rio de Janeiro. **Agenda 21**. 3. ed. Brasília, DF: Senado Federal, 2003.

CONFERÊNCIA GLOBAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE, 7., 2009, Nairóbi, Kenya, **Promovendo a saúde e o desenvolvimento: quebrar as lacunas de implementação**. Nairóbi: Organização Mundial de Saúde, 2009. Disponível em: <<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/7gchp/documents/en/index.html>>. Acesso em: 15 set. 2013.

CONFERÊNCIA GLOBAL SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE, 8., 2013, Helsinki. **The Helsinki statement on Health in All Policies**. Helsinki: Organização Mundial de Saúde/Ministry of Social Affairs and Health, Finland, 2013. Disponível em: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/8gchp/statement_2013/en/index1.html>. Acesso em: 3 dez. 2014.

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE, 1. 1986, Ottawa, **Carta de Ottawa**. Ottawa: Organização Pan-Americana da Saúde, 1986. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Ottawa.pdf>>. Acesso em: 6 abr. 2012.

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE A PROMOÇÃO DA SAÚDE, 2. 1988, Adelaide. **Declaração de Adelaide**. Adelaide: Organização Pan-Americana da Saúde, 1988. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Adelaide.pdf>>. Acesso em: 15 set. 2013.

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE, 3., 1991, Sundsvall. **Declaração de Sundsvall**. Sundsvall: Organização Pan-Americana da Saúde, 1991.

Disponível em: <<http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Sundsvall.pdf>>. Acesso em: 2 out. 2011.

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE A PROMOÇÃO DA SAÚDE, 5., 2000, México. **Declaração do México**. México: Organização Pan-Americana da Saúde, 2000. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Mexico.pdf>>. Acesso em: 15 set. 2013.

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE, 6., 2005, Tailândia. **Carta de Bangkok para a Promoção da Saúde em um Mundo Globalizado**. Tailândia: Organização Mundial de Saúde, 2005. Disponível em: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/hpr_050829_%20BCHP.pdf>. Acesso em: 15 set. 2013.

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE, 4., 1997, Jakarta, **Declaração de Jakarta**: sobre Promoção da Saúde no Século XXI. Jakarta: Organização Mundial da Saúde (OMS), 1997. Disponível em: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/en/hpr_jakarta_declaration_portuguese.pdf>. Acesso em: 15 set. 2013.

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE. Santafé de Bogotá, **Declaração de Santafé de Bogotá**. Bogotá: Ministério de Saúde da Colômbia e a Organização Pan-Americana da Saúde, 1992. In: BRASIL. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. (Série B. Textos Básicos em Saúde), p. 45-47.

CONFERÊNCIA MUNDIAL DE DETERMINANTES SOCIAIS EM SAÚDE, 2011, Rio de Janeiro. **Declaração Política do Rio sobre Determinantes Sociais da Saúde**. Rio de Janeiro: Organização Mundial de Saúde. 2011. Disponível em: <http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/12/Decl-Rio-versao-final_12-12-20112.pdf>. Acesso em: 15 set. 2013.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE AMBIENTAL, 1., 2010, Brasília. **Relatório Final**. Brasília: Ministério das Cidades, Ministério da Saúde, Ministério do Meio Ambiente, 2010.

CONGRESSO BRASILEIRO DE EPIDEMIOLOGIA, 6., 2004, Recife/PE. **Relatório final de oficina de trabalho**. Promoção da Saúde: da prevenção à mudança social. Recife/PE: ABRASCO, 2004.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). **Subsídios para construção da Política Nacional de Saúde Ambiental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (Brasil). **Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS, n.1).

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (Brasil). **Dengue Situação Atual, Desafios e Estratégias para Enfrentamento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b. (Nota técnica).

CORDEIRO, J. C. **Promoção da Saúde e a Estratégia de Cidades Saudáveis: um estudo de caso no Recife–Pernambuco**. 2008. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães da Fundação Oswaldo Cruz; Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2008.

CORDEIRO, M. T. **Evolução da dengue no estado de Pernambuco, 1987-2006: epidemiologia e caracterização molecular dos sorotipos circulantes**. 2008. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2008.

CORREIA, M. C. B. A observação participante enquanto técnica de investigação. **Pensar Enfermagem**, Lisboa, v. 13, n. 2, p. 30 – 36, jul/dez. 2009.

COSTA, A. M., **Avaliação da Política Nacional de Saneamento, Brasil, 1996-2000**. 2003. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2003.

DECLICH, S.; CARTER, A. O. Public health surveillance: historical origins, methods and evaluation. **Bulletin of the World Health Organization**, Geneva, v. 72, n. 2, p. 285-304, 1994.

DIAS, E. C. et al. Saúde ambiental e saúde do trabalhador na atenção primária à saúde, no SUS: oportunidades e desafios. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 6, p. 2061-2070, 2009.

ESTEVES, C.J. de O. Risco e vulnerabilidade socioambiental: aspectos conceituais. **Cadernos do Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social - IPARDES**. Curitiba, v.1, n.2, p. 62-79, 2011.

FARIA, L. S.; BERTOLOZZI, M. R. A vigilância na Atenção Básica à Saúde: perspectivas para o alcance da Vigilância à Saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 44, n. 3, p. 789 – 795, set. 2010.

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

FLEURY-TEIXEIRA, P.; BRONZO, C. Determinação social da saúde e política. In: NOGUEIRA, R. P. (Org.). **Determinação social da saúde e reforma sanitária**. Rio de Janeiro: Cebes, 2010. p. 37-58.

FRACOLLI, L. A. et al. Vigilância à Saúde: deve se constituir como política pública? **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.17, n.2, p.184-192, 2008.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Produção Imaginária da Demanda. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.) **Construção Social da Demanda**. 2. ed. Rio de Janeiro: IMS, UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2010. Parte 2, p. 183 – 195.

FREITAS, A. P. A; SILVEIRA, N. L. D. Ética na Pesquisa com Sujeitos Humanos: aspectos a destacar para investigadores iniciantes. **Psicologia Argumento**, Curitiba, v. 26, n. 52, p. 35-46, jan./mar. 2008.

FREITAS, C. M. A Vigilância da Saúde para Promoção da Saúde. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Org.). **Promoção da Saúde**: conceitos, reflexões, tendências. 2. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2009. p. 141-159.

FREITAS, C. M. Problemas ambientais, saúde coletiva e ciências sociais. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 137-150, 2003.

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). **Instrução Normativa N° 1**, de 25 de setembro de 2001. Regulamenta a Portaria MS n.º 1.399, de 15 de dezembro de 1999, no que se refere as competências da União, estados, municípios e Distrito Federal, na área de vigilância ambiental em saúde. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, n. 185, 26 set. 2001. Seção 1 p. 56.

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). **Programa de Controle da Filariose Linfática no Brasil**. Brasília, 2004.

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). **Programa Nacional de Controle da Dengue**. Brasília, 2002a.

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). **Vigilância Ambiental em Saúde**. Brasília, 2002b.

GADAMER, H. G. Sobre o caráter oculto da saúde. In: GADAMER, H. G. **O caráter oculto da saúde**. Petrópolis: Vozes, 2006. p. 109-121.

GARCIA, J. C. Pensamento Social em Saúde na América Latina. In: NUNES, E. D. (Org.). **Juan César García**: pensamento social em saúde na América Latina. São Paulo: Cortez, 1989. (Coleção Pensamento Social em Saúde).

GONDIM, G. et al. O território da Saúde: a organização do sistema de saúde e a territorialização. In: MIRANDA, A. C. et al. (Org). **Território, Ambiente e Saúde**, Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. p. 237-255.

GOOGLE. **Mapas**. Bairro dos Coelhos. Disponível em:
<<https://www.google.com.br/maps/place/Coelhos,+Recife+-+PE/@-8.06752,-34.8917741,749m/data=!3m1!1e3!4m2!3m1!1s0x7ab18ceda5e733d:0x47b2e6ba750d5f56>>
Acesso em: 20 jan. 2013.

GOOGLE. **Mapas**. Bairro Ilha Joana Bezerra. Disponível em:
<<https://www.google.com.br/maps/place/Ilha+Joana+Bezerra,+Recife+-+PE/@-8.0714812,-34.9017825,1500m/data=!3m2!1e3!4b1!4m2!3m1!1s0x7ab18d3ae43f249:0xe58d1bd5bdbbee0a>>. Acesso em: 20 jan. 2013.

GUIMARÃES, M. J. B et al. Condição de vida e mortalidade infantil: diferenciais intra-urbanos no Recife, Pernambuco, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n. 5, p. 1413-1424, set./out. 2003.

GUIMARÃES, M. J. B. **Mortalidade Infantil e Condição de Vida**: uma análise da desigualdade espacial no Recife. 1998. Dissertação (Mestrado em Saúde Materno Infantil) - Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira, IMIP, Recife, 1998.

GURGEL, I.G. D. **A pesquisa científica na condução de políticas de controle de doenças transmitidas por vetores**. 2007. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2007.

GUIZARDI, F. L.; INHEIRO, R.; MACHADO, F.R.S. Vozes da Participação: espaços resistência e poder de informação. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de. **Construção Social da Demanda**: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS, UERJ: ABRASCO, 2010. p. 227-240.

HAESBAERT, R. Da Desterritorialização à Multiterritorialidade. In: ENCONTRO DE GEÓGRAFOS DA AMÉRICA LATINA, 10., 2005, São Paulo, SP. **Anais...** São Paulo, SP: Universidade de São Paulo, 2005. p. 6774-6792.

HAESBAERT, R. Territrio e Multiterritorialidade: um debate. Universidade Federal Fluminense. **GEOgraphia**, Niterói, v. 9, n. 17, p. 19 – 45, 2007.

HELLER, L. A Ética do Capitalismo e o Saneamento no Brasil. **Le Monde Diplomatique Brasil**. n. 72, Jun. 2013. Disponível em: <<http://www.diplomatique.org.br/artigo.php?id=1462>> . Acesso em: 5 mar. 2015

HELLER, L. Relação entre saúde e saneamento na perspectiva do desenvolvimento. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 3, n.2, p. 73-84, 1998.

HOUAISS, A.; VILLAR, M. S.; FRANCO, F. M. M. Conceito de demanda. In: _____ **Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa**. 1. ed. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001. p. 934.

HOUAISS, A.; VILLAR, M. S.; FRANCO, F. M. M. Conceito de necessidade. In: _____ **Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa**. 1. ed. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001. p. 2002.

HOUAISS, A.; VILLAR, M. S.; FRANCO, F. M. M. Conceito de vulnerabilidade. In: _____ **Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa**. 1. ed. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001. p. 2884.

IBGE. **Censo Demográfico 2010**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 02 jul. 2014.

IBGE. **Censo Demográfico 2010. Aglomerados subnormais**: primeiros resultados. Rio de Janeiro: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, p.1-259, 2010a.

IBGE. **IBGE@Cidades**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/link.php?uf=pe>>. Disponível em: 15 set. 2013.

INCÊNDIO atinge residências nos Coelhos: dezenas de famílias sofreram prejuízos por conta do incêndio. **Jornal do Commercio**, Recife, 05 ago. 2013. Cidades. Disponível em:

<<http://jconline.ne10.uol.com.br/canal/cidades/geral/noticia/2013/08/05/incendio-atinge-residencias-nos-coelhos-92548.php>>. Acesso em: 06 ago. 2013.

INOJOSA, R. M. Sinergia em políticas e serviços públicos: desenvolvimento social com intersectorialidade. **Cadernos Fundação do Desenvolvimento Administrativo**, São Paulo, n. 22, p. 102-110, 2001.

INSTITUTO BRASILEIRO DO MEIO AMBIENTE E RECURSOS NATURAIS RENOVÁVEIS. **Qualidade ambiental**. Disponível em: <<http://www.ibama.gov.br/areas-tematicas/qualidade-ambiental>>. Acesso em: 2 jul. 2014.

IUNES, R. F. Demanda e Demanda em Saúde. In: PIOLA, S. F.; VIANNA, S. M. (Org.). **Economia da Saúde: Conceitos e Contribuição para a Gestão da Saúde**, Brasília: IPEA, 1995. Cap. 4, p. 99-123. Disponível em: <<http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/pdfs/livros/cap4.pdf>> Acesso em: 5 set. 2013.

JACCOUD, M. MAYER, R. A observação direta e a pesquisa qualitativa. In: POUPART, J. et al. **A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos**. 2. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2010. parte 3, p. 254-294.

JUNQUEIRA, L. A. P. A gestão intersectorial das políticas sociais e o terceiro setor. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 13, n.1, p. 25-36, jan./abr. 2004.

KLEBA, M. E.; WENDAUSEN, A. Empoderamento: processo de fortalecimento dos sujeitos nos espaços de participação social e democratização política. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 18, n. 4, p.733-743, 2009.

KOGA, D. Cidades entre territórios de vida e territórios vividos. **Serviço Social e Sociedade**. São Paulo, v. 23, n. 72, p. 22-52, nov. 2002.

KREMPEL, M. C.; MOYSÉS, S. T.; MOYSÉS, S. J. Intersetorialidade: estratégia para a construção de uma cidade saudável. A experiência de Curitiba. In: SPERANDIO, A. M. G. (Org.). **O processo de construção da Rede de Municípios Potencialmente Saudáveis**. Campinas: IPES Editorial, 2004. Cap. 3, p. 79 – 94. Disponível em: <http://www.fef.unicamp.br/departamentos/deafa/qvaf/livros/com_saudavel_rede_municipios/ana2/ana_vol2_cap3.pdf>. Acesso em: 15 set. 2013.

LACERDA, A.; MARTINS, P. H. Metodologia de Análise de Redes do cotidiano (MARES): uma etnografia do grupo focal com agentes comunitários de saúde. In: PINHEIRO, R.; MARTINS P. H. (Org.). **Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: uma abordagem multicêntrica**. Rio de Janeiro: CEPESC: MS: UERJ; Recife: Universitária UFPE; São Paulo: ABRASCO, 2011. p. 53-60.

LACERDA, A.; VALLA, V. V. Um Outro Olha sobre a Construção Social da Demanda a partir da Dádiva e das Práticas de Saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de. **Construção Social da Demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos**. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS; UERJ: ABRASCO. 2010. p. 281-293.

LALONDE, M. **A new perspective on the health of Canadians**. Ottawa: Minister of National Health and Welfare, 1974. Disponível em: <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/alt_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/1974-lalonde/lalonde-eng.pdf>. Acesso em: 6 abr. 2012.

LEFEVRE, A. M. C. et al. Assistência pública à saúde no Brasil: estudo de seis ancoragens. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 11, n. 2, p. 35-47, 2002.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE A. M. C. **O discurso do sujeito coletivo**: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos). 2. ed. Caxias do Sul: EDUCS, 2005.

LEFÈVRE, A. M. C. et al. Representações sobre dengue, seu vetor e ações de controle por moradores do município de São Sebastião, litoral Norte do Estado de São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n.7, p. 1696-1706, 2007.

LIMONAD, E. Reflexões sobre o Espaço, o Urbano e a Urbanização. **Geographia**, Niterói, v. 1, n. 1, p. 71 – 91, 1999.

LORENZO, C. Vulnerabilidade em Saúde Pública: implicações para as políticas públicas. **Revista Brasileira de Bioética**, Salvador, v. 2, n. 3, p. 299-312, 2006.

LUZ, M. T. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de "transição democrática" - anos 80. **PHYSIS - Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 1, n.1, p. 77 – 96, 1991.

LYRA, T. M. A. **Política de Saúde Ambiental do Recife, em 2001 e 2002**: uma análise a partir do Programa de Saúde Ambiental. 2009. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães-Fundação Oswaldo Cruz, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2009.

LYRA, T.M.; ARAÚJO JÚNIOR, J.L.A.C. Análise de política: estudo da política pública de saúde ambiental em uma metrópole do nordeste brasileiro. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 9, p. 3819-3828, 2014.

MACHADO, J. M. H.; PORTO, M. F. de S. Promoção da saúde e intersetorialidade: a experiência da vigilância em saúde do trabalhador na construção de redes. Ensaio. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 12, n. 3, p. 121-130, 2003.

MACHADO, J. P. et al. Análise espacial da ocorrência de dengue e condições de vida na cidade de Nova Iguaçu, Estado do Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 5, p. 1025-1034, maio 2009.

MARANDOLA JR.; HOGAN, D. J. Vulnerabilidades e riscos: entre geografia edemografia. **Revista Brasileira de Estudos de População**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 29-53, jan./jun. 2005.

MARMOT, M. Social determinants of health inequalities. **Lancet**, London, v. 365, n. 9464, p. 1099-1104, mar. 2005. Disponível em: <www.thelancet.com> Acesso em: 2 out 2014.

MARTINS, P.H. MARES (metodologia de Análise de Redes do Cotidiano): aspectos conceituais e operacionais. In: PINHEIRO, R.; MARTINS P.H. (Org.). **Avaliação em saúde na perspectiva do usuário**: uma abordagem multicêntrica. Rio de Janeiro: CEPESC: MS: UERJ; Recife: Universitária UFPE; São Paulo: ABRASCO, 2011. p. 61-89.

MARTINS, P.H. Repensando sociologicamente a noção linear de Determinantes Sociais. In: PINHEIRO, R.; MARTINS, P.H. (Org.). **Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: uma abordagem multicêntrica**. Rio de Janeiro: CEPESC; MS: UERJ; Recife: Universitária UFPE; São Paulo: ABRASCO, 2011. p. 53-60.

MARTINS, P. H. A sociologia de Marcel Mauss: Dádiva, simbolismo e associação. **Revista Crítica de Ciências Sociais**, Coimbra, v. 73, p. 45-66, dez. 2005.

MARTINS, P. H De Lévi-Strauss A M.A.U.S.S.- Movimento Antiutilitarista nas Ciências Sociais Itinerários Do Dom. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 23, n. 66, p. 105-207, 2008.

MARTINS, P. H.; BEZERRA, R.; NASCIMENTO, W. A cidadania como solidariedade cívica na esfera pública: a luta pela estima. In: PINHEIRO, R.; MARTINS, P. H. (Org.). **Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: uma abordagem multicêntrica**. Rio de Janeiro: CEPESC; MS: UERJ; Recife: Universitária UFPE; São Paulo: ABRASCO, 2011, p. 159-170.

MARTINS, G. A. Estudo de Caso: uma reflexão sobre a aplicabilidade em pesquisas no Brasil. **Revista de Contabilidade e Organizações**, São Paulo, v. 2, n. 2, p. 8-18, jan./abr. 2008.

MATTOS, R. A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1411-1416, 2004.

MATTOS, R. A.de. Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 8. ed. Rio de Janeiro: IMS ABRASCO, 2009. p. 43-68.

MEJÍA, L. M. Los determinantes Sociales de la Salud: base teórica de la salud pública. **Revista Facultad Nacional de Salud Pública**, Medellín, n. 31, supl. 1, p. 28-36, 2013.

MELO-SANTOS, M. A. V. *Aedes aegypti* (Diptera: Culicidae): Estudos Populacionais e Estratégias Integradas Para Controle Vetorial em Municípios da Região Metropolitana do Recife, no Período de 2001 A 2007. 2008. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2008.

MERHY, E. E.; QUEIROZ, M. S. Saúde Pública, Rede Básica e o Sistema de Saúde Brasileiro. **Cadernos Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 177-184, abr./jun. 1993.

MINAYO, M. C. S. **O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8. ed. São Paulo: HUCITEC, 2004.

MINAYO, M. C. **O Desafio do Conhecimento: perspectiva qualitativa em saúde**. 12. ed. São Paulo: HUCITEC, 2010.

MIRRA, A. L.V. O problema do controle judicial das omissões estatais lesivas ao meio ambiente. **Revista de Direito Ambiental**, São Paulo, v. 4, n. 15, p. 61-80, jul./set. 1999.

MOISÉS, M.; et al. A política federal de saneamento básico e as iniciativas de participação, mobilização, controle social, educação em saúde e ambiental nos programas governamentais de saneamento. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2581-2591, 2010.

MONKEN, M.; BARCELLOS, C. Vigilância em Saúde e Território Utilizado. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 898-906, maio/jun. 2005.

MONNERAT, G. L.; SOUZA, R. G. de. Da Seguridade Social à intersectorialidade: reflexões sobre a integração das políticas sociais no Brasil. **Revista Katálisis**, Florianópolis, v. 14, n. 1, p. 41-49, jan./jun. 2011.

MOYSES, S. J.; MOYSES, S. T.; KREMPEL, M. C. Avaliando o processo de construção de políticas públicas de promoção de saúde: a experiência de Curitiba. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 627-641, 2004.

NASCIMENTO, S. Reflexões sobre a intersectorialidade entre as políticas públicas. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 101, p. 95-120, jan./mar. 2010.

NOGUEIRA, R. P. (Org.). **Determinação Social da Saúde e Reforma Sanitária**. Rio de Janeiro: Cebes, 2010.

OLIVEIRA, D. S. C. de. **Desigualdades Intraurbanas de Leptospirose no Recife**. 2009. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2009.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Report of the World Commission on Environment and Development: Our Common Future. **Relatório Brundtland**: Documentos das Nações Unidas. Reunindo um conjunto de acordos globais. Geneva, 1987. Disponível em: <<http://www.un-documents.net/wced-ocf.htm>>. Acesso em: 6 abr. 2012.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Desenvolvimento Sustentável e Saúde Ambiental, Saúde das Américas**, Washington, v. 1, n. 622, 2007. cap. 3. Disponível em: <<http://www.paho.org/hia/vol1regionalporcap3.html>>. Acesso em: 15 set. 2013.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Atenção Primária Ambiental (APA)**. Washington, D.C. jun., 1999.

PAIM, J. S. Modelos assistenciais: reformulando o pensamento e incorporando a proteção e a promoção da saúde. **Notas para discussão nos Seminários Temáticos Permanentes**. Brasília: ANVISA: ISCUFBA, 28 mar. 2001. Disponível em: <<http://www.repositorio.ufba.br:8080/ri/bitstream/ri/6168/1/Paim%20JS.%20Texto%20Modelos%20Assistenciais.pdf>>. Acesso em: 15 set. 2013.

PAIM, J. S. Modelos de Atenção à Saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, L. et al., organizadores. **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/Centro Brasileiro de Estudos de Saúde; 2012. p. 547-573. Disponível em: <http://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/modelos_de_atencao_a_saude_no_brasil_-_paim_0.pdf>

PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. Saúde Coletiva: uma "nova saúde pública" ou campo aberto a novos paradigmas? **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 32, n. 4, p. 299-316, ago. 1998.

PAIM J. S. A reforma sanitária e os modelos assistenciais. In: VIEIRA-DA-SILVA LM. **Saúde Coletiva** – textos didáticos. Salvador: Centro Editorial e Didático da Universidade Federal da Bahia; 1994. p. 61-82.

PAIM, J. S. **Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica**. 2007. Tese (Doutorado) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2007.

PAIM, J. S. Uma análise sobre o processo da reforma Sanitária brasileira. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 81, p. 27-37, jan./abr., 2009.

PELLISSARI, D. M. et al. Revisão sistemática dos fatores associados à leptospirose no Brasil, 2000-2009. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 20, n.4, p. 565-574, out./dez. 2011.

PERNAMBUCO. Governo do Estado. Companhia Pernambucana de Saneamento. **Esgotamento sanitário**. Disponível em: <<http://www.compesa.com.br/saneamento/esgotamentosantiario>>. Acesso em: 5 out. 2014.

PERNAMBUCO. Justiça Federal. **Justiça Federal condena Compesa a restaurar 37 estações de tratamento de esgoto**. Ação Civil Pública Nº 0012176-78.2011.4.05.8300, 22. Recife, maio 2014b. Disponível em: <<http://www.jfpe.jus.br/index.php/comunicacao-social/780-companhia-lancava-esgoto-bruto-ou-com-tratamento-inadequado-em-pelo-menos-dez-rios-que-cortam-pernambuco-incluindo-o-sao-francisco.html>> Acesso em: 25 ago 2014.

PERNAMBUCO. Secretaria de Saúde do Estado. Leptospirose Situação em Pernambuco. **Informe Epidemiológico SE**, Recife, n. 7, 2014c. Disponível em: <http://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/informe_leptospirose_se_06_18_02_2014.pdf>. Acesso em: 6 out. 2014.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. **Programa Sanar: Doenças Negligenciadas**. Disponível em: <<http://portal.saude.pe.gov.br/programa/secretaria-executiva-de-vigilancia-em-saude/programa-sanar-doencas-negligenciadas>> Acesso em: 5 mar. 2015.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. Secretaria-Executiva de Vigilância em Saúde. SANAR 2011-2014. **Boletim Anual da Vigilância em Saúde**, Recife, ano 5, mar. 2015.

PERNAMBUCO. Tribunal de Contas do Estado. Coordenadoria de Controle Externo. **Relatório Consolidado Segundo Monitoramento de Auditoria Operacional**. (Processo Tc Nº 0900563-8). Avaliação do Programa de Saúde Ambiental – PSA da Secretaria de Saúde da Prefeitura da Cidade do Recife. Recife, 2009.

PERNAMBUCO. Tribunal de Contas do Estado. **Resumo de Auditoria** – 04. Avaliação do Programa de Saúde Ambiental - PSA (Prefeitura do Recife), 2005a.

PERNAMBUCO. Tribunal de Contas do Estado. **Relatório Consolidado** – ANOP (Processo TC nº 0502103-0). Avaliação do Programa de Saúde Ambiental - PSA (Prefeitura da Cidade do Recife). Recife, 2005b.

PESSANHA, J. E. M. et al. Avaliação do Plano Nacional de controle da dengue. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 7, p. 1637-1641. 2009.

PINHEIRO, R. et al. Demanda em Saúde e Direito à Saúde: Liberdade ou Necessidade? Algumas considerações sobre os nexos constituintes das práticas de integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org.) **Construção Social da Demanda**. Rio de Janeiro: IMS: UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2010. p. 13 – 33.

PINHEIRO, R. Integralidade em Saúde. In: ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2009. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/intsau.html>>. Acesso em: 11 mar. 2012.

PIRES, A. P. Sobre algumas questões epistemológicas de uma metodologia geral para as ciências sociais. In: POUPART, A. et al. **A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos**. 2. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2010. p. 43-94.

PIZARRO, R. **La vulnerabilidad social y sus desafíos: una mirada desde América Latina**. Santiago de Chile: ONU: ECLAC, 2001. (Serie Estudios estadísticos y prospectivos).

PORTO, M. F. S. et al. Abordagens Ecosociais: pensando a complexidade na estruturação de problemas em saúde e ambiente. In: ENCONTRO DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE PÓS-GRADUAÇÃO EM AMBIENTE E SOCIEDADE, 2., 2004, Indaiatuba, SP. **Anais GT 12: Saúde e Ambiente**. São Paulo: ANPPAS, 2004. p. 1 – 23. Disponível em: <http://www.anppas.org.br/encontro_anual/encontro2/GT/GT12/marcelo_firpo.pdf> Acesso em: 15 set. 2013.

PORTO, M. F. Desenvolvimento, conflitos socioambientais, justiça e sustentabilidade: desafios para transição. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE AMBIENTAL, 1., 2010, Brasília. **Caderno Texto: GT Saúde e Ambiente da ABRASCO**. Brasília, 2012. p. 84-91.

PORTO, M. F. Saúde do trabalhador e o desafio ambiental: contribuições do enfoque ecosocial, da ecologia política e do movimento pela justiça ambiental. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 829-839, 2005.

PORTO, M. F. S; PIVETTA, F. Por uma Promoção da Saúde Emancipatória em Territórios Urbanos Vulneráveis. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2009. p. 207-229.

PORTO, M. F. S. **Uma ecologia política dos riscos: princípios para integramos o local e o global na promoção da saúde e da justiça ambiental**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007.

QUEIROZ, D. T. et al. Observação Participante na Pesquisa Qualitativa: conceitos e aplicações na área da saúde. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2,

p. 276-283, abr./jun. 2007. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v15n2/v15n2a19.pdf>>. Acesso em: 15 set. 2013.

RECIFE. Prefeitura Municipal. **Atlas do Desenvolvimento Humano no Recife**. Recife, 2005a. Disponível em: <<http://www.recife.pe.gov.br/pr/secplanejamento/pnud2006/doc/analiticos/Vulnerabilidade%20Social.pdf>>. Acesso em: 15 set. 2013.

RECIFE. Prefeitura Municipal. Decreto nº 19.187, de 16 de fevereiro de 2002. **Diário Oficial do Recife**, Poder Executivo, Recife, n. 175, fev. 2002. Disponível em: <<http://www.legiscidade.com.br/decreto/19187/>>. Acesso em: 6 abr. 2012.

RECIFE. Prefeitura Municipal. **Plano Plurianual 2002-2005: Cidade Saudável**. v. 1, Lei 16.687/2001. Recife, ago. 2001.

RECIFE. Prefeitura Municipal. **Plano Municipal de Saúde 2006-2009. Recife Saudável: Inclusão Social e Qualidade no SUS**. Recife, 2005b. (Aprovado na 7ª. Conferência Municipal de Saúde).

RECIFE. Prefeitura Municipal. **Plano Municipal de Saúde 2010/2013**. Recife, 2009. Disponível em: <<http://www.recife.pe.gov.br/noticias/arquivos/5916.pdf>>. Acesso em: 15 set. 2013.

RECIFE. Prefeitura Municipal. **Programa de Saúde Ambiental**, Recife, 2003. Folder.

RECIFE. Secretaria de Saúde. **SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica**. Recife, 2013c.

RECIFE. Secretaria de Saúde. Morbidade por doenças e agravos de notificação compulsória: período de janeiro a dezembro de 2011 e 2012. **Quadro Epidemiológico**. Recife, n. 1, ano 2013, p. 1-6, 2013.

RECIFE. Secretaria de Saúde. Secretaria Executiva de Vigilância à Saúde Gerência de Vigilância Epidemiológica. Morbidade por doenças e agravos de notificação compulsória: período de janeiro a dezembro de 2013 e 2014. **Quadro Epidemiológico**, Recife, n. 2, ano 2014, p. 1-6, 2014.

RECIFE. Secretaria Executiva de Vigilância à Saúde. **Boletim Semanal da Dengue**. Recife, 2013b.

RECIFE. Secretaria Executiva de Vigilância à Saúde. **Boletim Semanal da Leptospirose**. Recife, 2013a.

RECIFE, Prefeitura Municipal. **Recife espera vacinar mais de 200 mil animais contra raiva**. 13 out. 2014. Disponível em: <<http://www2.recife.pe.gov.br/recife-espera-vacinar-mais-de-200-mil-animais-contr-raiva/#sthash.q2jNxeOw.dpuf>>. Acesso: 15 out. 2014a.

RECIFE. Prefeitura Municipal. **Recife utiliza estratégia complementar de busca durante 30 dias para vacinar animais contra raiva**. Recife, 2014. Disponível em: <<http://www2.recife.pe.gov.br/recife-utiliza-estrategia-complementar-de-busca-durante-30-dias-para-vacinar-animais-contr-raiva/#sthash.DFjYF9Rt.dpuf>>. Acesso em: nov. 2014.

- REGIS, L. et al . Controle integrado do vetor da filariose com participação comunitária, em uma área urbana do Recife, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 473-482, out-dez. 1996.
- REZENDE, S.; HELLER, L; QUEIROZ, A. C.L. Agua, saneamiento y salud en Brasil: intersecciones y desacuerdos. **Anuario de Estudios Americanos**, Sevilla, v. 66, n. 2, p. 57-80, jul./dic. 2009.
- RIGOTTO, R. M.; AUGUSTO, L. G. S. Saúde e ambiente no Brasil: desenvolvimento, território e iniquidade social. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, supl. 4. p. S475-S501, 2007.
- ROCHA, E. V. **Saneamento Básico no Brasil**: perspectiva jurídica. [ca. 2009]. Disponível em: <http://www.academia.edu/5168002/SANEAMENTO_BASICO_NO_BRASIL_perspectiva_juridica>. Acesso: 22 jun. 2014.
- ROLIM, L. B.; CRUZ, R. S. B. L. C.; SAMPAIO, K. J. A. J. Participação popular e o controle social como diretriz do SUS: uma revisão narrativa. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 96, p. 139-147, jan./mar. 2013
- SAN MARTIN, H. La noción de salud y la noción de enfermedad. In: _____ **salud y enfermedad**, 4. ed. Mexico: La Prensa Médica Mexicana, 1981, p. 7-13. Disponível em: <<http://www.facmed.unam.mx/deptos/salud/censenanza/spi/fundamentos/sanmartin.pdf>> Acesso em:22 jun. 2014.
- SANTOS, M. O retorno do território. In: SANTOS, M.; SOUZA, M. A. A.; SILVEIRA, M. L. (Org.) **Território**: globalização e fragmentação. 4. ed. São Paulo: HUCITEC: ANPUR, 1998. p. 15-20.
- SANTOS, M.; SILVEIRA, A. X. A questão: o uso do território. In: SANTOS, N. **O Brasil**: território e sociedade no início do século 21, Rio de Janeiro: Record, 2001. Cap. 1.
- SANTOS, N. R. Desenvolvimento do SUS, rumos estratégicos e estratégias para visualização dos rumos. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 429-435, 2007.
- SANTOS, S. L.; CABRAL, A. C. S. P.; AUGUSTO, L. G. S. Conhecimento, atitude e prática sobre dengue, seu vetor e ações de controle em uma comunidade urbana do Nordeste. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, supl.1, p. 1319-1330, 2011.
- SCATENA, J. H. G.; TANAKA, O.Y. Os Instrumentos Normalizadores (NOB) no Processo de Descentralização da Saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 10, n. 2, p. 47-74, 2001.
- SCHRAMM, F. R. Bioética da Proteção: ferramenta válida para enfrentar problemas morais na era da globalização. **Revista Bioética**, Brasília, v. 16, n.1, p. 11 – 23, 2008.
- SCHRAMM, F. R. Vulnerabilidade, vulneração, saúde pública e bioética da proteção: análise conceitual e aplicação. In: TAGUETTE, S. R; CALDAS, C. P. (Org.). **Ética e pesquisa com populações vulneráveis**. Rio de Janeiro: EDUERJ, 2012. p. 37-57.

SILVA, A. X. da. A Reforma Sanitária Brasileira em Debate. In: JORNADA INTERNACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS: ESTADO, DESENVOLVIMENTO E CRISE DO CAPITAL, 5., 2011, São Luís. **Anais**. São Luís: Universidade Federal do Maranhão, 2011. p. 1-11. CD-ROM. Disponível em: <http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2011/CdVjornada/INDICE_AUTOR.htm> Acesso em: 11 nov. 2014.

SILVA, J. S.; MARIANO, Z. F.; SCOPEL, I. A dengue no Brasil e as políticas de combate ao aedes aegypti: da tentativa de erradicação às políticas de controle. **Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde – Hygeia**, Uberlândia, v. 3, n. 6, p. 163-175, Jun. 2008.

SILVA, S. T. Políticas públicas e estratégias de sustentabilidade urbana. **Série Grandes Eventos – Meio Ambiente**. Escola Superior do Ministério Público da União. Brasília, DF. p. 1-14, 2003. Disponível em: <http://escola.mpu.mp.br/linha-editorial/outras-publicacoes/serie-grandes-eventos-meio-ambiente/Solange_Teles_Politicass_publicas_e_sustentabilidade.pdf>. Acesso em: 11 nov. 2014.

SILVEIRA, M. L. O Brasil: território e sociedade no início do século 21 – a história de um livro. **ACTA Geográfica**, Boa Vista: Ed. Esp. Cidades na Amazônia Brasileira, 2011. p.151-163.

SIMPÓSIO BRASILEIRO DE SAÚDE E AMBIENTE, 2., 2014, Belo Horizonte, MG. **Apresentação**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2014. Disponível em: <http://www.sibsa.com.br/conteudo/view%3FID_CONTEUDO%3D161>. Acesso em: 11 nov. 2014.

SIMPÓSIO INTERNACIONAL SOBRE A CONSTRUÇÃO DE INDICADORES PARA A GESTÃO INTEGRADA EM SAÚDE AMBIENTAL, 2004, Recife. **Relatório Final**. Brasília/DF: Ministério da Saúde; Organização Pan-Americana da Saúde, 2006. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/relatorio_final_recife.pdf>. Acesso em: 31 ago. 2013.

SOUZA, W. **Doenças negligenciadas**. Rio de Janeiro: Academia Brasileira de Ciências, 2010.

STOTZ, E. N.; ARAUJO, J. W. G. Promoção da Saúde e Cultura Política: a reconstrução do consenso. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.13, n.2, p.5-19, maio/ago. 2004.

TAMBELLINI, A. T.; CÂMARA, V. M. A temática saúde e ambiente no processo de desenvolvimento do campo da saúde coletiva: aspectos históricos, conceituais e metodológicos. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 2, p. 47-59, 1998.

TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S.; VILASBOAS, A. L. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. **Informe Epidemiológico do SUS**, Brasília, v.7, n.2, p.7-28, abr./jun. 1998. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/iesus_vol7_2_sus.pdf>. Acesso em: 15 set. 2013.

TEIXEIRA, C. F. Promoção e vigilância da saúde no contexto da regionalização da assistência à saúde no SUS. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, supl., p. 153-162, 2002.

TEIXEIRA, C. F. Saúde da Família, Promoção e Vigilância: construindo a integralidade da Atenção à Saúde no SUS. In: TEIXEIRA, C.F.; SOLLA, J. P. **Modelo de atenção à saúde: vigilância e saúde da família**. Salvador: EDUFBA, 2006. (Sala de aula series, nº3). Disponível em: <<http://books.scielo.org>>. Acesso em: 15 nov. 2014.

THACKER, S. B. et al. Surveillance in Environmental Public Health: Issues, Systems, and Sources. **American Journal of Public Health**. Washington, v. 86, n. 5, p. 633–638, 1996.

VASCONCELOS, E. M. Educação Popular: de uma Prática Alternativa a uma Estratégia de Gestão Participativa das Políticas de Saúde. **PHYSIS: Revista Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n.1, p. 67-83, 2004.

VASCONCELOS et al. Fatores ambientais e socioeconômicos relacionados à distribuição de casos de leptospirose no Estado de Pernambuco, Brasil, 2001–2009. **Cadernos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 49-56, 2012.

VENTURA, M. M. O Estudo de Caso como Modalidade de Pesquisa. *Pedagogia Médica*. **Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado do Rio de Janeiro**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 383-386, set./out. 2007.

WALLERSTEIN, N. Powerlessness, Empowerment, and Health: Implications for Health Promotion Programs. **American Journal of Health Promotion**, Lawrence, v. 6, n. 3, p. 197-205. jan./fev., 1992.

WANDERLEY, E. Três em cada cinco praias pernambucanas são impróprias para banho **Diário de Pernambuco**, Recife, 10 ago. 2014.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado para participar do projeto de pesquisa: **Análise de Demandas de Saúde Ambiental de Comunidades Vulneradas e das Respostas da Política de Saúde Local**. Sua participação não é obrigatória, podendo desistir de participar a qualquer momento e retirar seu consentimento sem nenhum prejuízo em seu relacionamento com o pesquisador ou com a instituição. O objetivo geral desta pesquisa é Estudo das demandas das comunidades da Microrregião 1.3 do Distrito Sanitário I identificando as ações do Programa de Saúde Ambiental (PSA) relativas ao atendimento dessas demandas. Sua atuação nesta pesquisa consistirá em participar de grupos de discussão/ oficinas sobre questões de saúde ambiental.

Os possíveis riscos e desconfortos da sua participação serão constrangimentos ou algum conflito devido a diferenças de opiniões durante os trabalhos em grupos/oficina, mas o pesquisador responsável pelos trabalhos empenhar-se-á em evitar e/ou contornar para que não haja repercussões negativas para os participantes das oficinas. Todos os pontos de vistas dos participantes serão valorizados. Constrangimento perante pessoas ou instituições não ocorrerá, já que será garantido a não divulgação dos dados que possam comprometer os participantes.

Será garantido todo sigilo relativo às questões pessoais e a identidade dos participantes. As gravações de áudio e imagem dos grupos serão feitas sem identificar os sujeitos da pesquisa e com anuência dos mesmos. Todas as dúvidas serão esclarecidas, em qualquer momento da pesquisa. Todos serão atendidos com cordialidade e respeito.

Com esta pesquisa espera-se contribuir para melhoria dos serviços de saúde ambiental da área e geração de novos conhecimentos, necessários para explicação e resolução dos problemas identificados durante a pesquisa, relativos às questões socioambientais ligadas ao Programa de Saúde Ambiental.

Serão realizadas oficinas com representantes da Microrregião 1.3 (adolescentes/jovens de 18 a 24 anos, adultos e idosos de ambos os sexos). Os participantes não terão nenhuma despesa com deslocamento para participação das oficinas. As informações obtidas nesta pesquisa serão confidenciais e garantimos o sigilo sobre sua participação.

Cada participante receberá uma cópia deste termo onde consta o nome, endereço e os telefones do pesquisador principal para esclarecimento de qualquer dúvida relativa a pesquisa.

Jandira Aureliano de Araújo

Bióloga do Distrito Sanitário I / Secretaria Municipal de Saúde do Recife

Endereço: Rua Mário Domingos, Nº 70, Boa Vista, Recife/PE

Doutaranda em Saúde Pública pelo Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães.

Telefones: 86179551 / 33556821

Declaro que entendí os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Recife, _____ de _____ de 2013

RG: _____

APENDICE – B - Instrumentos para coleta de dados – Oficinas MARES

Oficina MARES na Escola Municipal Profº José da Costa Porto

1º encontro – 14/05/2013 – 19h. Turmas de Educação de Jovens e Adultos

Problemas/ demandas / necessidades gerais da comunidade

Problemas -

Doenças transmitidas por ratos
 Saúde / falta de médicos no posto de saúde
 Falta policiamento
 Muita sujeira
 Poluição, muito esgoto cheio de lixo, esgotos estourados, lixo pelas ruas, lixo dentro dos canais,
 Ruas alagadas cheias de insetos que fazem mal a saúde....
 Insetos, ratos e baratas é o que mais tem no bairro e convive nas nossas casas por causa da poluição
 Desemprego
 Falta de saúde e de segurança
 Esgoto, rato, todo tipo de bicho
 Tem esgoto quando chove,
 Problema é que todo mundo não coopera,
 Descaso nos hospitais, falta atendimento no PSF,
 Limpeza pública muito precária,
 Muitas muriçocas, bastantes ratos e baratas,
 As calçadas com muito entulho,
 Falta de emprego, moradias, água, comida, etc.
 Retirada de casas para construção de ponte
 Moradores passam fome
 A Prefeitura está retirando as casas da rua,
 Retida do feirão de perto da academia da cidade....
 A saúde está péssima, não tem atendimento direito, se a gente vai para um hospital manda ir para outro,
 Posto de Saúde está péssimo
 As pessoas estão passando fome.
 Ocorre muitas mortes e doenças

Demandas / necessidades

De um bom hospital
 Limpeza
 Educação
 Melhoria, serviço de educação e saúde,
 Melhoramento na saúde
 Mais médicos no posto de Saúde, mais remédios
 Uma comunidade com menos violência, com menos maloqueiros,
 Uma reforma nas escolas da comunidade, inclusive nessa,
 Quadro novo no colégio Costa Porto, pintura na parede.
 Prefeitura ajeitar os esgotos, falta água

Falta curso profissionalizante na comunidade
 Melhorar todas as coisas na comunidade,
 Melhorar tudo e ser restaurada.
 Tiraram o feirão e o povo precisa.

Vulnerabilidades: doenças, dengue, cansaço, etc, tiro, violência no dia a dia, preconceito com o bairro onde moramos, esgoto a céu aberto, lixo por todo canto

2º encontro – 21/ 05/2013

MARES M1 – turma do EJA módulo V

Os problemas / demandas elencados no encontro anterior foram apresentados para os participantes objetivando a seleção dos problemas mais relevantes para a comunidade. Os participantes poderiam escolher três problemas de qualquer item ou de um mesmo item. Dessa forma, foram escolhidos os seguintes problemas:

EJAV-Part. 1:

- limpeza pública: muita porcaria, calçadas com entulhos, muita sujeira, poluição, esgotos e canais cheios de lixo, lixo pelas ruas;
- animais vetores de doenças: muitos ratos, baratas, insetos (mosquitos) , todo tipo de bichos;
- esgotos: estourados, ruas alagadas, cheias de insetos que fazem mal a saúde;

EJAV-Part. 2:

- Saúde: doenças (dengue, filariose, etc), falta de médicos no Posto de Saúde, péssimo atendimento, violência nos hospitais;

EJAV-Part. 3:

falta de médicos no Posto de Saúde, péssimo atendimento,
 falta de cooperação das pessoas que jogam lixo nas ruas,
 desemprego
 falta de moradia.

EJAV-Part. 4:

Saúde: os Postos de Saúde faltam médicos e os que tem só chegam tarde e vão embora cedo e há falta de medicamento e organização, fora as doenças transmissíveis;

Segurança: tem, mas falta mais profissionalismo da parte dos policiais que tratam qualquer jovem como se fosse bandido, fora isso é tranquilo;

Moradia, desemprego

Limpeza pública:

Tirar os lixos que ficam ao lado do colégio e muitos esquinas pelo Coque todo e também os canais da comunidade e os esgotos que quando dar um temporal alaga todo o Coque até a estação Joana Bezerra alaga, casas dá água até as canelas;

EJAV-Part. 5:

Saúde: falta médico no Posto

Segurança/Violência

Limpeza pública: poluição

EJAV-Part. 6:

Segurança: falta de policiamento e tem muita violencia

Moradia: falta moradia depois da retirada das casas de tabua;

Falta de cooperação das pessoas: muita gente joga seus lixos nos canais e ruas;

EJAV-Part. 7:

Retirada das casas para construção....

limpeza pública muito precária,

Esgotos e canais cheios de lixo

EJAV-Part. 8:

Saúde: doenças, dengue, filariose, etc

Falta de médico no posto, péssimo atendimento no hospital

EJAV-Part. 9:

Falta de médico no posto

Retirada das casas para construção....

Falta de água,

Calçadas com entulhos

EJAV-Part. 10:

Saúde: Falta de médico no posto, péssimo atendimento

Moradia: - falta moradia, retirada das casas para construção de ponte; retirada das casas da rua....

Desemprego: retirada do feirão e também falta água;

- limpeza pública: muita precária, calçadas com entulhos, sujeira/poluição, esgotos e canais cheios de lixo, lixo pelas ruas;

EJAV-Part. 11:

Saúde: Falta de médico no posto

Moradia: - retirada das casas para construção de ponte

Falta de cooperação das pessoas

EJAV-Part. 12:

Saúde: Falta de médico no posto

limpeza pública: esgotos cheios de lixo, lixo pelas ruas e dentro dos canais;

demanda: curso profissionalizante no bairro

EJAV-Part. 13:

Falta de médico no posto, péssimo atendimento nos hospitais

- esgotos: estourados, ruas alagadas

falta emprego

EJAV-Part. 14:

- esgotos: estourados, ruas alagadas

Falta água

Saúde: doenças, dengue, filariose, etc

EJAV-Part. 15:

Saúde: Falta de médico no posto

Segurança: violência

Limpeza pública: esgotos: estourados;

MARES M1- demandas específicas de saúde ambiental - EJA Módulo IV. 28/05/2013

Foram elencados os seguintes **problemas e soluções**:

retirada das casas;

limpeza; falta de água; esgotos cheios de lixo; limpeza pública precária;

entulho nas calçadas; lixo nos canais e ruas;

Aprovo a retirada das casas dos canais, pra a água fluir bem e evitar cheia;

empresa de reciclagem em local errado;

poluição sonora;

bastante insetos, mosquitos; ratos e escorpiões;

sujeira nas ruas; muita poeira;

Na nossa comunidade deveria ter mais saneamento pelo canal; deveria ter limpeza todo mês;

é muito lixo acumulado;

é muito lixo nas calçadas, deveria ter mais uma limpeza pela comunidade;

é muito ruim esgotos estourados porque fica o mau cheiro;

na comunidade deveria ter mais organização sanitária.

MARES M2 - MAPA DA PESSOA – turma do EJA módulo V – 28/05/2013

Sujeito	Problema	Mediadores facilitadores	Mediadores inibidores
Part. 01	<i>A enchente que teve no Coque; falta emprego para as pessoas mais velhas</i>	<i>Eu não recorro a ninguém (caracteriza descredito)</i>	<i>Vem coisas boas para o bairro, só quem recebe é quem não sabe administrar.</i>
Part. 02	<i>Comunidade esquecida Água, comércio e escola</i>	<i>Eu recorro ao prefeito para que ele venha andar por aqui. Associação de moradores</i>	<i>Faça calçada nas ruas da favela lá tem muito pobre.</i>
Part. 03	<i>Não tem médicos suficientes no posto de saúde</i>		<i>Emprego para pessoas com mais de 45 anos</i>
Part. 04	<i>Falta pavimentação, saneamento e coleta de lixo</i>		<i>Os problemas poderiam ser resolvidos, depende do prefeito</i>
Part. 05	<i>Falta coleta de lixo, falta remédio e médico no posto, Falta de moradia, não tem trabalho para a comunidade</i>	<i>Prefeito</i>	
Part. 06	<i>Falta médico no posto, Problemas ambientais</i>	<i>A Prefeitura e o Governo de Pernambuco</i>	<i>Dificuldade de água e esgoto a céu aberto; A população não colabora com a limpeza.</i>

RELATÓRIO DA OFICINA NA ESCOLA MUNICIPAL DO COQUE
TURMAS DO PROJOVEM
Dia 09/07/2013 - DAS 20 ÀS 21 HORAS

Metodologia: levantamento dos problemas da comunidade – produção de texto pelos alunos.

Problemas identificados/ textos

P1

Sou moradora do Coque. Mas sou muito insatisfeita com tantos problemas. Primeiro os problemas na Saúde: falta médico, dentista, remédio, falta muita coisa. Na educação: falta escola, falta boa educação, de qualidade, falta lazer nas escolas. As escolas que tem são pequenas não tem vaga para todo mundo, não tem área de lazer. Na comunidade falta saneamento básico, área de lazer para nossas crianças, falta mais segurança, tem muita violência. O prefeito não lembra das pessoas pobres, só lembra dos ricos, são prioridade, isso é um absurdo. Nos colégios os vândalos entram para usar droga, não tem vigia, não tem segurança. Meu filho só estuda porque é o jeito, se não fosse pra um futuro melhor ele ficava em casa. As UPAs não prestam.

Nós pobres é quem sofre. Nós estamos esquecidos pelos prefeitos, pelos governos, por todos que governam o Brasil e roubam nosso dinheiro. (texto da aluna do Projovem)

P2

Problemas da comunidade Joana Bezerra

Na minha comunidade tem vários problemas com saúde, educação, segurança e desemprego.

1º) a saúde da minha comunidade anda mal porque no Posto são poucas vagas para consulta de no máximo 10 vagas por semana e de cada família uma pessoa da família e ainda tem as vendas de fichas. E ainda o Posto abre tarde e fecha cedo. Emergência não tem e as UPA e Policlínicas não atendem a noite, só o dia que é superlotação. Educação: falta alguns materiais e o lanche não é de boa qualidade e segurança zero. E emprego não tem.

P3

“Um atendimento no Posto de saúde”

com toda verdade não é nada bom porque muitas vezes quando precisamos não tem médico, as agentes de saúde não fazem nada, não vai na sua casa, até quando tem pessoa operada ou deficiente elas não procuram saber se está precisando de atendimento. Quando a família vai marcar muitas vezes não consegue e quando consegue é para 2 meses ou mais.

P4

Os problemas do meu bairro

falta escola que tenha o Ensino Médio, calçamento, falta de médicos. O posto só funciona na sexta até 11 horas.

Na Escola Costa Porto um dia tem aula , o outro não e quando tem não chega até o meio expediente.

Precisamos de policiamento no bairro. Merenda de boa qualidade, o quite Escola diminuiu em vez de melhorar piorou.

P5

nada presta no Coque, falta tudo. Precisa melhorar tudo, visite nossa comunidade.

P6

são muitos problemas, tanto ambiental como na saúde pública, esta é uma negação, o governo constrói muito hospital, mas cadê os médicos, além de ter médico falta a ética. Fora a saúde meu Deus, são muitas irregularidades, o governo só quer ganhar dinheiro pra si próprio.

P7

na minha casa eles cumprem. Vai em casa todo mês e tem uma coisa que sempre falta no Posto, vacina.

P8

saúde é bom para nossa vida, nossa comunidade esse Posto de saúde não vem médico.....tem que vir médico para melhorar nossa saúde e vida.

P9

Saúde ambiental

há falta das visitas das agentes de saúde nas casas, o saneamento dos esgotos que pode causar graves problemas, que pode gerar doenças como a dengue.

P10

são muitos os problemas, tanto na área ambiental quanto na saúde. O Posto é muito raro ter médico. Até pra pegar uma ficha pro dentista é horrível chega de uma hora da madrugada ou compra. Na área ambiental esperaram dar cheia no canal e aquela água suja entrar nas casas pra poder limpar.

P11

*não tem visita de agente de saúde na minha casa
está faltando médico, remédio e mais vagas para o atendimento no Posto.
Poucas vagas para marcação de consulta,
vendas de fichas na fila.*

P12

*Posto de saúde: falta médico, os médicos que tem vem quando quer e a hora que quer; no dia
09/07/2013 deu 15h e o enfermeiro que vacina não tinha chegado, muitas crianças ficaram
sem vacina.*

P13

Saúde ambiental

*falta de agente de saúde, sem Posto Policial, saneamento básico, canais alagados ruas e
avenidas alagadas, nada si resolve.
Não tem área de lazer, praças e campos quebrados, as áreas de lazer cheias de cavalos e a
maior imundice.*

P14

*Nosso bairro não tem nada que presta
o atendimentos nos Postos de saúde é uma negação, não tem medicamento, os médicos faltam
muito.*

Mapa da pessoa

Sujeito	Problemas	Mediadores facilitadores	Mediadores inibidores
Part. 01	<i>Postos de Saúde, remédios nos hospitais públicos</i>	<i>Prefeito, governo, etc. Em família: podemos se juntar e com a união fazer com que os facilitadores ouçam nossos apelos.</i>	
Part. 02	<i>Está faltando médico; Policlinicas não funcionam a noite.</i>		
Part. 03	<i>muito lixo a céu aberto; muitas fossas estouradas.</i>		
Part. 04	<i>Cano furado, esgotos entupido, lixo nos canais que as pessoas ajudam a um entupimento.</i>	<i>Se a comunidade coopera com a limpeza e não jogar lixo nas ruas, os líderes comunitários corresseem atrás dos problemas.</i>	<i>as pessoas ajudam a um entupimento.</i>
Part. 05	<i>canal sujo, água parada, rios poluídos, etc.</i>	<i>Para facilitar a comunidade não deixar água parada em lugar nenhum, mantendo a água sempre guardada dos mosquitos para nossa saúde, para o bem de toda comunidade, etc.</i>	
Part. 06	<i>Educação, escola, desemprego. Na escola está faltando computadores para os alunos poderem resolver os deveres da sala de aula.</i>	<i>Se talvez chegasse computadores para aluno poder se desenvolver melhor. Porque para arrumar uma vaga no trabalho tem que ter pelo menos o básico do que esse aluno aprendeu. Se talvez os alunos e professores responsáveis estivessem mais atentos com a Prefeitura do Recife a escola e todos os problemas já estivesse tudo resolvido.</i>	
Part. 07	<i>falta de área de lazer e saneamento básico e escola com Ensino Médio na comunidade e com boa qualidade. Eu acho que isso deveria ser prioridade na comunidade,</i>	<i>E também cursos profissionalizantes para mães que se interessem, não com a idade marcada, mas para quem deseja fazer.</i>	<i>só que os vereadores que nós elegemos não cumprem com suas promessas. E tudo fica para mais 4 anos.</i>
Part. 08	<i>falta área de lazer para nossas crianças</i>	<i>colocar mais brinquedos nas pracinhas</i>	<i>falta mais segurança.</i>
Part. 09	<i>Falta mais segurança</i>	<i>solução: mais policiamento e mais lazer para nós.</i>	
Part. 10	<i>saneamento é muito precário. Todo nosso esgoto é despejado na maré, e com isso vem as consequências, pescadores não conseguem ganhar o pão de cada dia e com isso toda a comunidade sofre.</i>		

MARES M1 - Grupo dos idosos

Os problemas identificados foram os seguintes:

Rua alagada por conta do lixo;

Som muito alto na comunidade durante toda semana (todos os dias) chegando em alguns dias até as 3:30;

Fossas estouradas / bueiros feitos pela COMPESA;

Esgotos entupidos;

Falta de creche;

Banheiro público do Mercado público exala mau cheiro;

Educação de Jovens e Adultos ineficiente, não alfabetiza, o aluno é promovido para outro módulo sem saber ler. Duas participantes do grupo deixaram de estudar porque a diretora da escola Municipal não permitiu que elas repetissem o módulo inicial. As alunas queriam repetir porque ainda não sabiam ler.

MARES M2

Principais **problemas** referidos na elaboração do mapa da pessoa foram: pressão alta, fratura na mão sem tratamento por mais de um mês, preocupação com os netos, perturbação em casa, barulho que incomoda principalmente à noite, custo de vida.

Os **facilitadores** mencionados foram: amigos, vizinhos, família, igreja, ACS, vai para o mato para desabafar, praia, passeios com grupos da LBV e USF, bebe socialmente.

Entre os **mediadores inibidores** destacam-se: dificuldade de conseguir especialista ortopédico, não pode reclamar do barulho na comunidade, falta de médico na USF e na UPA, demora de atendimento na UPA, marcação para um daqui mês na USF.

APÊNDICE – C - Instrumentos para sistematização de dados – DSC

Instrumento de Análise de discurso (IAD I)

EXPRESSÕES-CHAVE	IDEIAS CENTRAIS	ANCORAGEM

Instrumento de Análise de discurso (IAD II)

EXPRESSÕES-CHAVE	DSC

Exemplo do IAD II: *dificuldade do acesso aos serviços de saúde*

EXPRESSÕES-CHAVE	DSC
<p><i>P3 - Um atendimento no Posto de saúde com toda verdade não é nada bom porque muitas vezes quando precisamos não tem médico</i></p> <p><i>P1- falta médico, dentista, remédio,</i></p> <p><i>P10 - Posto é muito raro ter médico. Até pra pegar uma ficha pro dentista é horrível chega de uma hora da madrugada ou compra.</i></p> <p><i>P11 - está faltando médico, remédio e mais vagas para o atendimento no Posto. Poucas vagas para marcação de consulta, vendas de fichas na fila.</i></p> <p><i>P12 - falta médico, os médicos que tem vem quando que e a hora que quer.</i></p> <p><i>EJAV-Part. 4- os médicos chegam tarde e vão embora cedo. Faltam medicamentos e organização nos postos de saúde.</i></p> <p><i>P3- as agentes de saúde não fazem nada, não vai na sua casa, até quando tem pessoa operada ou deficiente elas não procuram saber se está precisando de atendimento. Quando a família vai marcar muitas vezes não consegue e quando consegue é para 2 meses ou mais.</i></p>	<p><i>Um atendimento no Posto de saúde com toda verdade não é nada bom porque muitas vezes quando precisamos não tem médico. Falta médico, dentista, remédio. . . e mais vagas para o atendimento no Posto. Os médicos que tem vem quando que e a hora que quer, chegam tarde e vão embora cedo. Falta organização no posto.</i></p> <p><i>O Posto é muito raro ter médico. Até pra pegar uma ficha pro dentista é horrível chega de uma hora da madrugada ou compra. Há poucas vagas para marcação de consulta ocasionando vendas de fichas na fila.</i></p> <p><i>As agentes de saúde não fazem nada, não vai na sua casa, até quando tem pessoa operada ou deficiente elas não procuram saber se está precisando de atendimento. Quando a família vai marcar muitas vezes não consegue e quando consegue é para 2 meses ou mais.</i></p>
<p><i>P1 - As UPAs não prestam.</i></p> <p><i>P2 - Emergência não tem e as UPA e Policlínicas não atendem a noite, só o dia que é superlotação.</i></p>	<p><i>Emergência não tem e as UPA e Policlínicas não atendem a noite, só o dia que é superlotação. As UPAs não prestam.</i></p>

Modelo do DSC

ANCORAGEM II	DSC DA ANCORAGEM II
<p>Posto de saúde não vem médico. Tem que vir médico para melhorar nossa saúde e vida.</p>	<p><i>A saúde da minha comunidade anda mal, porque o atendimento no posto de saúde com toda verdade não é nada bom, muitas vezes quando precisamos não tem médico. Falta médico, dentista, medicamentos e organização. Até pra pegar uma ficha pro dentista é horrível, chega de uma hora da madrugada ou compra. Há poucas vagas para marcação de consulta, com vendas de fichas na fila.</i></p> <p><i>As agentes de saúde não vão à sua casa, até quando tem pessoa operada ou deficiente elas não procuram saber se está precisando de atendimento. Quando a família vai marcar muitas vezes não consegue e quando consegue é para dois meses ou mais.</i></p> <p><i>Emergência não tem e as UPA e Policlínicas são superlotadas. As UPA não prestam. Se vai para um hospital, manda para outro. Há descaso nos hospitais.</i></p> <p><i>Fora as doenças transmissíveis. Há dengue, filariose, cansaço, [...]. A comunidade precisa de mais médicos no Posto de Saúde, mais remédios, um bom hospital e mais organização nos postos de saúde.</i></p>

ANEXO A – Carta de Anuência



Prefeitura do Recife
Secretaria de Saúde
Diretoria Geral de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde
Gerência de Formação e Educação na Saúde
Gerência Operacional de Educação Permanente

Ci nº. 162 / 2012 - GOEP/GFES/DGGTES/SS

Recife, 20 de julho de 2012.

Prezada Diretora,

Informamos que a pesquisadora do Curso de Doutorado em Saúde Pública do Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, CpqAM/FIOCRUZ-PE, **Jandira Aureliano de Araújo**, está autorizada a desenvolver o projeto de pesquisa, nesse serviço, sob o título "Estudo de demanda socioambiental de comunidades vulneráveis: o caso do Programa de Saúde Ambiental do Recife".

Solicitamos agendamento com a pesquisadora para definição de cronograma de realização da pesquisa, considerando a disponibilidade do serviço.

Cordialmente,

Cristiana Almeida
Gerente Operacional de Educação Permanente
Cristiana Almeida
Gerente Op. de Educação Permanente
DGGTES/DGGTES/SS - Mat. nº 19.819-1

Ilmo (a). Sr (a).
Débora Bento e Silva
Diretora do Distrito Sanitário I

ANEXO B – Parecer do Comitê de Ética



Título do Projeto: “Estudo de demanda socioambiental de comunidades vulneráveis: o caso do Programa de Saúde Ambiental”.

Pesquisador responsável: Jandira Aureliano de Araújo.

Instituição onde será realizado o projeto: CPqAM/Fiocruz

Data de apresentação ao CEP: 27/08/2012

Registro no CEP/CPqAM/FIOCRUZ: 27/12

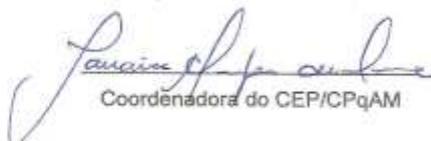
Registro no CAAE: 05322812.2.0000.5190

PARECER Nº 30/2012

O Comitê avaliou e considera que os procedimentos metodológicos do Projeto em questão estão condizentes com a conduta ética que deve nortear pesquisas envolvendo seres humanos, de acordo com o Código de Ética, Resolução CNS 196/96, e complementares.

O projeto está aprovado para ser realizado em sua última formatação apresentada ao CEP e este parecer tem validade até 05 de setembro de 2015. Em caso de necessidade de renovação do Parecer, encaminhar relatório e atualização do projeto.

Recife, 05 de setembro de 2012.


Coordenadora do CEP/CPqAM

Janaina Campos de Miranda
Pesquisadora em Saúde Pública
Coordenadora
Mat. SIAPE 464777
CEP / CPqAM / FIOCRUZ

Observação:

Anexos:

- Orientações ao pesquisador para projetos aprovados;
- Modelo de relatório anual com 1º prazo de entrega para 05/09/2013.

Campus da UFPE - Av. Moraes Rego, 661
CEP 50.670-420 Fone: (81) 2101.2639
Fax: (81) 3453.1911 ; 2101.2639
Recife - PE - Brasil
ombdeetica@cpqam.fiocruz.br

