



UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA  
INSTITUTO DE GEOGRAFIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GEOGRAFIA



**IDENTIFICAÇÃO DE TERRITÓRIOS DE  
VULNERABILIDADE SOCIAL PARA CONSTRUÇÃO DE  
CIDADE SAUDÁVEL, EM CASCALHO RICO - MG**

JOÃO GUILHERME MACHADO BARBOSA

UBERLÂNDIA (MG)  
2020

JOÃO GUILHERME MACHADO BARBOSA

**IDENTIFICAÇÃO DE TERRITÓRIOS DE  
VULNERABILIDADE SOCIAL PARA CONSTRUÇÃO DE  
CIDADE SAUDÁVEL, EM CASCALHO RICO - MG**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Geografia da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito parcial à obtenção do título de mestre em Geografia.

Área de concentração: Geografia e gestão do território

Linha de pesquisa: Dinâmicas Territoriais

Orientador: Prof. Dr. Samuel do Carmo Lima

UBERLÂNDIA (MG)  
2020

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)  
Sistema de Bibliotecas da UFU, MG, Brasil.

---

B238p  
2020      Barbosa, João Guilherme Machado, 1992-  
            Identificação de territórios de vulnerabilidade para construção de  
            cidade saudável, em Cascalho Rico - MG [recurso eletrônico] / João  
            Guilherme Machado Barbosa. - 2020.

            Orientador: Samuel do Carmo Lima.  
            Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Uberlândia,  
            Programa de Pós-Graduação em Geografia.  
            Modo de acesso: Internet.  
            Disponível em: <http://doi.org/10.14393/ufu.di.2021.6008>  
            Inclui bibliografia.  
            Inclui ilustrações.

            1. Geografia. I. Lima, Samuel do Carmo, 1959-, (Orient.). II.  
            Universidade Federal de Uberlândia. Programa de Pós-Graduação em  
            Geografia. III. Título.

CDU: 910.1

---



## UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA

Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Geografia  
 Av. João Naves de Ávila, 2121, Bloco 1H, Sala 1H35 - Bairro Santa Monica, Uberlândia-MG, CEP 38400-902  
 Telefone: (34) 3239-4381/3291-6304 - www.ppggeo.ig.ufu.br - posgeo@ufu.br



### ATA DE DEFESA - PÓS-GRADUAÇÃO

Programa de Pós-Graduação em:	GEOGRAFIA				
Defesa de:	Dissertação de Mestrado, Número 504, PPGGEO				
Data:	30 de novembro de 2020	Hora de início:	[14h:30m]	Hora de encerramento:	[18h:00m]
Matrícula do Discente:	11812GEO010				
Nome do Discente:	JOÃO GUILHERME MACHADO BARBOSA				
Título do Trabalho:	IDENTIFICAÇÃO DE TERRITÓRIOS DE VULNERABILIDADE SOCIAL PARA CONSTRUÇÃO DE CIDADE SAUDÁVEL, EM CASCALHO RICO - MG				
Área de concentração:	GEOGRAFIA E GESTÃO DO TERRITÓRIO				
Linha de pesquisa:	ANÁLISE, PLANEJAMENTO E GESTÃO AMBIENTAL/GEOPROCESSAMENTO				
Projeto de Pesquisa de vinculação:					

Reuniu-se no Anfiteatro/Sala [\[Google Meet\]](#), da Universidade Federal de Uberlândia, a Banca Examinadora, designada pelo Colegiado do Programa de Pós-graduação em **GEOGRAFIA**, assim composta: Professores Doutores: [Ione Rodrigues Diniz Morais - UFRN-RN](#); [Elielton da Silva Fonseca - IG-UFU](#) e [Samuel do Carmo Lima - IG-UFU](#) orientador(a) do(a) candidato(a).

Iniciando os trabalhos o(a) presidente da mesa, Dr(a). [Samuel do Carmo Lima - IG-UFU](#), apresentou a Comissão Examinadora e o candidato(a), agradeceu a presença do público, e concedeu ao Discente a palavra para a exposição do seu trabalho. A duração da apresentação do Discente e o tempo de arguição e resposta foram conforme as normas do Programa. Em Função da Pandemia COVID-19, todos os membros participaram via Google Meet.

A seguir o senhor(a) presidente concedeu a palavra, pela ordem sucessivamente, aos(às) examinadores(as), que passaram a arguir o(a) candidato(a). Ultimada a arguição, que se desenvolveu dentro dos termos regimentais, a Banca, em sessão secreta, atribuiu o resultado final, considerando o(a) candidato(a):

**Aprovado(a).**

Esta defesa faz parte dos requisitos necessários à obtenção do título de **Mestre**.

O competente diploma será expedido após cumprimento dos demais requisitos, conforme as normas do Programa, a legislação pertinente e a regulamentação interna da UFU.

Nada mais havendo a tratar foram encerrados os trabalhos. Foi lavrada a presente ata que após lida e achada conforme foi assinada pela Banca Examinadora.





Documento assinado eletronicamente por **Elivelton da Silva Fonseca, Usuário Externo**, em 01/12/2020, às 09:24, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).

---



Documento assinado eletronicamente por **Samuel do Carmo Lima, Professor(a) do Magistério Superior**, em 04/12/2020, às 08:09, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).

---



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site [https://www.sei.ufu.br/sei/controlador\\_externo.php?acao=documento\\_conferir&id\\_orgao\\_acesso\\_externo=0](https://www.sei.ufu.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0), informando o código verificador **2410992** e o código CRC **21EC4D29**.

---

JOÃO GUILHERME MACHADO BARBOSA

**IDENTIFICAÇÃO DE TERRITÓRIOS DE  
VULNERABILIDADE SOCIAL PARA CONSTRUÇÃO DE  
CIDADE SAUDÁVEL, EM CASCALHO RICO - MG**

BANCA EXAMINADORA

---

Prof. Dr. Samuel do Carmo Lima - Orientador  
Instituto de Geografia, UFU

---

Prof. Dr. Eivelton da Silva Fonseca - Membro Interno  
Instituto de Geografia, UFU

---

Profa. Dra. Ione Rodrigues Diniz Moraes - Membro Externo  
Departamento de Geografia, UFRN

---

Prof. Dr. Paulo Cezar Mendes - Membro Suplente interno  
Instituto de Geografia, UFU

Resultado: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a Deus pela graça de ter chegado até aqui, sem Ele não haveria saber em meu ser.

A minha irmã Karen e meus pais João Roberto e Luciene que lutaram e se empenharam para que eu pudesse continuar estudando em meio a todas as dificuldades. Hoje, podem se orgulhar ao dizer que seus filhos são formados em uma Universidade Federal, a primeira geração da família a possuir ensino superior e, agora, pós-graduação.

A minha esposa Larissa que tem me apoiado desde o início do mestrado e foi paciente durante o ano de 2020. Ano que nos casamos, mudamos de Estado e profissão, se não fosse o apoio de minha companheira, certamente eu não teria terminado a dissertação.

Ao professor Samuel que me orientou e foi paciente e complacente com as várias adversidades que enfrentei. Agradeço, principalmente, pelo suporte na etapa final da dissertação e todo intercâmbio com a prefeitura de Cascalho Rico-MG.

À Universidade Federal de Uberlândia, instituição pública e de excelência que possibilitou meus estudos desde a graduação até aqui, inclusive com bolsas que possibilitaram minha permanência.

À prefeitura de Cascalho Rico que forneceu as informações necessárias para que a pesquisa fosse realizada.

Aos meus amigos, Danilo, Jefferson, Rafael, Victor, Léo e Joelma, os quais me ouviram nos momentos de queixa e me acalmaram nos momentos difíceis.

## RESUMO

A saúde é um tema transdisciplinar, amplo, próprio de seu tempo e por isso de difícil conceituação. No campo teórico, há tempos deixou de ser compreendida como uma condição biológica individual, e voltou a se vincular às condições sociais, econômicas e ambientais que condicionam a situação de saúde das populações. Por exemplo, as vulnerabilidades sociais afetam a saúde e a qualidade de vida. Compreender a situação de saúde da população é entender as suas determinações, identificando no território os contextos de vida, no lugar onde vive. O objetivo desta pesquisa foi mapear a vulnerabilidade social no município de Cascalho Rico - MG para subsidiar programas de promoção da saúde e construção de territórios saudáveis. Utilizamos indicadores e índices que representam aspectos individuais, sociais e programáticos da vulnerabilidade social, levando em consideração as múltiplas dimensões do contexto de vida das pessoas, como renda familiar, sociodemografia, educação, saúde, condição de moradia e do entorno (vizinhança). Índices são valores agregados que têm o objetivo de sintetizar uma situação a partir dos indicadores. Propomos três índices, o Índice de Vulnerabilidade da População (IVP) o Índice de Vulnerabilidade do Lugar (IVL) e o Índice de Vulnerabilidade do Território (IVT), construídos a partir de 37 indicadores, com dados do E-SUS AB das microáreas da Unidade de Saúde da Família de Cascalho Rico que cobre 100% da área urbana para subsidiar a compreensão da situação e promover saúde no município. Os resultados demonstram que os territórios de maior vulnerabilidade da população também são os que possuem maior vulnerabilidade do lugar, que se constituem em territórios de vulnerabilidade social. O mapeamento destes territórios de vulnerabilidade social pode subsidiar políticas de promoção da saúde e construção de territórios saudáveis, para melhorar a situação de saúde e a qualidade de vida da população.

Palavras-chaves: Vulnerabilidade social, Território, Promoção da saúde, Cidade saudável.

## **ABSTRACT**

Health is a transdisciplinary theme, broad, unique of its own time and therefore difficult to conceptualize. In the theoretical field, it has long ceased to be understood as an individual biological condition, and has become linked to the social, economic and environmental features that condition the health of the populations. For example, social vulnerabilities affect health and quality of life. To comprehend the health situation of the population is to understand their determinations, identifying in the territory the contexts of living at the place where they live. The objective of this research was to map the social vulnerability in the city of Cascalho Rico - MG to support preventive health programs and the construction of healthy environment. Using indicators and index that represent individual, social and programmatic aspects of social vulnerability, taking into account the manifold dimensions of a population life context, such as family income, sociodemography, education, health, housing conditions and the surroundings (neighborhood). Index is an aggregated of values that aim to summarize a situation from some indicators. We propose three indexes, the Population Vulnerability Index (IVP), the Local Vulnerability Index (IVL) and the Territory Vulnerability Index (IVT), built from 37 indicators, with data from the E-SUS AB of the micro areas of the Cascalho Rico Family Health Unit, which covers 100% of the urban area to support the understanding of the situation and promote health in the city. The results show that the territories with the greatest vulnerability of the population are also those with the greatest vulnerability of the local which constitute territories of social vulnerability. The mapping of these territories of social vulnerability can support health promotion policies and the construction of healthy territories, to improve the health situation and the quality of life of the population.

Keywords: Social vulnerability, Territory, Health promotion, Healthy city.

## LISTA DE FIGURAS:

<b>Figura 1</b> - Vista diagonal da Unidade Básica de Saúde de Cascalho Rico .....	18
--	----

## LISTA DE MAPAS:

<b>Mapa 1</b> - Mapa de localização de Cascalho Rico - MG .....	20
<b>Mapa 2</b> - Indicador padronizado de famílias de baixa renda.....	102
<b>Mapa 3</b> - Indicador padronizado de desemprego.....	103
<b>Mapa 4</b> - Indicador padronizado de crianças menores de 1 ano.....	104
<b>Mapa 5</b> - Indicador padronizado de crianças menores de 5 anos .....	105
<b>Mapa 6</b> - Indicador padronizado de pessoas com 60 anos ou mais .....	106
<b>Mapa 7</b> - Indicador padronizado de pessoas não brancas.....	108
<b>Mapa 8</b> - Indicador padronizado de gestantes .....	109
<b>Mapa 9</b> - Indicador padronizado de analfabetismo.....	110
<b>Mapa 10</b> - Indicador de pessoas sem ensino fundamental completo.....	111
<b>Mapa 11</b> - Indicador de pessoas sem ensino médio completo.....	112
<b>Mapa 12</b> - Indicador padronizado de pessoas sem ensino superior completo.....	113
<b>Mapa 13</b> - Indicador padronizado de usuários de álcool .....	115
<b>Mapa 14</b> - Indicador de usuários de drogas .....	116
<b>Mapa 15</b> - Indicador de fumantes .....	117
<b>Mapa 16</b> - Indicador de pessoas com problemas de saúde mental .....	118
<b>Mapa 17</b> - Indicador de diabéticos.....	119
<b>Mapa 18</b> - Indicador de hipertensos .....	120
<b>Mapa 19</b> - Indicador de doentes cardiovasculares .....	121
<b>Mapa 20</b> - Indicador de doentes renais .....	122
<b>Mapa 21</b> - Indicador de pessoas que tiveram câncer .....	123
<b>Mapa 22</b> - Indicador de pessoas que tiveram AVC/Derrame .....	124
<b>Mapa 23</b> - Indicador de pessoas que têm alguma doença respiratória ou pulmonar .....	125
<b>Mapa 24</b> - Indicador de pessoas que tiveram infarto .....	126
<b>Mapa 25</b> - Indicador de pessoas acima do peso.....	127
<b>Mapa 26</b> - Indicador de pessoas abaixo do peso.....	129
<b>Mapa 27</b> - Indicador de pessoas com deficiência .....	130
<b>Mapa 28</b> - Indicador de pessoas acamadas .....	131
<b>Mapa 29</b> - Indicador de pessoas domiciliadas .....	132
<b>Mapa 30</b> - Indicador de pessoas que foram internadas nos últimos 12 meses .....	133
<b>Mapa 31</b> - Indicador de moradias sem rede encanada até o domicílio.....	135
<b>Mapa 32</b> - Indicador de moradias sem energia elétrica .....	136
<b>Mapa 33</b> - Indicador de moradias inadequadas .....	137
<b>Mapa 34</b> - Indicador de risco de presença de vetores.....	138
<b>Mapa 35</b> - Indicador de moradias sem água tratada .....	139
<b>Mapa 36</b> - Indicador de moradias sem rede coletora de esgoto ou pluvial.....	140
<b>Mapa 37</b> - Indicador de moradias com acesso sem pavimentação .....	141
<b>Mapa 38</b> - Indicador de moradias sem coleta de lixo .....	142
<b>Mapa 39</b> - Índice de Vulnerabilidade da População (IVP).....	146
<b>Mapa 40</b> - Índice de Vulnerabilidade do Lugar (IVL) .....	149
<b>Mapa 41</b> - Índice de Vulnerabilidade do Território (IVT) .....	151

## LISTA DE QUADROS:

<b>Quadro 1</b> – Síntese: indicadores, contexto, dimensão, descrição, fonte de informação e cálculo .....	30
<b>Quadro 2</b> – Plano de intervenção municipal .....	152

## LISTA DE TABELAS:

<b>Tabela 1</b> - Indicadores de vulnerabilidade por dimensão e microárea, com valores percentuais e normalizados .....	99
<b>Tabela 2</b> - Indicadores de vulnerabilidade, valores percentuais e normalizados.....	101
<b>Tabela 3</b> - Índices de vulnerabilidade normalizado por microárea.....	145
<b>Tabela 4</b> – Painel de indicadores de prioridades .....	153

## LISTA DE GRÁFICOS:

<b>Gráfico 1</b> - População coberta pela eSF e eAB tradicional (2007 e 2019).....	82
<b>Gráfico 2</b> - Indicador de vulnerabilidade (%).....	144
<b>Gráfico 3</b> - Vulnerabilidade percentual por microárea .....	147

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS:

**AB** – Atenção Básica  
**ABRASCO** – Associação Brasileira de Saúde Coletiva  
**ACE** – Agente de combate a Endemias  
**ACS** – Agente comunitário de Saúde  
**AIS** – Ações Integradas de Saúde  
**APS** – Atenção Primária a Saúde  
**CDS** – Coleta de Dados Simplificados  
**CEBES** – Centro Brasileiro de Estudo de Saúde  
**CFM** – Conselho Federal de Medicina  
**CNRH/IPEA** – Conselho Nacional de Recursos Humanos do Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada  
**CNS** – Conferência Nacional de Saúde  
**Cofen** – Conselho Federal de Enfermagem  
**Conacs** – Confederação de Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combates a Endemias  
**CONASEMS** – Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde  
**CONASS** – Conselho Nacional de Secretários de Saúde  
**DAB** – Departamento de Atenção Básica  
**DATASUS** – Departamento de informática do Sistema Único de Saúde  
**DNSP** – Departamento Nacional de Saúde Pública  
**DSS** – Determinantes Sociais de Saúde  
**eAB** – equipe de Atenção Básica  
**eSF** – equipe de Saúde da Família  
**ESF** – Estratégia Saúde da Família  
**e-SUS AB** – Sistema informatizado do SUS Atenção Básica  
**FINEP** – Financiadora de Estudos e Projetos  
**Fiocruz** – Fundação Oswaldo Cruz

**GVF** – Ajuste de qualidade da variância  
**IBGE** – Instituto de Geografia e Estatística  
**IDH** – Índice de Desenvolvimento Humano  
**IVL** – Índice de Vulnerabilidade do Lugar  
**IVP** – Índice de Vulnerabilidade da População  
**IVS** – Índice de Vulnerabilidade Social  
**IVS-BH** – Índice de Vulnerabilidade Social de Belo Horizonte  
**IVT** – Índice de Vulnerabilidade Territorial  
**Ma** – Microárea  
**OPAS** – Organização Pan-Americana da Saúde  
**PACS** – Programa de Agentes Comunitários de Saúde  
**PEC** – Prontuário Eletrônico do Cidadão  
**PIASS** – Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento  
**PMAQ-AB** – Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica  
**PNAB** – Política Nacional de Atenção Básica  
**PNAD** – Pesquisa Nacional por Amostra de domicílio  
**PPREPS/OPAS** – Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde da OPAS  
**SDAM** – Soma dos desvios quadrados da média da matriz  
**SDBS** – Soma dos desvios quadrados entre as classes  
**SDCM** – Soma dos desvios quadrados das médias da classe  
**SF** – Saúde da Família  
**SIAB** – Sistema de Informação da Atenção Básica  
**SIG** – Sistema de Informações Geográficas  
**SISAB** – Sistema de Informação em Saúde para Atenção Básica  
**SNS** – Sistema Nacional de Saúde  
**Suds** – Sistema Único e Descentralizado de Saúde  
**SUS** – Sistema Único de Saúde  
**UBS** – Unidade Básica de Saúde  
**UBSF** – Unidade Básica de Saúde da Família  
**UFU** – Universidade Federal de Uberlândia  
**USP** – Universidade de São Paulo  
**Vigisus** – Projeto de Estruturação do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde



# SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>11</b>
1.1 Descrição e localização da área de estudo .....	17
<b>2. METODOLOGIA.....</b>	<b>21</b>
2.1 Risco e vulnerabilidade.....	21
2.2 Indicadores e índices de vulnerabilidade .....	24
2.3 Fonte dos dados e desenvolvimento metodológico .....	26
<b>3. O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) E A PROMOÇÃO DA SAÚDE NO BRASIL: PASSADO, PRESENTE E FUTURO .....</b>	<b>39</b>
3.1 A saúde pública no Brasil antes do SUS.....	39
3.1.1 A constitucionalização do SUS .....	45
3.2 Fundamentos, estratégias e desafios do SUS.....	46
3.2.1 Universalidade, integralidade e equidade.....	50
3.2.2 Prevenção e promoção da saúde, vigilância e território .....	60
3.2.3 A Estratégia Saúde da Família (ESF).....	74
3.2.4 A PNAB 2017: entre avanços e retrocessos .....	83
3.3 Cidades saudáveis: promoção da saúde e territórios saudáveis .....	89
3.3.1 Uma proposta de cidade saudável para Cascalho Rico .....	94
<b>4. TERRITÓRIOS DE VULNERABILIDADE EM CASCALHO RICO-MG.....</b>	<b>98</b>
<b>5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>156</b>
<b>6. REFERÊNCIAS .....</b>	<b>164</b>
<b>7. ANEXOS .....</b>	<b>173</b>

# 1. INTRODUÇÃO

A saúde é um problema de estudo amplo e multidisciplinar, com linhas de pesquisa em diversos ramos da ciência. Para Batistella (2007), o conceito de saúde é próprio de seu tempo, reflete a conjuntura econômica, social e cultural de uma época e lugar. Nessa perspectiva, a saúde vai ao encontro dos fundamentos da Geografia. Segundo Schmid (2012), o objeto da análise geográfica é o processo ativo de produção e reprodução do espaço que acontece no tempo. Para Gomes (2010), a Geografia é um discurso da ordem do mundo e, como ciência, se concentra na produção e reprodução do espaço, no qual as condições para saúde da população são manifestas. Dessa forma, aos problemas de saúde é atribuída a Geografia como alternativa científica para produzir conhecimento.

Historicamente, a saúde esteve vinculada aos temas sociais e ambientais, relacionados ao processo saúde-doença e as relações causais, ou seja, os fatores que levam alguém a adoecer e morrer. O primeiro marco da vinculação entre saúde, sociedade e o ambiente, segundo Guimarães (2014), é o tratado “Ares, Águas e Lugares”, de Hipócrates, no século V a. C. Considerando a matriz do pensamento médico ocidental, Hipócrates defendia que as cidades geravam agravos à saúde, relacionados às condições ambientais e ao modo de vida. Por meio de estudo na Londres de 1854, o médico inglês, John Snow, analisou a distribuição dos casos de cólera, tal estudo foi um segundo marco nessa linha de pesquisas e confirmou a forte vinculação entre a organização urbana e as condições de saúde da população.

Segundo Sobral e Freitas (2010), a importância dada à vinculação, entre a sociedade e o ambiente nas condições de saúde da população, diminuiu no final do século XIX com as descobertas dos bacteriologistas Koch e Pasteur, pelas quais a relação da doença com o hospedeiro ganha evidência devido às importantes descobertas da microbiologia. A esse respeito, Batistella (2007) diz que, até o século XVIII, a saúde era vista como parte do ambiente;

porém, a intensa transformação do período, chamado de Modernidade, voltou a atenção para o corpo e um novo paradigma surgiu, o biológico.

À medida que as ciências médicas se aproximaram da microbiologia, o olhar se voltou para a doença manifesta no corpo. Assim, a presença ou ausência de saúde deixou de ter vinculação com as condições de vida da população, a doença deixou de ser produto das condições sociais e ambientais a que o sujeito está condicionado. As preocupações com a condição de saúde de uma população foram reduzidas à condição do sujeito estar ou não estar doente. A saúde foi reduzida à relação de causa e efeito. Então, a doença passou a ser o objeto da investigação em lugar da saúde e o fim à medicalização, com forte apelo à responsabilidade individual do sujeito.

O modelo de determinação biológica, segundo Almeida Filho e Coutinho (2007), calcado no positivismo determinístico, não atende às demandas contemporâneas no campo da saúde coletiva. Compreender os paradigmas entre a abordagem social e a biológica da saúde é essencial, aceitar uma ou outra diz respeito ao tipo de intervenção e, ao aceitar que a doença é a ausência de saúde manifesta no corpo, escolhemos o caminho biomédico para intervir, sendo responsabilidade do sujeito o adoecer e o morrer. Desse modo, segundo Caponi (2003), reconhecer que a doença é a manifestação das condições de vida não deixa outra alternativa a não ser as determinações sociais da saúde. Nesse sentido, a promoção da saúde se faz por meio da educação, moradia, renda, isto é, tudo que diz respeito às condições para uma boa qualidade de vida são de responsabilidade do Estado.

Portanto, reduzir a saúde ao tratamento da doença é diminuir algo fundamental para a existência humana. A manutenção desse modelo é interessante para grandes corporações do setor farmacêutico/médico que lucram com a venda dos medicamentos e todo um nicho de mercado que envolve a saúde individual.

Essa revalorização do enfoque social nos condicionantes da saúde ocorreu a partir do início do século XX, com ênfase na relação entre saúde e as condições de vida. Na década de 1970, o conceito de promoção de saúde surge como uma nova concepção, consequência dos debates sobre os determinantes sociais e econômicos dela própria. O ideal da promoção de saúde surgiu no Canadá, por intermédio do “Informe Lalonde”, que teve motivação política, técnica e principalmente econômica, a fim de reduzir os custos na saúde, fruto da medicalização exacerbada, afirma Heidmann (2006).

Segundo Adriano et al. (2000), esse movimento possibilitou a aparição da proposta de construção de cidades saudáveis, com uma visão integradora da saúde da população, por meio de quatro elementos que determinam a condição de saúde: biologia humana, meio ambiente, estilo de vida e organização dos serviços de saúde.

As bases estavam lançadas, para Adriano et al. (2000), o Movimento Cidades Saudáveis ganhou força, como instrumento para operacionalizar a Promoção da Saúde. A partir da segunda metade do século XX, a Promoção da Saúde ganhou espaço nas políticas de saúde de vários países e o movimento de Cidades Saudáveis se tornou uma estratégia para os municípios aplicarem os parâmetros necessários para se alcançar o objetivo de proporcionar saúde para todos até o ano 2000, estipulado na declaração de Alma-Ata.

Enquanto o mundo estabelecia parâmetros e metas para promoção da saúde, e projetos de territórios saudáveis. No Brasil, ocorria a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), de 1987, onde discutiu-se a reforma do Sistema de Saúde Nacional, propondo a adoção de um sistema único e público para que a saúde pudesse ser um direito de todo cidadão. Caberia ao Estado promovê-la a partir do cumprimento de pré-requisitos estabelecidos: moradia, educação, alimentação, renda, meio ambiente, justiça social e equidade (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1987). Ideologicamente o Brasil se alinhava com as melhores proposições.

Contudo, a barreira a ser superada era, e ainda é, a operacionalização de um projeto de promoção da saúde voltado para territórios saudáveis.

O desafio das políticas públicas, em saúde, aproximou a Geografia e a saúde no Brasil durante as últimas décadas. Segundo Guimarães (2014), o conhecimento geográfico foi aplicado no desenvolvimento regional e no planejamento público municipal, sendo os serviços de saúde fundamentais para o desenvolvimento das cidades. Outro fator de aproximação foi a adesão do território como unidade de análise e organização dos serviços brasileiros de saúde. Segundo Monken et al. (2008), a saúde, na perspectiva social, deve ser encarada como um fenômeno espacial, de modo a considerar o território e as territorialidade dos grupos sociais em sua dimensão mais ampla.

O território é um conceito utilizado desde a criação do SUS. A partir dele se dá a estruturação do modelo de atenção e descentralização dos serviços de saúde, é a dimensão geográfica adotada pelos estados e municípios para organização e operacionalização da Atenção Primária em Saúde (APS), chamado, no Brasil, de Atenção Básica (AB). O território é mais que uma área político-administrativa do sistema de saúde, por meio dele verifica-se as necessidades da vida cotidiana, é nele que ocorre a interação da população com o lugar em que vive.

Segundo Lima (2016), conhecer o território é conhecer o contexto de vida das pessoas, é nele que podemos observar as necessidades em saúde. Ao olhar para o território somos capazes de reconhecer as injustiças, através de informações sobre o contexto de vida e do lugar onde vivem. “O território é revelador de diferenças, às vezes agudas, de condições de vida da população. (SANTOS, 2011A, p. 205).

A partir das necessidades manifestas no território que os gestores de cada unidade prestadora de serviço deveriam interagir com as necessidades locais. Segundo Monken e Barcellos (2005), entender esse território em sua dimensão geométrica, demográfica,

epidemiológica, administrativa, cultural e social, permite reconhecer os problemas de saúde, avaliar os serviços prestados e intervir nos determinantes da condição de saúde da população. Muito ainda pode ser feito em relação à promoção da saúde, a Geografia, somada a sua tradição nas discussões sobre território, e as técnicas da cartografia moderna podem contribuir para promoção da saúde no território.

O Guia PNAB (2017) aponta para a importância do mapeamento dos riscos e vulnerabilidades do território. O mapeamento, segundo Ribeiro et al. (2017), é uma ferramenta fundamental na ESF, utilizado para o diagnóstico e planejamento de atividade de campo, promover reflexões frente às diversas situações de saúde e elaborar planos de intervenção, compatíveis com a problemática do território, no intuito de melhorar a qualidade na atenção à saúde. Os dados utilizados para identificar a vulnerabilidade territorial são provenientes das fichas de cadastro individual e domiciliar/territorial (e-SUS AB), que trazem informações sobre a população e o lugar onde vivem.

Para Lima (2016), a identificação da vulnerabilidade, integrando aspectos individuais, sociais e programáticos, a partir de uma abordagem coletiva, permite reconhecer a determinação social da saúde no território, necessária para o estabelecimento de estratégias de promoção da saúde que objetivem a construção de territórios saudáveis que possam atingir um objetivo ainda maior, o de cidades saudáveis.

É nessa perspectiva que esta pesquisa se insere, propondo subsídios teóricos e práticos para pensar a vulnerabilidade territorial, tendo o município de Cascalho Rico – MG como loco deste estudo. Visando ampliação para os municípios que integram o consórcio intermunicipal RIDES no Triângulo Mineiro, que tem como objetivo viabilizar o acesso universal da população à serviços públicos de qualidade.

Consideramos o território o objeto a ser analisado para identificar as necessidades da população. O território “[...] é o chão e mais a população [...] O território é a base do trabalho,

da residência, das trocas materiais e espirituais e da vida sobre os quais ele influi” (SANTOS, 2011B, p. 77). A partir de informações da população que identificaremos a vulnerabilidade territorial e, através da análise e mapeamento de diferentes contextos.

Para um projeto de cidades/territórios saudáveis, buscamos identificar a vulnerabilidade territorial, a partir da análise de diferentes dimensões que dizem respeito ao contexto da população e do lugar onde vivem. Através de informações do cadastro individual e domiciliar/territorial, gerada pela equipe de saúde do município, disponível no e-SUS AB, analisamos, identificamos e mapeamos a vulnerabilidade territorial em Cascalho Rico – MG. Para alcançar o objetivo geral de conhecer a vulnerabilidade dos territórios, foram desenvolvidos os seguintes objetivos específicos:

- a) Elaborar uma revisão bibliográfica a respeito da organização da Atenção Básica no SUS
- b) Organizar uma base de dados para o município de Cascalho Rico - MG;
- c) Identificar e analisar a vulnerabilidade territorial em Cascalho Rico - MG
- d) Mapear a vulnerabilidade territorial em Cascalho Rico-MG.

Esta pesquisa está estruturada em cinco capítulos, o primeiro com a introdução onde é apresentado o tema, o problema e os objetivos. O segundo com a metodologia, onde é realizado uma breve revisão sobre risco e vulnerabilidade para introduzir as questões sobre índices e indicadores, e por fim, são descritas as fontes de dados e os métodos utilizados para identificar territórios de vulnerabilidade através de índices e indicadores sintéticos. O terceiro capítulo é a fundamentação teórico do trabalho, onde buscamos compreender a organização da Atenção Básica (AB) no SUS, através de uma leitura histórica e crítica do processo. Discutimos também conceitos fundamentais para entendermos o SUS, como, universalidade, integralidade, equidade, prevenção, promoção e vigilância em saúde, além do conceito de território. No quarto capítulo é apresentado os resultados da pesquisa realizada no município de Cascalho Rico e no quinto as considerações finais.

## 1.1 Descrição e localização da área de estudo

Os dados para a pesquisa são do município de Cascalho Rico, no Estado de Minas Gerais, na região do Triângulo Mineiro, com sede municipal localizada nas coordenadas geográficas 18° 31' 48" de Latitude Sul e 47° 53' 12" de Longitude Leste, com população de 2857, segundo o (IBGE, 2010), estimada em 3075 para o ano de 2019.

Cascalho Rico foi elevado à categoria de município em 1948 por meio da Lei 336, de 27/12/1948, anteriormente distrito do município limítrofe, Estrela do Sul. Segundo Araújo (2005), a cidade de Cascalho Rico foi edificada no lugar antes ocupado por indígenas Tapuias, Purus e Curibocas que realizavam comércio de suas lavouras com as comunidades vizinhas e viajantes, no período colonial.

A cidade fez parte da rota comercial durante o ciclo do ouro, funcionava como posto de fiscalização para as mercadorias que trafegavam entre Goiás e São Paulo, em meados do século XVIII. Até o ano de 1890 era conhecida como Aldeia Rio das Pedras, quando foi elevada à categoria de distrito pelo município de Estrela do Sul, conforme Bernardelli (2009).

A cidade ainda possui forte vínculo com o campo, a economia atual é baseada na produção agrícola, principalmente soja e café, sendo a agropecuária responsável por 27,47% do PIB; 4,69% advêm da indústria; 26,32% dos serviços e 41,53% dos preços correntes da administração, defesa, educação e saúde públicas e seguridade social, de acordo com o IBGE (2017).

Cascalho Rico é um município pequeno, atualmente possui duas escolas e uma unidade de saúde, localizada na microárea dois e atende as demandas da atenção básica local e do distrito de Santa Luzia, localizado a 10 km, com acesso por estrada pavimentada. O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) do município era de 721,71, em 2010, dentro da média nacional. As dimensões que mais contribuíram para o IDH médio foi a longevidade, renda e educação, segundo o Atlas de Desenvolvimento Humano no Brasil (2010).



O município é totalmente coberto pela Estratégia Saúde da Família (ESF), com 1364 domicílios visitados pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e 3880 pessoas atendidas, conforme base no cadastro individual da Unidade de Saúde do município. Ao subtrairmos a quantidade de pessoas que deixaram o cadastro por motivo de óbito ou mudança territorial, o total é de 2805. Fomos alertados pela equipe técnica do município para a possibilidade de dados duplicados, devido a migração de sistema que precedeu esta pesquisa.

O município de Cascalho Rico possui apenas uma Unidade de Saúde da Família, com sete microáreas (Ma), conseqüentemente sete ACS são responsáveis por elas. Cinco das sete microáreas são na área urbana. Dentre esse contingente, a microárea quatro e cinco estão no distrito de Santa Luzia e a seis e sete na zona rural. Com população e domicílios distribuídos da seguinte forma: a Ma1 possui 532 pessoas cadastradas e 203 domicílios; a Ma2 conta com 476 pessoas e 177 domicílios; a Ma3 tem 536 pessoas e 162 domicílios; a Ma4 agrupa 484 pessoas e 86 domicílios; a Ma5 possui 678 pessoas e 273 domicílios; a Ma6 693 pessoas e 273 domicílios e a Ma7 481 pessoas, em 216 domicílios.

**Figura 1** - Vista diagonal da Unidade Básica de Saúde de Cascalho Rico



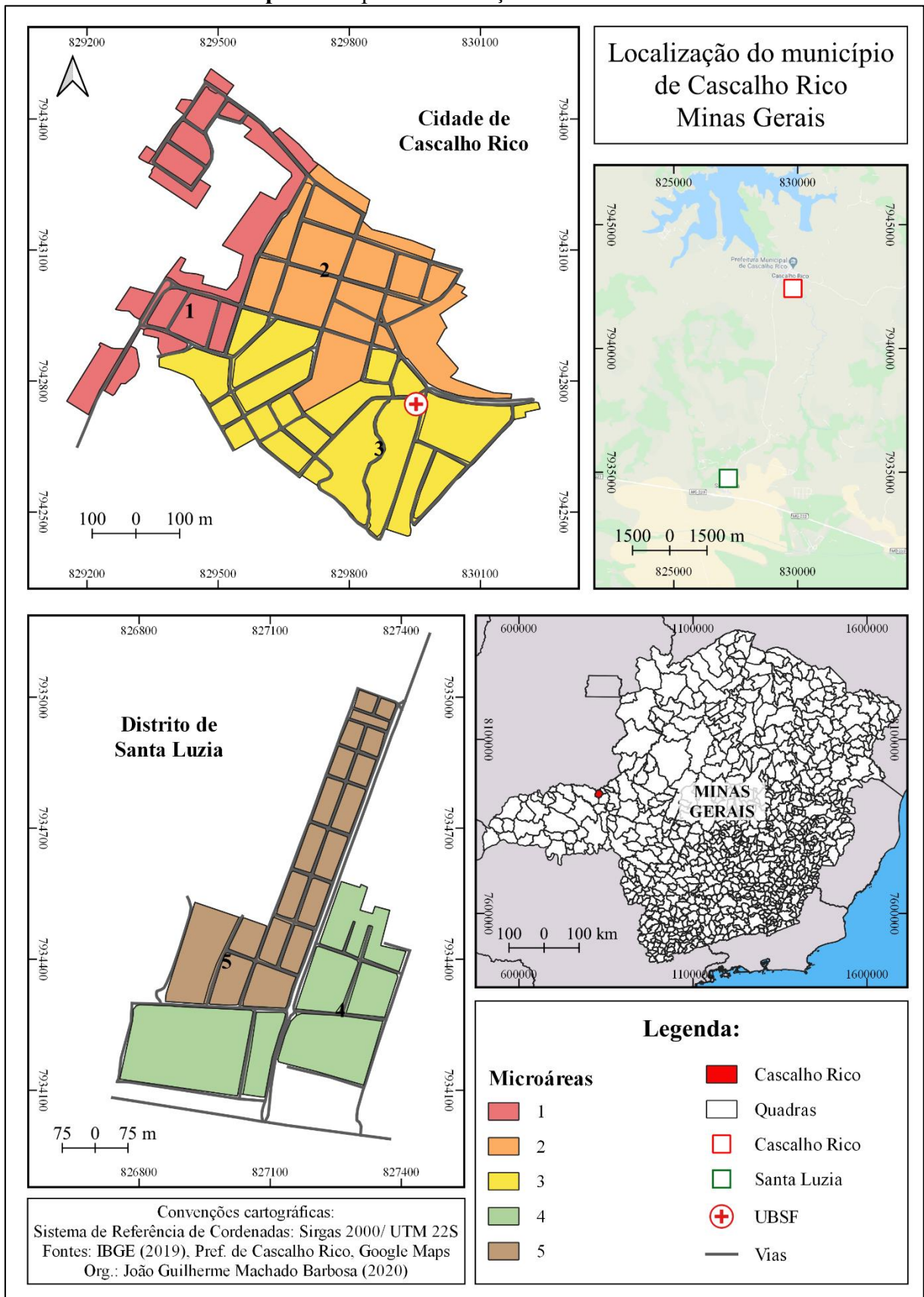
Fonte: Autores (2020)

Em cascalho rico são realizados apenas atendimentos da Atenção Básica e de baixa complexidade, os mais complexos são encaminhados para Araguari que fica a 50 km ou para a regional de saúde no município de Uberlândia, localizado a 80 km, todos com acesso por rodovias pavimentadas e em boas condições de circulação, conforme verificado em trabalho de campo realizado em 2020.

Em visita a Cascalho Rico, é possível observar o cotidiano pacato e típico de uma pequena cidade mineira. O povo ainda guarda forte elo com o campo, com expressões culturais relacionadas às festas tradicionais e religiosas, e se orgulham da qualidade de vida no município. Segundo Oliveira (2002), quem visitar Cascalho Rico pode conhecer a maneira simples de viver do povo.

O Mapa 1 traz a localização do município, da cidade de Cascalho Rico e do distrito de Santa Luzia, na mesorregião do Triângulo Mineiro e Alto Paranaíba, no Estado de Minas Gerais. Além da distribuição das microáreas de atuação da UBS e sua localização dentro da configuração urbana.

**Mapa 1 - Mapa de localização de Cascalho Rico - MG**



**Organização:** Autores

## 2. METODOLOGIA

### 2.1 Risco e vulnerabilidade

Antes de descrever os materiais e métodos utilizados e as fontes de dados, trazemos uma breve revisão sobre o conceito de risco e vulnerabilidade e os fundamentos do que são índices e indicadores, empregados neste estudo para identificação de territórios de vulnerabilidade.

A vulnerabilidade, segundo Cutter (2011), pode ser definida como potencial para perda. Além disso, para a autora, a ciência da vulnerabilidade é a integração multidisciplinar na compreensão dos fenômenos que colocam uma população em situação vulnerável. O conceito de vulnerabilidade, para Schumann e Moura (2014), possui três dimensões: 1 – exposição a trajetórias de risco; 2 – capacidades internas e externas de reação; 3 – possibilidades de adaptação baseada na intensidade do risco em relação à resiliência das pessoas. O conceito de vulnerabilidade, para as autoras, se aproxima do conceito moderno de risco, de Almeida Filho e Coutinho (2007).

Ao tratar o futuro do conceito de risco na epidemiologia, Almeida Filho e Coutinho (2007) propõem uma nova abordagem e divide o conceito em três grupos:

1. Risco como indicador de causalidade que considera modelos de prevenção individual e populacional;
2. Risco como perigo estruturado, cuja intervenção deve ocorrer no campo da Saúde Ambiental e Ocupacional; e
3. Risco como emergência, que articula vigilância, prevenção e promoção da saúde.

Dessa forma, o autor busca descolar o conceito de risco da concepção individual e biológica a qual foi vinculado historicamente no campo da saúde, embora permanesse fundamentado na probabilidade.

Para Lima (2016), o risco em saúde possibilita conhecer a probabilidade de uma ameaça previsível provocar danos à saúde; portanto, são necessárias medidas de prevenção, ao passo

que a vulnerabilidade é a capacidade maior ou menor de enfrentar o risco, em um determinado contexto; logo, para transformar esse cenário, é necessário promover saúde. As ações de prevenção são essenciais e fazem parte de uma política da promoção. Com isso em vista, o que se propõe para este estudo vincula-se ao conceito de vulnerabilidade proposto por Lima (2016):

O conceito de vulnerabilidade é importante porque permite reconhecer a determinação social da saúde, integrando aspectos individuais, sociais e programáticos, com possibilidade de deslocar as ações de prevenção do risco à saúde, da abordagem individual para a coletiva, tendo em vista que o enfrentamento do risco não depende exclusivamente da vontade nem da capacidade do indivíduo. (LIMA, 2016, p.105).

Escolher risco ou vulnerabilidade como fundamento conceitual guia as necessidades metodológicas. Mesmo os conceitos modernos de risco partem de cenários probabilísticos e buscam identificar os fatores e quais as medidas de prevenção para mitigar o risco futuro e reduzir os já existentes. Ayres et al. (2009) explicam que para estudos que buscam identificar fatores de risco:

São definidos subgrupos populacionais e busca-se identificar associações probabilísticas regulares e estatisticamente significantes entre tais grupos e o agravo em estudo. Por exemplo, ao estudar o câncer de pulmão e sua associação com o fumo, será necessário identificar pelo menos dois subgrupos populacionais, o dos que fumam e o dos que não fumam. (...) De forma que uma pessoa que pertence a um destes grupos está automaticamente excluída do grupo. De acordo com a racionalidade epidemiológica, se buscará a identificação das chances (probabilidades) diferenciadas entre fumantes e não fumantes de ter câncer de pulmão, para que se possa afirmar que o fumo é fator de risco para câncer de pulmão. (AYRES et al., 2009, p. 2).

Para o indivíduo, família ou população em situação de vulnerabilidade, é necessário propor ações de promoção da saúde, cuja responsabilidade está fora da capacidade individual de enfrentar os múltiplos riscos. Segundo Lima (2016), o conceito de vulnerabilidade faz reconhecer a determinação social da saúde e integra aspectos individuais, sociais e programáticos. A respeito disso, ele explica:

Vulnerabilidade individual relaciona-se aos aspectos individuais e vulnerabilidade social aos aspectos contextuais que informam a capacidade dos indivíduos para enfrentar as situações de risco, enquanto que

vulnerabilidade programática se refere à condição promovida pelas ações e programas de políticas públicas de prevenção e promoção da saúde que podem contribuir para o enfrentamento das situações de risco. (LIMA, 2016 p. 104).

Para Ayres et al. (2009), a análise de risco e vulnerabilidade é inversa, pois a análise de risco considera uma racionalidade analítica, pela qual o objeto do estudo é partido, isolado e discriminado, ao passo que, em análise de vulnerabilidade, o fenômeno é sintético e o objeto de estudo se relaciona com os diversos elementos que contribuem para o fenômeno, sendo dinâmico e complexo. Além disso, para os autores:

A grande preocupação expressa na proposição da vulnerabilidade diz respeito à necessidade de atribuir sentidos e interpretar a variabilidade e a dinâmica das variáveis utilizadas nas análises de risco à luz de seus significados sociais concretos, de forma que tais categorias analíticas abstratas não sejam incorporadas sem as necessárias mediações ao desenho de práticas de intervenção. (AYRES et al., 2009, p. 7).

Assim sendo, o que propomos é a análise de territórios de vulnerabilidade, que considera a vulnerabilidade contextual e programática proposta por Lima (2016). Considerando o contexto da população e do lugar em que vive, a fim de contribuir com o as políticas públicas de Cascalho Rico em busca de uma cidade saudável. É essencial que as práticas de redução da vulnerabilidade integrem todos os setores do município, Giovanella et al. (2009) afirma que essa é a melhor forma de obter bons resultados.

Quanto a práticas exitosas, Ayres et al. (2009) afirmam que as mudanças significativas acontecem quando se constrói possibilidades para que os indivíduos se vejam como iguais e isso perpassa pelo entorno. Ou seja, os autores defendem que a redução da vulnerabilidade está vinculada à redução da desigualdade. Para isso, é necessário que o Estado cumpra seu papel de promotor da saúde, reduzindo as iniquidades, sendo sua a responsabilidade de ofertar instrumentos para reduzir as desigualdades.

Sobre a vulnerabilidade e desigualdade social, Barcellos et al. (2002) afirmam que estudos epidemiológicos, que utilizam indicadores sociais há décadas, concluem que pessoas

em áreas de pior nível socioeconômico residem em lugares com pior estrutura de serviços públicos e apresentam piores condições de saúde. Ao passo que lugares com alto nível de renda geralmente oferecem melhores serviços públicos (saúde, educação, moradia e saneamento), o que se converte em melhores condições de saúde. A lógica dessa estrutura é iníqua, o mais ético seria oferecer melhores condições de estrutura a quem mais precisa dela, é necessário atuar na realidade em curso, promovendo saúde para os que mais precisam.

## **2.2 Indicadores e índices de vulnerabilidade**

Indicadores e índices vêm sendo amplamente utilizados no planejamento público para identificar vulnerabilidade. As estatísticas públicas, que isoladamente não passam de dados, servem como matéria-prima para a construção de indicadores. Segundo Santiago et al. (2008), é imprescindível a utilização de indicadores sociais e de saúde, não só para monitorar os eventos relativos à saúde, mas também para analisar a sua respectiva situação.

Os indicadores têm o potencial de sintetizar, agregar e facilitar a compreensão da informação, principalmente para o público leigo; porém, a qualidade do dado, a periodicidade e a desagregação devem ser respeitadas na construção de indicadores eficientes, capazes de indicar as transformações e localizá-las no espaço e no tempo. Em síntese, os indicadores servem como termômetro para apontar vulnerabilidade em diferentes contextos, o da população e do lugar, de acordo com o proposto por Lima (2016).

Vale ressaltar que índices e indicadores são diferentes. Segundo Siche et al. (2007), índice é o valor agregado final, envolve procedimentos estatísticos e matemáticos elaborados e pode incluir, em sua fórmula, indicadores e pesos. Já indicador possui uma fórmula mais simples e está relacionado a um único elemento, quantificável estatisticamente e coerente com a lógica que pretende mensurar. A função do índice é medir um conjunto de dados relacionados, porém desconexos, por meio da sintetização, transformando-o em uma informação que possa

ser acompanhada com rapidez e regularidade, de maneira a direcionar caminhos para a tomada de decisão.

O Índice de Vulnerabilidade da Saúde (IVS) de 2012, para o município de Belo Horizonte – MG, trabalhou com indicadores de saneamento, habitação, escolaridade, renda, social e entorno para abstrair a realidade da vulnerabilidade da saúde da população, na qual o peso de cada indicador na composição do índice foi definido pelo método participativo, e a categorização se deu a partir das médias. Os dados são provenientes do censo demográfico do IBGE, e o IVS-BH vem sendo atualizado a cada novo censo, segundo Belo Horizonte (2013).

Outra experiência é o Atlas da Vulnerabilidade Social dos Municípios Brasileiros de 2015, o qual utiliza dezesseis indicadores para construir um Índice de Vulnerabilidade Social por intermédio da média aritmética de três subíndices: o IVS Infraestrutura Urbana, o IVS Capital Humano e o IVS Renda e Trabalho, com dados do censo demográfico do IBGE e do Programa Nacional por Amostras de Domicílios (PNAD), de acordo com o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (2015).

Indicadores têm ocupado um papel de destaque, na formulação de políticas públicas, desde o final da década de 1980. Guimarães e Jannuzzi (2004) pontuam alguns acontecimentos que contribuíram, como a crise econômica de 1980, a ampliação do escopo de estatísticas públicas por parte de órgãos como IBGE e DATASUS, a disseminação dos dados via internet, na década de 1990, e a popularidade que o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) ganhou na mídia. Associado a esses fatores, cresce o interesse acadêmico das ciências sociais aplicadas em estudos sobre pobreza e exclusão social no final do século XX.

Em artigo de revisão bibliográfica sobre índices de vulnerabilidade, Schumann e Moura (2014) identificaram 47 artigos e 23 índices, em diferentes categorias temáticas, como determinantes sociais da saúde, de condições climáticas, socioambientais, perspectiva da família e do curso da vida, do território e espaço geográfico. Propomos uma abordagem



territorial a partir do contexto de vida da população e do lugar onde vive, segundo Lima (2016). Dessa forma, buscamos indicadores capazes de refletir o estilo e as condições de vida das pessoas e do lugar em que vivem e, assim, identificar grupos em situação de maior ou menor grau de vulnerabilidade social.

A análise territorial implica em uma coleta sistemática de dados que vão informar sobre situações-problemas e necessidades em saúde de uma dada população de um território específico, indicando suas inter-relações espaciais. Possibilita ainda, identificar vulnerabilidades, populações expostas e a seleção de problemas prioritários para as intervenções” (GONDIM, 2011, p. 198).

É no território que se manifestam as iniquidades em saúde. Concordamos com Santos (2011A), que compreende o território, como categoria reveladora de diferenças, às vezes agudas, de condições de vida da população. A partir da análise do contexto de vida da população, e do lugar onde vive, que podemos identificar os determinantes sociais da saúde, e assim, mapear os territórios mais e menos vulneráveis dentro de uma área geográfica. Viabilizando intervenções que objetivam melhorias na qualidade de vida da população.

### **2.3 Fonte dos dados e desenvolvimento metodológico**

Os dados para pesquisa são do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB), que substituiu o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), com o objetivo de unificar as informações de saúde do sistema de Coleta de Dados Simplificados (CDS) e do sistema de Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) que alimentam o e-SUS Atenção Básica. A estratégia almeja individualizar os registros, integrar as informações, evitar retrabalho na coleta de dados, informatizar as unidades, coordenar e gerir o cuidado na AB, melhorando a infraestrutura e coleta de dados para profissionais de saúde, gestores e também cidadãos, segundo Ministério da Saúde (2020).

Parte dos dados que compõe o e-SUS AB é coletado pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), responsáveis pela adscrição e atualização do cadastro domiciliar/territorial e

individual (ANEXO) da população de sua microárea de atuação. Em síntese, as atividades dos ACS têm como objetivo orientar, acompanhar e integrar a população ao SUS por meio de práticas de promoção da saúde, da qual a coleta e atualização dos dados é parte de sua atuação. Com isso, desejamos exemplificar as múltiplas atribuições dos ACS, a coleta de dados tornou-se questão “burocrática”, parte das várias responsabilidades da categoria, assim sendo, é algo a ser superado e por vezes tratado sem a devida atenção.

Os cadastros podem ser considerados um pequeno censo municipal que leva em conta a identificação do usuário com endereço e informações sobre renda, educação, demografia, ocupação, saneamento, infraestrutura dos domicílios e do lugar em que ele está e a condição/situação de saúde da população. Nos municípios totalmente cobertos pela ESF, esses dados podem ser instrumento ímpar no planejamento urbano, tendo em vista a possibilidade de atualizações sistêmicas e de seus múltiplos usos no planejamento urbano.

Contudo, essa possibilidade não se materializa na realidade, na maioria das vezes a importância dessas informações é subvalorizada pela administração municipal e por quem operacionaliza a coleta dos dados, quase sempre preenchidos de forma incompleta. Segundo Nakaura et al. (2013), que avaliou a qualidade do preenchimento de 191 cadastros de dez centros de saúde no município de Campinas – SP, em 2013, apenas 2 estavam completos, sendo que apenas 71 fichas foram encontradas nas unidades de saúde.

A potencialidade desses dados, no planejamento público, é incalculável, boa parte dos estudos acerca dos problemas e iniquidades sociais, no Brasil, depende do censo demográfico do IBGE, atualizado uma vez a cada década. Além da escala de tempo, a escala geométrica também restringe as possibilidades de gerar informação a partir dos dados. É fundamental tratar a questão dos dados públicos no Brasil e discutir sua qualidade, não só dos dados, mas também do processo de coleta, armazenamento e disponibilização para o poder público e sociedade.

O que propomos para Cascalho Rico é a utilização dos dados gerados pelos ACS, sob responsabilidade da UBS para estudarmos a realidade das microáreas de saúde do próprio município. Foi solicitado ao gestor municipal que orientasse as equipes a atualizarem os cadastros. Os dados utilizados, atualizados em 2018, foram inseridos no sistema por meio da Coleta de Dados Simplificados (CDS), utilizados em unidades que não dispõem de sistema informatizado para automação do processo de coleta dos dados. Posteriormente, os cadastros foram digitados no sistema/módulo CDS.

Após findadas as etapas de coleta e digitalização dos dados, eles foram recuperados do e-SUS AB a partir de relatórios em formato *Excel (.csv)*, porém não foi possível recuperá-los como dados individualizados, com informações geocodificadas dos indivíduos e dos domicílios, o que contribuiria para maior nível de desagregação, resultando em indicadores mais eficientes, sem incorrer ao risco de homogeneizar os grupos populacionais, conforme indica Carvalho e Souza-Santos (2005). Além de possibilitar mapas detalhados, mais adequados ao uso e direcionamento das equipes de saúde da família.

O maior nível de desagregação possível foi a microárea de atuação da UBSF, sendo que no município de Cascalho Rico são sete, cinco na área urbana e duas na rural. Por falta de dados com localização pontual, não foi possível cartografar as informações das microáreas rurais, além de as características territoriais serem totalmente distintas entre a população rural e urbana. Se fosse possível cartografar os dados da população que reside na zona rural, não seria indicado uni-las aos dados da população urbana, pois a forma como vivem, trabalham e se distribuem no território é totalmente diferente e provocaria distorções nas análises.

De posse dos dados atualizados, eles foram organizados em linhas e colunas para manipulação e realização dos cálculos dos indicadores e dos índices de vulnerabilidade no *Excel*. Para calcular os indicadores, os dados foram separados em seis dimensões: renda familiar, sociodemografia, educação, saúde, moradia e vizinhança, agrupadas em unidades de

contexto que refletem as condições de vida a partir de informações da população e do lugar em que vive, compondo dois subíndices, o de vulnerabilidade da população e o de vulnerabilidade do lugar, os quais resultam no produto final, o Índice de Vulnerabilidade do Território, baseado no que foi proposto por Lima (2016).

**Quadro 1 – Síntese: indicadores, contexto, dimensão, descrição, fonte de informação e cálculo**

Contexto	Dimensão	Indicadores de vulnerabilidade	Descrição	Fonte da informação	Cálculo
Território População	Renda familiar	Proporção de famílias de baixa renda	Famílias com rendimento de até 3 salário mínimo por domicílio	Cadastro Domiciliar territorial e-SUS AB	$\Sigma$ famílias que recebem até 3 salários mínimos / $\Sigma$ domicílios x 100
		Taxa de desemprego	População desempregada em idade ativa (entre 14 e 60 anos)	Cadastro individual e-SUS AB	$\Sigma$ desempregados / População Economicamente Ativa x 100
	Sociodemografia	Proporção de crianças < 1 anos	Crianças menores que 1 anos	Cadastro individual e-SUS AB	$\Sigma$ criança < 1 anos / $\Sigma$ população pesquisada x 100
		Proporção de crianças < 5 anos	Crianças maiores que 5 anos	Cadastro individual e-SUS AB	$\Sigma$ criança < 5 anos / $\Sigma$ população pesquisada x 100
		Proporção de pessoas com 60 anos ou mais	Pessoas com 60 anos ou mais	Cadastro individual e-SUS AB	$\Sigma$ pessoas com 60 anos ou mais / $\Sigma$ população pesquisada x 100
		Proporção de pessoas não brancas	Pessoa preta, amarela, parda ou indígena	Cadastro individual e-SUS AB	$\Sigma$ pessoas não brancas / $\Sigma$ população pesquisada x 100
		Taxa de gestantes	Mulheres gestantes	Cadastro individual e-SUS AB	$\Sigma$ mulheres gestantes / $\Sigma$ de mulheres de 10 a 54 anos x 100
	Educação	Taxa de analfabetismo	Pessoas acima de 15 anos não alfabetizadas	Cadastro individual e-SUS AB	$\Sigma$ indivíduos analfabetos / $\Sigma$ população com > 15 anos x 100
		Proporção de indivíduos sem ensino fundamental completo	Pessoas acima de 15 anos sem o ensino fundamental completo em qualquer modalidade	Cadastro individual e-SUS AB	$\Sigma$ população de 15 anos ou mais - população sem fundamental completo / $\Sigma$ população acima de 15 anos x 100
		Proporção de indivíduos sem ensino médio completo	Pessoas acima de 20 anos sem ensino médio completo em qualquer modalidade	Cadastro individual e-SUS AB	$\Sigma$ população de 20 anos ou mais - população sem ensino médio completo / $\Sigma$ população acima de 20 anos x 100
		Proporção de indivíduos sem ensino superior completo	Pessoas acima de 30 sem ensino superior completo	Cadastro individual e-SUS AB	$\Sigma$ população de 30 anos ou mais - população sem ensino superior completo / $\Sigma$ população acima de 30 anos x 100
	Saúde	Proporção de usuários de álcool	Indivíduos usuários de álcool	Cadastro individual e-SUS AB	$\Sigma$ usuários de álcool / $\Sigma$ população pesquisada x 100
		Proporção de usuários de drogas	Indivíduos usuários de drogas	Cadastro individual e-SUS AB	$\Sigma$ usuários de drogas / $\Sigma$ população pesquisada x 100
		Proporção de fumantes	Indivíduos fumantes	Cadastro individual e-SUS AB	$\Sigma$ indivíduos fumantes / $\Sigma$ população pesquisada x 100
		Proporção de diagnosticados com problemas de Saúde Mental	Indivíduos diagnosticados com algum problema relacionado a saúde mental	Cadastro Individual e-SUS AB	$\Sigma$ indivíduos diagnosticados com problemas de saúde mental / $\Sigma$ população pesquisada x 100
		Proporção diabéticos	Indivíduos diagnosticados com diabetes	Cadastro Individual e-SUS AB	$\Sigma$ diabéticos / $\Sigma$ população pesquisada x 100
		Proporção hipertensos	Indivíduos hipertensos	Cadastro Individual e-SUS AB	$\Sigma$ hipertensos / $\Sigma$ população pesquisada x 100
		Proporção de doentes cardiovasculares	Indivíduos diagnosticados com doença/insuficiência cardíaca	Cadastro Individual e-SUS AB	$\Sigma$ doentes cardiovasculares / $\Sigma$ população pesquisada x 100
		Proporção de doentes renais	Indivíduos acometidos com problemas/insuficiência renal	Cadastro Individual e-SUS AB	$\Sigma$ doentes renais / $\Sigma$ população pesquisada x 100

Território	População	Saúde	Proporção de pessoas que têm ou tiveram câncer	Pessoas que têm ou tiveram câncer	Cadastro Individual e-SUS AB	$\Sigma$ pessoas que tiveram câncer / $\Sigma$ população pesquisada x 100
			Proporção de pessoas que tiveram AVC	Pessoas que tiveram AVC/Derrame	Cadastro Individual e-SUS AB	$\Sigma$ que tiveram AVC / $\Sigma$ população pesquisada x 100
			Proporção de infartados	Pessoas que tiveram infarto	Cadastro Individual e-SUS AB	$\Sigma$ infatados / $\Sigma$ população pesquisada x 100
			Proporção de doentes respiratórios	Pessoas com doença respiratório ou no pulmão (asma, DPOC ou efisema)	Cadastro Individual e-SUS AB	$\Sigma$ doentes respiratório / $\Sigma$ população pesquisada x 100
			Proporção de pessoas acima do peso	pessoas que estão acima do peso com risco de adquirir outras doenças	Cadastro individual e-SUS AB	$\Sigma$ pessoas acima do peso / $\Sigma$ população pesquisada x 100
			Proporção de pessoas abaixo do peso	Percentual de pessoas que estão abaixo do peso com risco de adquirir outras doenças	Cadastro individual e-SUS AB	$\Sigma$ pessoas abaixo do peso / $\Sigma$ população pesquisada x 100
			Taxa de gestantes	Mulheres gestantes	Cadastro individual e-SUS AB	$\Sigma$ de gestantes / $\Sigma$ população pesquisada x 100
			Proporção de pessoas com deficiência	População com alguma deficiência (auditiva, física, visual, cognitiva e outras)	Cadastro individual e-SUS AB	$\Sigma$ pessoas com deficiência / $\Sigma$ população pesquisada x 100
			Proporção de acamados	Indivíduo que está acamado	Cadastro individual e-SUS AB	$\Sigma$ pessoas acamados / $\Sigma$ população pesquisada x 100
			Proporção de domiciliados	Indivíduo que está domiciliados	Cadastro individual e-SUS AB	$\Sigma$ pessoas domiciliados / $\Sigma$ população pesquisada x 100
			Proporção de pessoas que foram internadas nos últimos 12 meses	pessoas que foram internados nos últimos 12 meses	Cadastro individual e-SUS AB	$\Sigma$ pessoas que foram internados nos últimos 12 meses / $\Sigma$ população pesquisada x 100
	Lugar	Moradia	Proporção de moradias sem rede encanada até o domicílio	Domicílios que não estão ligados à rede de abastecimento público de água	Cadastro Domiciliar territorial e-SUS AB	$\Sigma$ moradias sem rede encanada / $\Sigma$ domicílios pesquisado x 100
			Proporção de moradias sem energia elétrica	Domicílios sem energia elétrica	Cadastro Domiciliar territorial e-SUS AB	$\Sigma$ moradias sem energia elétrica / $\Sigma$ domicílios pesquisado x 100
			Proporção de construções inadequadas	Domicílios construído de taipa ou alvenaria sem revestimento	Cadastro Domiciliar territorial e-SUS AB	$\Sigma$ domicílios construído de taipa ou alvenaria sem revestimento / $\Sigma$ domicílios pesquisado x 100
			Proporção de risco de presença de vetores	Domicílios com animais de estimação	Cadastro Domiciliar territorial e-SUS AB	$\Sigma$ moradias com animais de estimação / $\Sigma$ domicílios pesquisado x 100
			Proporção de moradias sem água tratada	Domicílios que consomem água não cloretada, fervida ou filtrada	Cadastro Domiciliar territorial e-SUS AB	$\Sigma$ moradias que consomem água sem tratamento / $\Sigma$ domicílios pesquisado x 100
			Proporção de moradias sem rede coletora de esgoto ou pluvial	Moradias sem rede coletora de esgoto ou pluvial	Cadastro Domiciliar territorial e-SUS AB	$\Sigma$ moradias que não possuem rede coletora de esgoto ou pluvial / $\Sigma$ domicílios pesquisado x 100
		Vizinhança	Proporção de moradias com acesso sem pavimentação	Domicílios com acesso sem pavimentação	Cadastro Domiciliar territorial e-SUS AB	$\Sigma$ moradias com acesso sem pavimentação / $\Sigma$ domicílios pesquisado x 100
			Proporção de moradias sem coleta de lixo	Moradias sem coleta de lixo	Cadastro Domiciliar territorial e-SUS AB	$\Sigma$ moradias sem coleta de lixo / $\Sigma$ domicílios pesquisado x 100

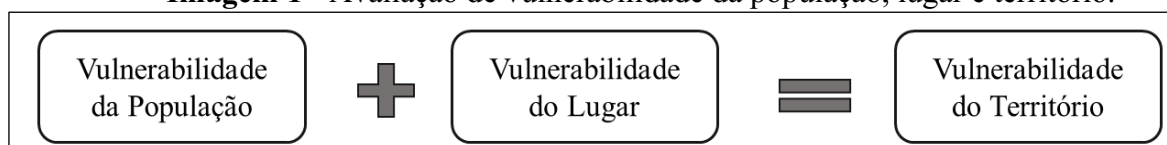
Organização: Autores

Os indicadores utilizados, foram pensados para refletir o grau de vulnerabilidade, levando em consideração múltiplas dimensões do contexto de vida das pessoas. Em alguns casos foi necessária a realização de operações de subtração para obter a informação desejada. Por exemplo, para sabermos a proporção de domicílios sem rede encanada foi subtraído o número de domicílios pela quantidade com rede encanada até o domicílio. Assim, o objetivo é compreender quais microáreas estão em condições de maior vulnerabilidade a partir de atributos negativos.

Os indicadores foram organizados com base em coeficientes de proporção e taxa, sendo o numerador o dado específico e o denominador a população total das microáreas analisadas multiplicado por 100, com resultados expressos em porcentagem. Ao todo, são utilizados 37 indicadores, sendo 29 do contexto da população e 8 do contexto do lugar (Quadro 1).

Para identificação de territórios de vulnerabilidade, propomos o Índice de Vulnerabilidade do Território (IVT), que é a soma do Índice de Vulnerabilidade do Lugar (IVL) ao Índice de Vulnerabilidade da População (IVP) – (Imagem 1). Os índices de cada microárea são formados a partir da razão da somatória da microárea pela somatória do contexto em análise. Dessa forma, através de uma informação síntese, buscamos unir o contexto de vida ao lugar onde vive a população, identificando territórios de maior ou menor vulnerabilidade a partir das microáreas de atuação da UBSF.

**Imagem 1** - Avaliação de vulnerabilidade da população, lugar e território.



**Adaptado:** Lima (2016).

Os indicadores e índices foram padronizados para o intervalo entre 0 e 1, via divisão do numerador pelo valor máximo daquele indicador, com finalidade de serem representados de maneira equivalente, a fim de viabilizar o uso de intervalos de classe e a representação

cartográfica por meio de mapas coropléticos. Todos os cálculos foram realizados no *Excel* a partir de equações e funções automáticas do próprio *software*.

Posteriormente, foi verificada a correlação entre a média do IVL e IVP, aferida por meio do coeficiente de correlação de Pearson que pode variar entre -1, indicando correlação negativa a 1, com alta correlação. O resultado encontrado, de 0,602, indica correlação positiva moderada. É provável que a correlação moderada seja consequência da discrepância na quantidade de indicadores que compõem o contexto do lugar e da população; contudo, essa é a característica dos dados que estamos utilizando, provavelmente um maior equilíbrio entre a quantidade de indicadores resultaria em maior correlação.

As informações do cadastro individual e do domiciliar/territorial possuem 18 informações na dimensão da saúde, a maior ênfase nesses quesitos é esperada, dada a natureza dos cadastros. É necessário visar uma ampliação futura na quantidade de informações que compõem o IVT, sobretudo as informações contextuais do lugar. Desse modo, ao utilizar informações que extrapolam os dados do SISAB, como os dados gerados pelos Agentes de Combate a Endemias, que fazem parte do banco de dados do e-SUS AB, pode-se incorporá-las mais facilmente.

Em condições ideais, seria desejável incorporar dados de outra natureza, que refletem o lugar e o contexto de vida das pessoas no território, como dados sobre a qualidade da água e do ar, mobilidade urbana, distância entre as residências e as estruturas urbanas, como hospitais, escolas, áreas de lazer. No entanto, unir essas informações não é algo trivial, é necessário avançar em vários sentidos para que esses dados existam e, principalmente, tenham condições de serem transformados em informações confiáveis e úteis à operacionalização de um projeto de cidades saudáveis.

Para definir os intervalos de classe para o grau de vulnerabilidade das microáreas, foi considerado o proposto por Belo Horizonte (2013) e pelo Instituto de Pesquisa Econômica



Aplicada (2015). Foi utilizado, nesses estudos, o método manual para definir os intervalos de classe e pesos para os indicadores que compõem os índices, a partir da experiência e cooperação entre profissionais das equipes multidisciplinares que possuem vasta experiência. Dessa forma, esses estudos serviram como referência para avaliar o resultado do método estatístico que decidimos adotar em nossa pesquisa, mas, ao reconhecer nossas limitações, optamos por um método de classificação automático.

Segundo Matsumoto, Catão e Guimarães (2017), o método manual permite mais liberdade, porém o pesquisador pode incorrer ao erro de representar o fenômeno de forma enviesada, devido às inferências diretas ao definir a quebra dos intervalos. Assim, optamos por utilizar o método de otimização de intervalos naturais de Jenks, que tem por objetivo agrupar o conjunto dos dados de forma natural. De acordo com Matsumoto, Catão e Guimarães (2017), o método agrupa os valores similares dentro de um intervalo e maximiza a diferença entre as classes, a fim de determinar o melhor arranjo, respeitando a semelhança entre os valores e o escalonamento dos dados; em outras palavras, reduz a variância dentro das classes e maximiza a variância entre as classes.

O objetivo, em consonância a Jenks e Caspall (1971), é reduzir os erros associados a medições e definições associadas à classificação, essa metodologia desenvolvida por Jenks é utilizada para melhorar a representação de mapas coropléticos. A propósito, é o tipo de mapa temático utilizado em nosso estudo por melhor representar as informações, dadas suas características. O método estatístico, desenvolvido por Jenks, é popular em ambiente SIG e padrão para classificação de dados em quebras naturais no conjunto de soluções da ESRI, e opcional no QGis. O método de quebras naturais de Jenks, usado para minimizar os desvios quadrados das médias da classe, é descrito pela ESRI (2020) em três etapas:

- 1- Calcula-se a soma dos desvios quadrados entre as classes (SDBC);
- 2- Calcula-se a soma dos desvios quadrados da média da matriz (SDAM);

- 3- Subtrai o SDBC do SDAM, gerando a soma dos desvios quadrados das médias da classe (SDCM).

Os valores de SDCM são inspecionados e movidos de uma classe para outra, examinando as combinações de quebra possíveis até reduzir ao máximo a soma dos desvios quadrados das médias, a fim de obter o melhor ajuste de qualidade da variância (GVF), pela qual o pior ajuste é 0 e o ajuste perfeito é 1. O GVF é calculado a partir da equação  $(SDAM - SDCM)/SDCM$ .

O método de Jenks é indicado para qualquer tipo de mapa coroplético; todavia, “não é indicado para comparar vários mapas criados a partir de informações distintas” (MATSUMOTO, CATÃO E GUIMARÃES, 2017, p. 217). A fim de superar a limitação apresentada, foi recomendado por Evans (1977) e MacEachren (1994), apud Brewer e Pickle (2002), a aplicação do método de Jenks ao conjunto dos dados. Dessa forma, aplicamos o modelo estatístico de Jenks a todo conjunto de dados normalizado, utilizado para compor o Índice de Vulnerabilidade do Território. Para executar os cálculos de forma automatizada, foi utilizado o pacote Real Statistics Resource Pack Software, de Zaiantz (2020) para o Excel.

Após verificar o GVF para três e quatro intervalos de classe, optou-se por utilizar quatro intervalos, com GVF de 0,961, ou seja, o melhor ajuste estatístico possível. Após trabalho de campo realizado na localidade de Cascalho Rico, foi verificado que os intervalos definidos são capazes de distinguir os diferentes graus de vulnerabilidade presentes no município, sobretudo em relação ao contexto do lugar, por ser mais fácil de ser percebido em observações de campo. Além disso, a quebra se mostrou coerente com a utilizada por Belo Horizonte (2013) e Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (2015).

Para o mapeamento, foi utilizado o software QGis em sua versão 3.8, pelo qual as quadras e ruas de Cascalho Rico foram vetorizadas a partir da base do Google Maps. Para

as microáreas de saúde, a prefeitura do município disponibilizou um mapa escaneado que foi vetorizado e incorporado à base das quadras por meio de geoprocessamento dos vetores.

**Imagem 2** - Intervalos de classe definidos para classificação de vulnerabilidade.

Classes	Jenks Natural Breaks Optimization		Contagem
1	Baixa vulnerabilidade	0,0000	41
2	Média vulnerabilidade	0,2051	43
3	Alta vulnerabilidade	0,5455	49
4	Muito alta vulnerabilidade	0,8571	52
<b>GVF</b>			<b>0,961</b>

**Organização:** Autores

O resultado dos indicadores e índices calculados no *Excel* foram unidos ao vetor das quadras no Qgis com base nos atributos da microárea. Dessa forma, o arquivo final das quadras passou a carregar as informações das microáreas, índices e indicadores padronizados. Assim, foram gerados três mapas dos índices e trinta e sete dos indicadores, além de gráficos e tabelas no *Excel*, utilizados para análise dos dados e classificação de prioridade.

Os mapas são representações da realidade e carregam em si as intenções de quem o organizou, uma importante ferramenta, pois transforma um dado em informação visual, tornando-o espacializado aos olhos de quem lê, interpreta e utiliza para tomada de decisões. Na geografia da saúde, segundo Matsumoto, Catão e Guimarães (2017), o mapeamento é intrínseco às decisões, capaz de se aproximar ou distanciar da realidade. Conscientes da potencialidade dos mapas e da estatística, buscamos, a todo momento, sensatez nas escolhas metodológicas e no modo de representar as informações.

Alguns aspectos precisam ser melhorados para ampliar o potencial de análise e acurácia das informações. Houve solicitação de atualização dos dados, com orientações para que evitassem não responder ao questionário ou deixar como não informado. Reforçou-se a importância dessas informações junto à população, o que melhorou significativamente a qualidade, ainda assim algumas informações não foram preenchidas por completo, como renda, emprego, uso de álcool ou drogas, peso, e alguns itens sobre as condições de saúde.

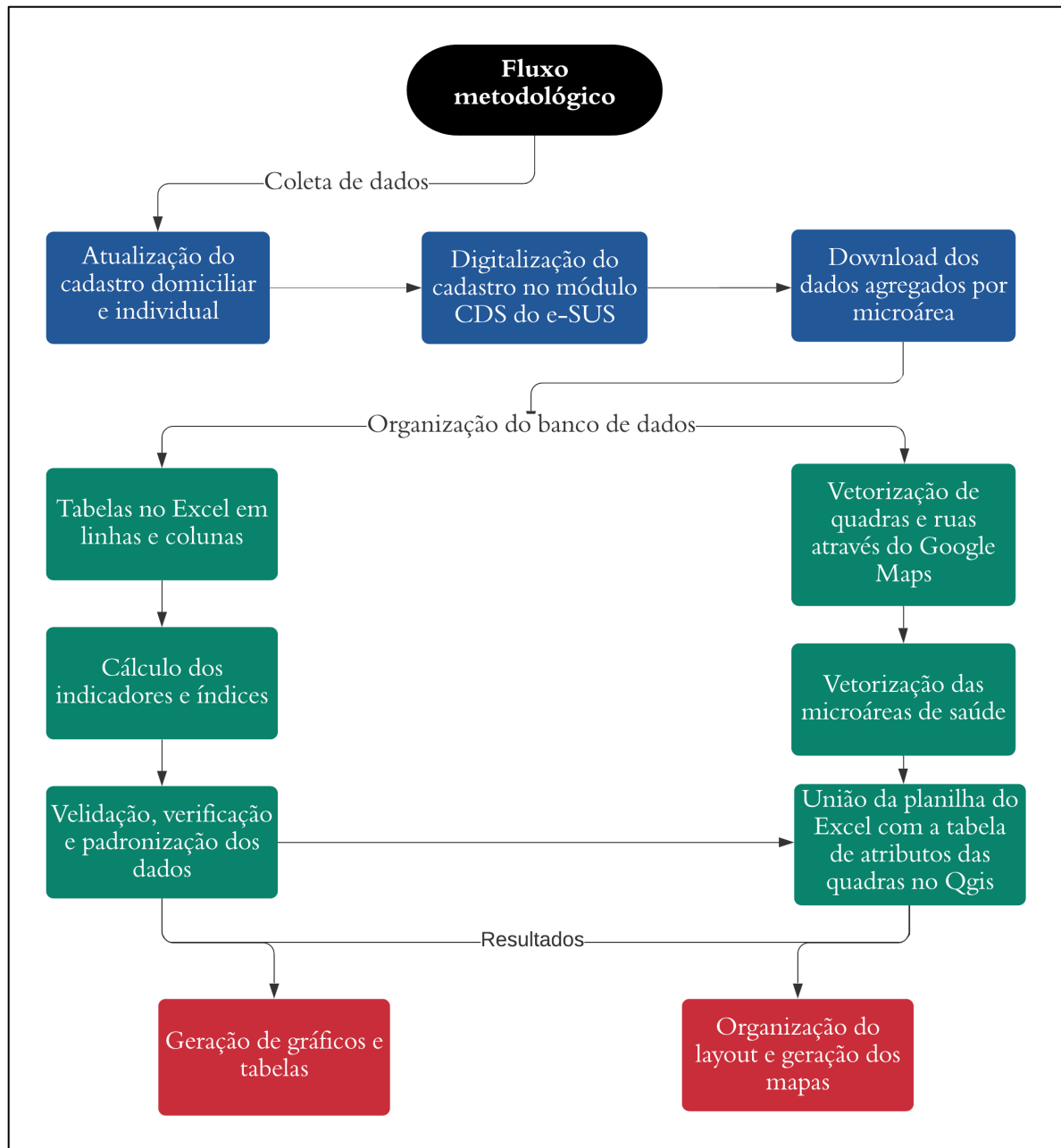
A qualidade dos dados é fundamental, a população deve ser orientada de forma a colaborar com as informações, o processo de obtenção e digitalização deve ser gerido seriamente, as informações necessitam de atualizações regulares para servirem ao planejamento público em saúde e contribuir para sua própria transformação situacional, quando a população é exposta ao risco e à vulnerabilidade. Segundo Santiago et al. (2008), para atuar na perspectiva da vigilância de salubridade é fundamental a utilização de indicadores sociais e de saúde que, juntos, ajudem a medir problemas e avaliar resultados de intervenções em seu processo de funcionamento.

Devemos ressaltar que esta pesquisa só foi possível mediante parceria entre a Universidade Federal de Uberlândia e a prefeitura de Cascalho Rico. Da forma que é hoje, os dados retornam aos gestores de forma desorganizada e de difícil manipulação, sendo necessários inúmeros processos para transformá-los informações.

Os dados e sua qualidade são fundamentais para qualquer tipo de pesquisa, não só para as acadêmicas, mas também para os projetos e planejamento público. Para nossa pesquisa, estão sendo utilizados dados consolidados que não afetam a privacidade dos cidadãos, essas informações deveriam ser públicas, de fácil obtenção e de qualidade, favorecendo pesquisas acadêmicas que visam oferecer subsídios à melhoria da sociedade de forma geral e ao planejamento público municipal.

Por fim, o fluxograma (Imagem 3) tem o objetivo de sistematizar e auxiliar na compreensão do fluxo metodológico, pertinente à realização da pesquisa.

**Imagem 3 - Fluxograma metodológico.**



**Organização:** Autores

### **3. O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) E A PROMOÇÃO DA SAÚDE NO BRASIL: PASSADO, PRESENTE E FUTURO**

O Sistema Único de Saúde (SUS) é um modelo complexo que une os entes da federação por meio de planos e estratégias que objetivam acesso universal ao sistema, integral em todos os seus níveis e equânime, oferecendo mais a quem menos tem. É uma conquista democrática do povo brasileiro e extrapola o campo da saúde como política igualitária, visto que nem sempre a saúde pública, ou seja, a parte que cabe ao poder público financiar, gerir e zelar, abrangeu todo povo brasileiro; por muito tempo foi restrita a certos grupos.

Neste capítulo, abordamos o passado da saúde pública brasileira - pré-SUS - e sua institucionalização; o presente, onde retomamos os conceitos basilares e os princípios fundantes do SUS, estratégias e planos mais importantes para operacionalização do modelo e também desafios. Para o futuro, apresentamos a proposta de cidades saudáveis, uma estratégia capaz de resgatar os princípios do SUS e promover territórios saudáveis. Por intermédio da revisão bibliográfica, apresentamos conceitos fundamentais à temática da saúde, discutimos as contradições do processo histórico e geográfico e propomos a adoção de um modelo capaz de promover saúde, que integre os diferentes entes da sociedade em torno de uma agenda saudável e mais igualitária para o município.

#### **3.1 A saúde pública no Brasil antes do SUS**

O primeiro movimento do Estado em prol de melhorias nas condições de saúde, nas cidades, data do final do império, fruto de ações sanitárias a favor do comércio internacional. Segundo Paim et al. (2011), a criação de instituições de controle sanitário dos portos e epidemias, entre 1828-1850 e a abertura dos portos, é fruto de interesses econômicos. Polignano (2001) complementa que, até o final do período, a preocupação com a saúde pública era restrita ao Rio de Janeiro, capital do império.

Durante a República Velha (1889-1930), o Estado expande suas relações comerciais, estabelecendo uma estrutura tipicamente capitalista baseada em uma economia agroexportadora. A elite econômica era composta por grandes produtores agrícolas, industriais e comerciantes. À medida que esse período caminhou para o fim, em 1929, o êxodo rural mudava a organização do trabalho no Brasil, influenciando a dinâmica das cidades e agravando o quadro sanitário.

Sobre o quadro sanitário nesse período, Tamono (2017) conta como o Instituto Oswaldo Cruz realizou incursões aos portos brasileiros e ao interior do país, constatando uma grave desigualdade regional. Os médicos, que adentraram o território, produziram relatórios-denúncias, demonstrando a grave crise sanitária, dentro da qual a população era refém de doenças como: Chagas, Malária, ancilostomíase, entre outras.

Essas denúncias pressionaram o governo que, em 1919, criou o Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), marcando a inserção do Legislativo Federal na saúde pública, o qual, outrora, havia outorgado aos estados a prestação dos serviços por meio da constituição de 1891. O DNSP passou a ser uma ponte entre a federação e os estados. É nesse momento que a saúde pública passa a ser uma política de Estado, vale ressaltar que a desigualdade regional do período era muito maior que a atual.

No ambiente urbano, o quadro sanitário se agravou à medida que as cidades recebiam imigrantes e refugiados da Primeira Guerra Mundial. Esse período é fundamental nas transformações vindouras no campo da política, trabalho, economia e cultura. Haja vista o clássico romance “O cortiço”, de Aluísio de Azevedo, autor que, em sua obra, caminha entre o ficcional e o não ficcional e descreve as condições de moradia e trabalho de parte da sociedade carioca no final do século XIX, o romance pinta o quadro sanitário do período.

Os imigrantes, sobretudo os europeus, trouxeram consigo influências do movimento operário e contribuíram para uma mobilização da classe trabalhadora no Brasil, em busca de

condições mais justas de trabalho, saúde e moradia. A sociedade pressionou novamente o Estado que se viu obrigado a legislar em prol da classe trabalhadora. Sobre esse período, Paim (2018) diz que “o modelo de intervenção do Estado brasileiro na área social data da década de 1920 e 1930, quando os direitos civis e sociais foram vinculados à posição do indivíduo no mercado de trabalho”.

O movimento operário, no Brasil, contribuiu para mudanças que ocorreriam até o final do século XX. Em 1923, surge a Lei Eloy Chaves, considerada a base da previdência brasileira. Segundo Polignano (2001), o Estado não participava dos fundos que compunham a previdência, responsável por assegurar, além de aposentadoria e pensão, serviço médico e funerário para funcionários das empresas urbanas que gestavam seu próprio caixa composto pela contribuição de 3% do vencimento do trabalhador e 1% da renda bruta da empresa.

Foi na constituição de 1934 que o Estado passou a contribuir com a previdência social, que garantia algum nível de acesso à saúde por meio da contribuição tríplice (Estado, empregado e empregador), ainda que restrito aos trabalhadores formais, segundo Polignano (2001). Apesar disso, o sistema de assistência médica da previdência social estava muito distante de oferecer atendimento público e universal. Bravo (2006) destaca a questão da oferta e demanda no período, os poucos médicos priorizavam o atendimento privado, tendo em vista a maior remuneração.

A participação do Estado não contribuiu para um modelo público universal de saúde; pelo contrário, em 1964 o regime militar instaurado impulsionou o sistema de saúde privado. Nesse sentido, Paim (2018) explica que a ampliação do modelo privado se deu via subsídio estatal, dado a empresas privadas que contribuíram para expansão de oferta dos cuidados médicos por meio de planos de saúde privados. Algumas medidas mais populistas foram adotadas, a fim de sustentar o regime, como a ampliação da cobertura da previdência social aos trabalhadores rurais.



À medida que o regime militar endurecia, os movimentos civis reivindicavam propostas democráticas para os problemas sociais e políticos do país. Em 1975, foi criado o Sistema Nacional de Saúde (SNS), um órgão burocrático-normativo que separou a medicina em curativa, sob responsabilidade do Ministério da Previdência, e a preventiva, de responsabilidade do Ministério da Saúde, que desde seu desmembramento do Ministério da Educação e Saúde, em 1953, não ganhava protagonismo político na administração pública.

Essas mudanças possibilitaram transformações no cenário da saúde pública Brasileira. Segundo Escorel (1999), os programas de saúde comunitária, propostos pelo Ministério da Saúde, agradavam ao governo, pois apresentavam alternativas “baratas” para os problemas de saúde a partir da medicina social. Felizmente, o contrassenso populista do regime militar proporcionou transformações estruturais e ampliação de debates fundamentais para a saúde pública. Durante o II Plano Nacional de Desenvolvimento (1975-1979), novas possibilidades foram abertas, Escorel (1999) aponta o surgimento de um espaço institucional favorável à estruturação/articulação do movimento sanitário no país.

Foi nesse contexto que surgiu o Conselho Nacional de Recursos Humanos do Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada (CNRH/IPEA), a Financiadora de Estudos e Projetos (FINEP) e o Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde da OPAS (PPREPS/OPAS) que, associados ao Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), provocaram, nas políticas de saúde, mudanças históricas ao qualificarem profissionais e discutirem propostas de descentralização da saúde, municipalização dos serviços e a necessidade de um Plano Nacional de Saúde.

Nesse momento, a conjuntura para um Sistema Único de Saúde começa a ser fundamentada. De acordo com Paim (2011), o movimento da reforma sanitária ganha força em 1970, cresce e estabelece uma aliança progressista com parlamentares, gestores da saúde municipal e movimentos sociais. Segundo Escorel (1999), em suas origens, o SUS é um

documento propositivo que trata da democracia na área da saúde, apresentado pelo Cebes no 1º Simpósio de Política Nacional de Saúde, em 1979, na Câmara dos Deputados.

Em um contexto hostil, conhecido como anos de chumbo durante o governo militar, a sociedade civil se organizava em prol de mudanças sistêmicas. A crise econômica, em 1975, enseja a insatisfação popular com o governo, o modelo privado de atenção à saúde deixa de ser viável, pois em um ambiente de recessão os empregos diminuem.

O país iniciou a década de 1980 em um cenário de crise, a história batizou esse período como “década perdida”, no que diz respeito à economia. Contudo, foi nesse período que a saúde deixou de ser interesse de técnicos e cientistas e ganhou uma dimensão política, vinculada aos movimentos sociais que requeriam democracia e direitos fundamentais à população, como acesso à saúde.

Por meio do Centro Brasileiro de Estudo de Saúde (CEBES), houve a ampliação do debate, assim como na Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO). Além dessas duas instituições organizadas, Bravo et al. (2006) e Scorel (1999) apontam a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada em março de 1986 como o grande marco para a saúde no Brasil. O movimento pela reforma sanitária traça, nesse evento, as primeiras diretrizes do que se tornaria o SUS.

A 8ª CNS entrou para a história do Brasil por propor uma reforma jurídica, teórica e prática na saúde e dar forma ao Sistema Único de Saúde (SUS), um modelo público e democrático. Segundo a ata da 8ª CNS, o encontro reuniu 4000 pessoas, um ano após o fim do regime militar. As discussões ocorreram em torno de 3 eixos: 1 – Saúde como direito; 2 – Reformulação do Sistema Nacional de Saúde e 3 – Financiamento do setor. Os debates se deram no campo teórico, porém com fortes impactos políticos. O cerne da discussão foi a saúde, como um termo a ser ressignificado e ampliado, revendo inclusive a legislação no que diz respeito à promoção, proteção e recuperação.

Quanto à reforma, a ata aponta que a natureza do novo Sistema Nacional de Saúde foi o que mais mobilizou participantes durante a conferência, dentre os pontos debatidos foi acordada uma mudança gradual para o modelo público com participação do setor privado, em caráter de serviço público concedido. A ata da conferência assume não ter discutido a fundo a privatização da indústria farmacêutica, tema sensível mediante o *lobby* já estabelecido no país naquela época.

Outros dois temas foram tratados, a separação da saúde da previdência social e o financiamento da saúde que comporia um novo órgão federal. O financiamento, outro tema nevrálgico para a história do SUS, foi discutido sem conclusões, mas houve acordo de que deveria haver uma separação financeira entre previdência e o novo modelo de saúde proposto, foi cogitada a possibilidade de uma ruptura imediata, porém descartada após debate.

Dentre as temáticas, a saúde como direito conquistado socialmente, a criação de um Sistema Único de Saúde descentralizado e o financiamento multisetorial são ímpares e nos ajudam a compreender o cenário atual que, em parte, se aproxima de suas bases organizacionais, mas distancia-se de sua essência. Após a 8º CNS, as propostas para um sistema único e público de saúde ganharam força política, graças à luta da sociedade civil organizada, movimentos estudantis e cidadãos simpatizantes da causa.

Rompendo com um longo histórico privatista na saúde brasileira, a criação do SUS, na Constituição de 1988, foi uma conquista popular democrática que beneficia, sobretudo, os mais necessitados, por meio da universalidade e da busca pela equidade e integralidade na promoção da saúde. Assim, o SUS foi normatizado com base em conceitos de universalidade, integralidade e equidade, adotando o território como unidade espacial para operacionalização das estratégias e gestão das políticas públicas de saúde.

### 3.1.1 A constitucionalização do SUS

Em meio a intensos debates políticos e forte oposição do setor privado, o movimento organizado da reforma sanitária e seus aliados garantiram as pautas relacionadas à saúde na Assembleia Nacional Constituinte, em 1988. As discussões e propostas estavam em consonância com as melhores políticas internacionais, como o princípio da Promoção da Saúde estabelecido na Declaração de Alma-Ata, em 1978, reiterado na Carta de Ottawa, que estabelece os requisitos necessários para saúde.

A Constituição de 1988 trata, no título VIII, secção II dos artigos 196 a 200, sobre a saúde e versa no 196 que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. É nesse contexto que ocorre o processo de normatização do SUS.

Desde a redação da constituinte, até os dias de hoje, o SUS nunca foi prioridade para os demais poderes, como executivo e legislativo. Segundo Paim (2011), a Constituição Federal de 1988 foi proclamada em um ambiente de instabilidade econômica e de retração dos movimentos sociais, concomitantemente as empresas privadas se aliaram ao primeiro governo eleito após a redemocratização e garantiram subsídios e investimentos para o setor.

No artigo 197, é estabelecida a responsabilidade do Estado em regulamentar, fiscalizar e controlar as ações e serviços de saúde. O artigo 198 define o SUS e estabelece suas diretrizes, das quais valem ressaltar seu caráter social, descentralizado e integral, cuja prioridade é a prevenção, sem que haja prejuízo à assistência, sendo ela livre para atuação da iniciativa privada, conforme estabelece o art. 199. Além disso, o art. 198 trata sobre financiamento e a participação dos entes federativos.

A constituição que ficou conhecida como “Constituição Cidadã”, fruto de uma mobilização social histórica brasileira, não poderia antever o cenário político e econômico,

sobretudo em relação ao financiamento do SUS e ao aparelhamento do setor privado. Mais de 30 anos após a formalização do SUS, o ideário de Promoção da Saúde, que de forma inequívoca atribui ao Estado o seu papel de supridor das garantias básicas para a saúde da sociedade, está muito longe de ser alcançado.

Felizmente, há uma garantia legal do direito à saúde no Brasil, ainda que haja, na realidade, um distanciamento entre a Lei e a práxis, a garantia legal tem resguardado o SUS ao longo das últimas décadas. Ao observarmos as alterações realizadas na Lei 8.080, responsável por normatizar o SUS, fica evidente o interesse do poder executivo e legislativo em modificarem o que foi estabelecido, especialmente em relação ao financiamento e participação de empresas privadas e do capital internacional.

### **3.2 Fundamentos, estratégias e desafios do SUS**

As bases para o SUS foram dadas na Constituição, porém é a lei 8.080, de setembro de 1990, que “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços”. A referida lei aponta, em suas disposições gerais, o dever do Estado na redução do risco. Para Lima (2016), o risco significa entender as ameaças que podem provocar danos à saúde, em decorrência de fatores ou circunstâncias possíveis de serem previstas e, assim, prevenidas, ou seja, em essência o papel do Estado é estabelecer políticas que reduzem o risco de adoecer.

Assentado sob princípios de universalidade, equidade, integralidade, participação popular e descentralização política administrativa é que o SUS tem resistido aos duros ataques. Em 2018, completou 30 anos de existência, fruto de décadas de luta do movimento civil organizado, com ênfase para atuação do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira. Infelizmente, o contexto político e social não favoreceu a ruptura completa com o antigo modelo. Segundo Paim (2018), os projetos Democrático-popular de Esperança e Mudança, constituídos na transição democrática, não foram privilegiados pelas forças políticas que

tiveram a oportunidade de ocupar o governo federal após a promulgação da Constituição Cidadã, em 1988.

Já é possível observar retrocessos nas políticas públicas no Brasil, resultado das mudanças recentes na conjuntura política e econômica, com fortes impactos sociais. Segundo Melo et al. (2018), o PNAB, um documento semelhante a uma portaria, tem teor conceitual, normativo, procedimental e comendativo, que assume o caráter de retórico mediante o nível de flexibilização da PNAB, de 2017. As mudanças recentes, no PNAB, acenderam um sinal de alerta entre os pesquisadores, devido à relativização da cobertura e à consequente perda de importância dos programas de atenção à saúde em detrimento do modelo tradicional medicamentoso e hospitalocêntrico.

O IBGE (2018) apontou aumento de restrições de acesso aos direitos sociais. Constatou que 28,2% da população têm restrições de acesso à educação; 15% a algum tipo de programa de proteção social; 13% não têm condições adequadas de moradia e 37,6% não têm acesso a saneamento básico. Um recorde mais recente alerta para o aumento de pessoas em situação de extrema pobreza, isto é, com rendimento per capita de até R\$ 85,00 mensais. Segundo o IBGE (2018), “em 2016 havia 6,6% da população abaixo desta linha, valor que chegou a 7,4% em 2017 (mais de 15 milhões de pessoas)”. Se consideradas as pessoas que vivem com até R\$ 468,5 por mês, isso é  $\frac{1}{2}$  do salário, o percentual chega a 17,7 ou 36.639,71 de pessoas que estão na linha da pobreza no Brasil.

Felizmente, as bases que constituíram o atual sistema de saúde brasileiro são sólidas. Paim (2018) cita a luta do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e os centros de pesquisa e Universidades que subsidiam teoria e prática para se pensar a saúde no país.

O ideal está distante do real, sobretudo em relação ao seu financiamento, porém o subfinanciamento levou a um paradoxo, a lógica biomédica é onerosa em relação à estrutura física e de pessoal. Assim sendo, as propostas de saúde comunitária surgem como alternativa viável economicamente; todavia, difíceis de serem implantadas e geridas, pois exigem planejamento público.

O financiamento do SUS é um problema crônico, Paim (2011) aponta o contexto histórico desfavorável para o cumprimento dos princípios do SUS, devido à política econômica neoliberal adotada pelo governo de Fernando Collor de Mello e Itamar Franco. A influência do capital privado, na saúde brasileira, é histórica e certamente decisória no processo político. A esse respeito, Machado et al. (2017) apontam que menos de um ano após a promulgação da Lei Orgânica 8.080, foi aprovada a Lei 8.142, que recupera os aspectos do financiamento, dando margens para a atuação dos prestadores privados, sem que haja definições favoráveis aos princípios do SUS; pelo contrário, favoreceu a prestação de serviços aos municípios por meio de convênios.

Complementar à brecha aberta para prestação de serviços privados, foi sancionada, em 2015, a Lei 13.097, modificando o artigo 23 da Lei 8.080, a qual, outrora, vedava a participação direta ou indireta de capital estrangeiro na assistência à saúde. O texto passou a vigorar da seguinte forma: “É permitida a participação direta ou indireta, inclusive controle, de empresas ou de capital estrangeiro na assistência à saúde”. Certamente, esse foi mais um duro golpe nas bases do SUS. Para Paim (2018), o golpe do capital, chancelado pelo Judiciário, em 2014, rompeu o pacto social estabelecido no final do regime, atacando a democracia e suprimindo um conjunto de direitos civis, sociais e políticos.

As desigualdades no SUS, quanto a sua universalidade e integralidade, certamente são imbróglios que não se resolvem na esfera técnica, essas questões são essencialmente políticas.

Segundo Paim (2011), impasses como financiamento e articulação público-privadas só podem ser resolvidos com uma profunda reestruturação do financiamento e uma revisão dessa relação.

O subfinanciamento do SUS é realizado em detrimento do favorecimento do Estado em relação à iniciativa privada, por meio de incentivos, subsídios, desonerações e sub-regulação, conforme Paim (2018). Tendo em vista que a verba destinada à iniciativa privada representa cerca de 50% do total direcionado ao SUS, como apontado por Marques et al. (2016), é possível concluir o claro favorecimento do setor.

Em termos numéricos, Santos (2018) faz uma síntese histórica do subfinanciamento do SUS e aponta o panorama geral da seguinte forma:

Desconsiderando a indicação constitucional do mínimo de 30% do Orçamento da Seguridade Social - OSS na base de cálculo e, desde 1993, a subtração do Fundo da Previdência Social. O financiamento federal permaneceu desde então entre 1/3 e 1/2 do que foi inicialmente determinado na Constituição. O gasto federal com o SUS é mantido por volta de 1,7% do PIB que, juntado ao dos Municípios e Estados, totaliza entre 3,6 e 3,9% do PIB, muito aquém dos 7% a 8% aplicados pelos bons sistemas públicos de saúde no mundo. (SANTOS, 2018, p.1731)

Em linhas gerais, Paim (2011, 2018), Machado et al. (2017) e Santos (2018) concordam que o financiamento é a principal dificuldade da saúde pública brasileira, um problema histórico essencialmente político. Há um distanciamento geográfico, populacional e orçamentário entre os níveis da federação, sobretudo em relação aos municípios, o mais cobrado pelos resultados na saúde é o mais dependente dos repasses dos entes superiores da federação, principalmente da União.

Dentro do pacto federativo, quem sente e ouve o povo é o município. Se considerarmos a hierarquização do SUS, as necessidades reais são manifestas a nível local, no lugar e no território em que as pessoas vivem, ou seja, o que afeta, de fato, as questões relacionadas à saúde se manifestam no cotidiano das pessoas, onde moram, o que comem, onde trabalham, de que forma se locomovem, como é o saneamento básico, qualidade da água que bebem. Pensando assim, em busca de Promoção da Saúde, é que sugiram planos, programas e



estratégias na saúde pública brasileira, o primeiro foi o Programa Saúde da Família (PSF), de 1994, atualmente conhecido como Estratégia Saúde da Família (ESF).

### **3.2.1 Universalidade, integralidade e equidade**

Universalidade, integralidade e equidade, esses substantivos, que expressam a ideia de estado ou situação, são princípios norteadores do SUS. Para a completude do modelo de saúde brasileiro é necessário universalidade, isto é, direito de acesso às ações e serviços de saúde para todo sujeito que se encontre em território nacional. Integralidade, segundo Paim e Silva (2010), a partir do entrosamento de políticas, programas, práticas e cuidados. E a equidade, para Granja et al. (2011), é tratar desigualmente os desiguais, ou seja, tratar o usuário dos serviços de saúde segundo suas necessidades, priorizando os mais necessitados com base em critérios econômicos, sociais, culturais, raciais, garantindo acesso igualitário e sem discriminação.

Dentre os três princípios, a universalidade do acesso é o mais tangível até o momento, antes do SUS só tinha esse direito quem pagava por meio da previdência social, com contribuição trabalhista ou atendimento privado. A partir das transformações que ocorreram nos sistema de saúde brasileiro, a universalidade se tornou um princípio e ganhou conotações mais abrangentes.

A universalidade, assim como a equidade, se relaciona ao princípio de igualdade. Consoante a Paim (2010), a equidade aparece em documentos e normativas, pós Constituição de 1988, como sinônimo de igualdade; por sua vez, se relaciona à ideia de justiça. Para Andrade e Andrade (2010), só é justa a sociedade cuja oportunidade, riquezas e respeito forem distribuídos igualmente ou desigualmente quando for para balancear as distorções entre os que têm mais em detrimento dos que menos têm.

Não é possível afirmar que o direito à saúde seja universal no Brasil, pois nem todos possuem as mesmas condições, acesso, qualidade, equipamentos, recursos financeiros,

condições de moradia, condições ambientais, educação; enfim, os pré-requisitos básicos para acesso e promoção da saúde são desiguais. Nessa perspectiva, Andrade e Andrade (2010) afirmam que, embora o ordenamento jurídico brasileiro verse sobre o direito de todo brasileiro a um sistema de saúde unificado e universal sob tutela do Estado, isso não se converte em realidade.

As políticas públicas que visam garantir os princípios basilares surgem tardiamente e travam um embate paradoxal contra o que está posto. Segundo Pontes et al. (2009), o SUS, integral, universal e equânime, se concretizou a partir das transformações ocorridas na assistência à saúde, via Saúde da Família, de 1994, que enfatizava a universalidade a partir da Atenção Básica.

Foi por meio da saúde da família que o conceito território ganhou novas dimensões, utilizado em normativas do SUS, desde o início. Para abordar a descentralização dos serviços, o território passa a compor, via PSF e ESF, o modelo de organização da rede de serviços e das práticas locais de saúde no SUS, afirmam Tetemann, Trugilho e Sogame (2016). Ainda segundo esses autores, o território é erroneamente interpretado e utilizado de forma simplista, reduzido a uma área administrativa, sem considerar sua complexidade como base material e imaterial em que se constata as condições de vida das pessoas.

Segundo Gomdin et al. (2008), por meio de mapeamentos de indicadores socioeconômicos, sanitários e ambientais, o território auxiliou na compreensão do conceito de risco, associando-o às condições de vida das pessoas. A territorialização baliza as práticas locais de saúde dos profissionais que atuam na Saúde da Família, e possui o objetivo de conhecer as condições de vida da população, ampliando o acesso da população aos serviços de saúde e colabora para o planejamento público, à medida que fornece informações sobre as pessoas e os lugares onde vivem.

Integralidade é o segundo princípio do SUS, mesmo que não tenha sido expresso dessa forma no art. 198, da Constituição de 1988, que diz: “atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais”. Segundo Mattos (2009), o sentido de integralidade, assim como os demais princípios, é fruto de oposição e crítica radical às práticas, instituições e à organização do sistema de saúde.

A judicialização da saúde como direito fundamental foi essencial para garantir o que temos hoje no Brasil. Passível de críticas, inevitavelmente contraditória à medida que se torna objeto político, em um Estado democrático capitalista em desenvolvimento, no qual forças disputam o poder e a hegemonia em um cabo de guerra feito de uma sociedade desigual. Nessa perspectiva, a integralidade surge como meio de concretizar o direito à saúde. Para Pinheiro (2007), as contradições estão presentes nas políticas econômicas e sociais adotadas nas últimas décadas, as quais concentraram riqueza e fragilizaram a rede de proteção social, aumentando a demanda por ações e serviços de saúde.

Mediante a importância da integralidade como um princípio social, sua hermenêutica ganha significados complementares no campo da saúde. O direito a ela é característica de uma boa atuação profissional, como modo de organizar e operacionalizar as práticas e pensar políticas públicas. Segundo Souza et al. (2012), a integralidade, como princípio do SUS, tem por objetivo garantir assistência à saúde em todos os níveis, transcendendo as práticas curativas, considerando o contexto social, familiar e cultural no qual o sujeito está inserido. No cotidiano, a integralidade é “uma ação social que resulta da interação democrática entre os atores no cotidiano de suas práticas, na oferta do cuidado de saúde, nos diferentes níveis de atenção do sistema” (PINHEIRO, 2007, p. 553).

A integralidade, conforme Mattos (2009), surgiu nos Estados Unidos em um movimento institucionalmente organizado, conhecido como medicina integral. Esse movimento contrapunha-se a um modelo que ressaltava exclusivamente a dimensão biológica cada vez mais

fragmentada em especialidades, propunha que os médicos e sua formação fossem capazes de apreender as necessidades dos pacientes, considerando sua dimensão psicológica e social.

A medicina integral foi vinculada à boa prática médica, mas a integralidade ganhou outras dimensões com o tempo e não se restringiu à atuação do médico, diz respeito, também, a todos os profissionais (enfermeiros, psicólogos, fisioterapeutas, dentistas e agentes de saúde) que compõem o sistema de saúde. Dessa forma, na prática profissional, a integralidade é a humanização do paciente, sendo necessária a escuta e sensibilidade para discernir as necessidades, sejam elas sociais, biológicas ou econômicas. Segundo Silva e Ramos (2010), os profissionais da saúde percebem integralidade como atenção integrada, com ideia de totalidade, e reconhecem que nem sempre executam tal tipo de atenção.

A integralidade é tida como um princípio e ganhou uma definição legal e institucional, na Lei 8.080 de 1990, a qual, em seu Art. 7º, diz que a integralidade de assistência é “entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” (BRASIL, 1990. p. s/p). Assim, a integralidade, segundo Pinheiro (2007), se concretiza como um direito à saúde e uma questão de cidadania. Para a autora, é necessário combinar força técnica, política e administrativa existentes na realidade local, considerando três dimensões: organização dos serviços, conhecimento e prática de trabalho e políticas governamentais com participação social.

Na década de 1970, quando o antigo Sistema Nacional de Saúde foi criado, consolidou-se a antiga divisão entre a saúde pública, a cargo do Ministério da Saúde, e a assistência médica sob alçada do Ministério da Previdência da Saúde. Segundo Mattos (2009), a consolidação dessa prática deixou evidente a prioridade da assistência médica em detrimento da saúde pública, com grande ênfase em um modelo hospitalocêntrico, e tal modo de organização dos

serviços de saúde ainda é o predominante. Desse modo, a integralidade surge como crítica a esse modelo e com propostas de articulação entre assistência, prevenção e promoção da saúde.

Com a consolidação do SUS, os programas/políticas passaram a incorporar o princípio de integralidade, ganhando novos horizontes e significados. Além de atitude profissional desejável e ensinada nos cursos de formação, é um modo de organizar e operacionalizar o processo de trabalho na saúde. Nas palavras de 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 (MATTOS, 2009, p. 61).

A integralidade é um desafio para a saúde, sobretudo em relação à incorporação desses princípios na gestão e operacionalização. Segundo Hartz e Contandriopoulos (2004), a fragmentação nos modelos é um problema a ser sanado na AB, é necessário, segundo os autores, um sistema integrado de saúde, organizado com base em uma rede de cuidado com múltiplas dimensões de integração entre os diferentes subsistemas relacionados à clínica e à governança, considerando as representações e valores coletivos. Portanto, a integralidade remete também à integração dos serviços por meio de redes assistenciais, reconhecendo que nenhum dos atores e organizações envolvidos no sistema de saúde dispõem de todos os recursos e competências necessários para solucionar os problemas da população.

A opção de fragmentar a atenção por especialidades é um contrassenso em relação ao modelo de atenção integral. Para Campos (2003), em locais com recurso disponível, o cardiologista atua no programa de controle de hipertensão; o dermatologista no controle de hanseníase; o pneumologista no controle da tuberculose, reproduz a lógica hospitalar caracterizada por longas filas de espera, atendimentos impessoais, marcados pelo distanciamento entre os pacientes e médicos. O autor ressalta que a crítica a esse modelo não é em detrimento da prevenção pertinente a AB, a qual, tendenciosamente, a fim de reduzir custo,

a utiliza como única alternativa frente à pouca capacidade de alguns municípios, tendo em vista que serviços hospitalares especializados representam custo crescente para o sistema.

Assim, o que se defende é uma integração total entre os profissionais e os setores que atuam no campo da saúde, integração das informações e os diferentes níveis de complexidade em busca de um modelo que humanize os pacientes e compreenda os diferentes contextos da vida. Para atingir esse objetivo complexo e que requer profundas transformações no sistema de saúde, são necessárias, de acordo com Campos (2003), ações de promoção da saúde, prevenção dos fatores de risco e assistência aos danos e reabilitação.

Atualmente, a Estratégia Saúde da Família, como política de reestruturação e reorientação do modelo de atenção, busca melhorar a situação de saúde dos brasileiros. Distanciando de um modelo de assistência biomédica e voltando-se para atenção básica centrada no usuário, com equipes multiprofissionais que extrapolam os muros da unidade de saúde e se relacionam com a comunidade local. Por vias da compreensão do território e territorialidade de uma determinada população, são possíveis ações de promoção, prevenção e assistência à saúde de forma hierarquizada e regionalizada, ofertando o encaminhamento correto para cada demanda. Se a ESF, como política de Estado, for implantada em sua completude, estaremos mais próximos de uma atenção integral.

A integralidade, em sentido amplo, está distante de ser uma condição natural do sistema brasileiro de saúde, porém é algo a ser construído e vem sendo a medida adota para o avanço das políticas públicas. Segundo Viegas e Penna (2013), a integralidade está sendo construída no trabalho cotidiano da equipe Saúde da Família. Em seu trabalho, demonstra que os profissionais da SF reconhecem que o trabalho em equipe é fundamental para uma assistência integral, sendo fundamental o empenho da equipe multiprofissional da ESF, articulando o saber e o fazer por meio do vínculo entre a população adscrita, a unidade de saúde e os profissionais

que devem conhecer as famílias e realizar diagnósticos situacionais para encaminhar o cidadão a outro nível de atendimento ou a ações intersetoriais.

Entretanto, Viegas e Penna (2013) apresentam contradições presentes na atuação profissional, parte fundamental para o sucesso de um modelo de atenção integral. De acordo com esses autores, os profissionais entendem o que é atenção integral e incorporam em seu discurso, mas relatam que é desafiante atender os usuários com alteridade e empatia. Dessa forma, as atividades se voltam para medidas curativas e encaminhamento hospitalar como no modelo tradicional.

Para alcançarmos a integralidade na saúde, Campos (2003) defende que a mudança deve ocorrer em dois níveis, institucional, na organização dos serviços de saúde, e profissional, por meio de atuações que desenvolvam vigilância epidemiológica, sanitária e programas de saúde pública que priorizem os problemas coletivos. Segundo Souza et al. (2012), a falta de recursos, estrutura, gestão política, maiores investimentos, formação profissional e educação em saúde estão entre os aspectos que interferem na garantia de um modelo de atenção integral, além da mudança do sistema de financiamento que induz à reorganização da forma de atenção, outrora baseada na produção de consultas e internações. Atualmente, os recursos são destinados com base no perfil populacional, indicadores sanitários, epidemiológicos, metas de cobertura e desempenho, aproximando os municípios de uma atenção integral.

Em síntese, para Giovanella et al. (2002), um sistema integral deve priorizar ações de promoção e prevenção, garantir atenção nos três níveis de complexidade da assistência médica, articular ações de promoção, prevenção e recuperação com base em uma abordagem integral do sujeito e da família. Para alcançar esse modelo integral, é necessária intervenção na definição de prioridades no campo político, organização do sistema de atenção, gestão do sistema e cuidado individual.

Um modelo universal e integral é capaz de reduzir as iniquidades. Em harmonia a Carrapato, Correia e Garcia (2017), as pesquisas sobre as iniquidades em saúde têm constatado que as desigualdades em saúde são sistemáticas e, portanto, evitáveis. Para esses pesquisadores, os fatores econômicos, sociais e ambientais representam mais da metade dos fatores que influenciam a saúde dos indivíduos. Por isso, compreender o local onde nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem é fundamental na elaboração de estratégias de intervenção adequadas em saúde. Segundo Paim (2010), a universalidade e a equidade podem ser consideradas um contraponto para as desigualdades, associadas à ideia de justiça.

A mencionado equidade não pode ser tratada como sinônimo de igualdade, pois igualdade pressupõe oportunidades iguais a todos, porém nem todos possuem as mesmas oportunidades; assim, equidade está relacionada à noção de justiça e admite que os recursos sejam distribuídos desigualmente para favorecer quem tem menos. Uma sociedade justa permite que todos possuam as mesmas condições para aproveitarem as oportunidades.

Para o filósofo John Rawls, a justiça como equidade, na perspectiva liberal, é uma concepção política e possível em uma democracia constitucional moderna, na qual cada pessoa tem direito e liberdades básicas iguais em uma estrutura similar para todos, sendo que a justiça, como equidade, só pode ser realizada em uma sociedade bem ordenada, em um sistema de cooperação entre pessoas livres e iguais, que aceitam uma concepção política de justiça para regular a estrutura básica da sociedade (RAWLS, 1992).

No contexto brasileiro, não é possível dizer que todos possuem as mesmas condições de saúde, ou melhor, que as condições sejam justas. Nem todos possuem a mesma condição de saneamento, moradia, segurança, educação, nem mesmo a estrutura necessária para o correto acolhimento dentro do sistema. Ainda que o SUS seja um catalizador na redução da iniquidade, não é capaz de garantir equidade, uma sociedade mais justa só será possível com uma profunda transformação política que garanta uma cidadania plena. Na concepção de Rawls (1992), é



necessário um consenso entre as ideias básicas de uma sociedade quanto ao necessário para a autonomia individual em um sistema de cooperação entre pessoas livres e iguais, que aceitam publicamente uma concepção política de justiça capaz de regular a estrutura básica da sociedade.

Segundo Viana, Fausto e Lima (2003), o tema equidade passou a receber mais atenção, na década de 1980, por meio do movimento “Saúde para todos até o ano 2000”, formulado pela OMS, teve como marco inicial a Primeira Conferência Sobre Cuidados Primários de Saúde em Alma-Ata (1977). Assim como integralidade, equidade não aparece na seção II, que trata a saúde na Constituição de 1988, nem na Lei 8.080, que regulamenta o SUS, na qual é tratado como princípio de igualdade. No entanto, segundo Granja et al. (2011), o termo equidade aparece na Norma Operacional Básica de 1996 (NOB-96) e no capítulo da Seguridade Social da Constituição Brasileira, de 1988, relacionando-se ao financiamento e à distribuição de recursos na Saúde. Devido ao amadurecimento do conceito e ampla utilização em textos acadêmicos, e documentos sobre justiça e saúde, o termo passou a ser empregado em normas jurídicas e aceito como um dos princípios que regem o SUS.

Segundo Viana, Fausto e Lima (2003), a inclusão da equidade ocorreu em dois momentos diferentes. Primeiro, na formulação de políticas e programas que garantiam acesso universal aos serviços de saúde; posteriormente, em uma fase de execução, passou a ser um princípio norteador de políticas quanto ao acesso e utilização do sistema e alocação dos recursos financeiros. Segundo Granja et al. (2011), na agenda atual do setor de saúde, a equidade está condicionada a objetivos de eficiência, submetidos à disponibilidade financeira, com políticas de focalização e privatização.

Os princípios de universalidade e equidade estão próximos, pois estão associados à justiça social. Sanchez e Ciconelli (2012) afirmam que o acesso universal não transformou a equidade em saúde; na realidade, os determinantes de saúde estão fora do escopo do sistema de

saúde, sendo necessárias políticas intersetoriais e transversais para atuar nos Determinantes Sociais da Saúde (DSS) que condicionam o nível de equidade de uma sociedade. Segundo Buss e Pellegrini Filho (2007), esses determinantes são decorrentes de processos econômicos e de decisões políticas. A iniquidade pode ser observada na distribuição desigual de renda, saneamento, habitação, transporte, acesso à água, educação, serviço de saúde integral, além de aspectos psicossociais e ambientais. Nas palavras de Buss e Pellegrini Filho (2007):

Países com frágeis laços de coesão social, ocasionados pelas iniquidades de renda, são os que menos investem em capital humano e em redes de apoio social, fundamentais para a promoção e proteção da saúde individual e coletiva. (...) não são as sociedades mais ricas as que possuem melhores níveis de saúde, mas as que são mais igualitárias e com alta coesão social. (BUSS E PELLEGRINI FILHO, 2007, p. 82)

Boa parte das pesquisas converge para uma reflexão comum. Sanchez e Ciconelli (2012) mencionam que a equidade em saúde precisa extrapolar o sistema de saúde, são necessárias ações governamentais de caráter intersetorial, abrangendo políticas sociais e econômicas que viabilizem melhor distribuição de renda, fortaleça a cidadania e melhore as condições que determinam a saúde. Segundo Buss e Pellegrini Filho (2007), as pesquisas sobre iniquidade têm sido desenvolvidas de forma a compreender as desigualdades presentes entre diferentes grupos populacionais, e são sistemáticas, podendo ser evitadas.

O SUS certamente tem um difícil e longo caminho a percorrer, é e pode continuar sendo uma ferramenta na redução das injustiças à medida que mapeia e entende quais são as iniquidades presentes em um determinado grupo populacional. Todavia, a verdadeira transformação depende de políticas multisetoriais que priorizem a promoção da saúde por meio de políticas sociais, econômicas e ambientais capazes de reduzir as iniquidades, que garantam cidadania plena, com melhor distribuição de renda, melhor qualidade de educação e habitação. Isso só é possível com uma profunda transformação social, a partir da construção de um ideal de justiça que promova um consenso em torno de valores básicos para uma sociedade mais

justa. Essa mudança pode começar pelo sistema de saúde, mas o SUS só será equânime, universal e integral quando esses objetivos estiverem presentes em uma agenda de transformação social e política.

### **3.2.2 Prevenção e promoção da saúde, vigilância e território**

Promoção da saúde, ao modo de Czeresnia (2009), é um conceito tradicional que relaciona saúde às condições de vida, foi definido por Lavell e Clarck, em 1976, como um elemento do nível primário de atenção em medicina preventiva. O conceito de promoção da saúde ganha notoriedade e novos significados em países como Canadá, EUA e na Europa Ocidental, graças aos debates sobre Determinantes Sociais da Saúde (DSS). São concepções modernas de saúde, não centradas na doença, mas sim nas condições de saúde das pessoas; em outras palavras, preocupa-se com os fatores que influenciam a condição de saúde para além do indivíduo. A evolução conceitual e prática do movimento de promoção da saúde, segundo Buss e Pellegrini Filho (2007), enfatizou a maior atuação sobre os DSS, importante apoio na intervenção e implantação de políticas de saúde.

Segundo Heidmann et al. (2006), dois acontecimentos importantes contribuíram para a nova concepção de promoção da saúde, o primeiro diz respeito à incursão de especialistas ocidentais à recém aberta China Nacionalista, em 1973. Ao adentrarem o país, observaram que o povo chinês havia desenvolvido cuidados de saúde não convencionais, voltados para atenção primária, de forma eficiente. O segundo, o Informe Lalonde, considerado por vários autores o marco inicial da promoção da saúde moderna. Pelo olhar de Gondim (2011), foi o Informe Lalonde, elaborado pelo Ministério da Saúde do Canadá, em 1974, que sintetizou um conjunto de ideias que aponta para intervenções em saúde, capazes de influenciar comportamentos e hábitos saudáveis coletivamente.

No entanto, a abordagem do Informe Lalonde provocou intensos debates, pois tinha enfoque comportamental, voltado para a mudança no estilo de vida, com ênfase em ações

individuais, aponta Heidmann et al. (2006). Esse conceito evoluiu e ganhou espaço nas políticas públicas a nível mundial, em 1978, via Conferência de Alma Ata, que adotou a meta ambiciosa de saúde para todos até o ano 2000. Segundo Rabelo (2010):

[...] torna-se um marco, pois estabelece a proposta da 'atenção primária à saúde'. Essa declaração amplia a visão do cuidado à saúde: sai da visão hierárquica do conhecimento especializado (do médico, principalmente, e de todos os outros profissionais da equipe de saúde) e incentiva o envolvimento da população (como paciente, individualizado, e como população). Supera o campo da atenção convencional dos serviços de saúde, valorizando a atenção primária como componente central do desenvolvimento humano. Dessa forma, ressalta os fatores necessários para propiciar a qualidade de vida e o direito ao bem-estar social. (RABELO, 2010, p. 25).

Ensejado pelo Informe Lalonde (1974), a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, em Alma-Ata (1978), apresenta a saúde como um direito humano e universal, enfatizando a Atenção Primária à Saúde (APS). Esse novo modelo ganha notoriedade, contrapondo-se ao curativo. Em 1986, foi ampliado, na Carta de Ottawa, o conceito positivo de saúde, com ênfase na sociedade e no ambiente, com propostas de intervenção e responsabilização do Estado como agente promotor da saúde, segundo Heidmann et al. (2006).

A Carta de Ottawa estabeleceu parâmetros necessários para a construção de políticas públicas para a Promoção da Saúde, sendo responsabilidade dos Estados a capacitação das comunidades e do indivíduo para atingir o bem-estar físico, mental e social. Hoje, diríamos que o objetivo é empoderar o indivíduo e as comunidades para que sejam capazes de alcançar uma vida saudável, respaldados por ambientes saudáveis via políticas públicas que visam a melhoria da qualidade de vida nas cidades (CARTA DE OTTAWA, 1986).

Ottawa, em 1986, foi o impulso decisivo para consolidação da Promoção da Saúde como temos hoje, a carta define promoção da saúde como um processo de empoderamento dos indivíduos e comunidades para controlarem sua saúde, sendo esse um conceito positivo, evidenciando os recursos sociais e pessoais para atingir bem-estar físico, mental e social. Nesse

sentido, os indivíduos devem estar aptos e serem capazes de realizar suas aspirações mediante a garantia de nove pré-requisitos, são eles: paz, abrigo, educação, alimentação, recursos econômicos, ecossistema saudável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade (OTTAWA, 1986).

Segundo Ayres (2009), esse momento dá início à Nova Promoção da Saúde e várias outras conferências sobre essa temática sucederam a de Ottawa; Adelaide, 1988; Sundsvall, 1991; Jacarta, 1997; México, 2000 e Bangkok, 2006. Todas reafirmaram os pré-requisitos necessários para a promoção da saúde e a responsabilidade do Estado mediante garantia dos requisitos mínimos para uma comunidade saudável.

Em 2015, foi realizada em Curitiba a 22ª edição da Conferência Internacional de Promoção da Saúde. No Brasil, o movimento moderno da promoção da saúde encontrou espaço e força na reforma sanitária brasileira e em parte das transformações políticas ocorridas na década de 1980. Os princípios da promoção da saúde estão incorporados nos fundamentos constitucionais do SUS, nas normas e políticas posteriores que os operacionalizaram. A influência da nova promoção da saúde, no Brasil, foi fundamental na consolidação do SUS, tornou-se referência como conquista social democrática e direito humano, porém experimental, em sua operacionalização, uma esquizofrenia própria do modelo de organização do Estado brasileiro. Segundo Rabelo (2010), diferente de países desenvolvidos que também aderiram à promoção da saúde como norte para suas políticas públicas pós Alma Ata, o Brasil não associou tal política a um projeto de Estado voltado para o bem-estar social.

Pelo contrário, as décadas seguintes foram marcadas por baixo financiamento da saúde pública e um intenso conflito entre modelos de atenção, ainda que as experiências de atenção primária, orientadas à comunidade mais interiorizadas no território, tenham se provado mais eficientes que o modelo biomédico hospitalocêntrico das capitais e de grandes centros urbanos. Não é possível promover saúde sem o devido interesse do Estado e a intersetorialidade

necessária para integrar renda, moradia, qualidade ambiental e sobretudo educação a um modelo eficaz de promoção. Fruto desse conflito é a confusão entre promoção da saúde e prevenção, ao mesmo tempo que as práticas de prevenção, com ênfase nos indivíduos, se tornam referência na política pública de saúde, pois restringem a condição de saúde da população ao adoecimento e suas causas epidemiológicas. Há um claro distanciamento entre o necessário para se promover saúde e o que o Estado brasileiro efetivamente faz.

A esse respeito, Rabelo (2010) destaca, no âmbito das intervenções de saúde, a necessidade de ampliação e renovação do modelo de atenção, cuidado, prevenção/reabilitação. A autora enfatiza que a abordagem não deve permanecer centrada no indivíduo, como é hoje, pela qual o foco está na prevenção de doenças, reforçando o modelo biomédico medicamentoso individual, como política setorial voltada para as classes mais pobres. Segundo Heidmann et al. (2006), considerando os avanços advindos de todo movimento de promoção da saúde, tal concepção permanece simplificada, prioriza-se mudanças individuais no estilo de vida e confunde-se prevenção de doenças com promoção da saúde.

O surgimento e as transformações no conceito de promoção da saúde, em sua concepção, estiveram vinculados aos níveis de prevenção propostos por Leavell e Clark, segundo aponta Ayres (2009). O autor explica que a prevenção primária se dividia em dois níveis, o da promoção da saúde e a proteção específica. As ações primárias estavam relacionadas aos determinantes e agravos do adoecimento, de modo a impedir o processo patogênico, em indivíduos e populações, antes de seu início. Posteriormente, a promoção da saúde deixou de ser uma fase das ações de prevenção e passou a ser uma proposta política que atravessa todos os níveis de prevenção. Contudo, a diferenciação de prevenção e promoção da saúde ainda é facilmente confundida nas políticas de saúde pública no Brasil.

O conceito de saúde é tão amplo quanto o conceito de vida. Ao olhar de Czeresnia e Freitas (2009), “a saúde não é objeto que se possa delimitar; não se traduz em conceito

científico”. Até meados do século XX, a saúde vinha sendo definida como ausência de doença, estudos modernos sobre a temática, mesmo sem defini-la, são enfáticos em distinguir saúde e doença. Segundo Lima (2016), doença é um fenômeno biológico, restrito ao corpo humano. Já para Barcellos et al. (2000), a “doença é uma manifestação do indivíduo” e, segundo Monken e Barcellos (2007), a prevenção da doença é uma atividade biomédica. Dessa forma, a doença foi e é associada à prevenção, restrita à condição do indivíduo.

Ações preventivas, segundo Czeresnia e de Freitas (2009), são intervenções orientadas ao surgimento de doenças. Para eles, a organização institucional e o discurso científico das práticas em saúde circunscrevem-se a partir da concepção da doença e não de saúde. A mudança de paradigma é necessária para saber que a saúde é produto de múltiplos fatores, da genética humana, passando pelas condições econômicas e sociais da vida cotidiana que influenciam o estilo de vida individual e coletivo. Promover é diferente de prevenir, segundo Heidmann et al. (2006), há uma confusão entre os conceitos de promoção e prevenção, e predomina o enfoque comportamental de mudança no estilo de vida.

‘Promover’ tem o significado de dar impulso a; fomentar; originar; gerar (Ferreira, 1986). Promoção da saúde define-se, tradicionalmente, de maneira bem mais ampla que prevenção, pois refere-se a medidas que “não se dirigem a uma determinada doença ou desordem, mas servem para aumentar a saúde e o bem-estar gerais” (Leavell & Clark, 1976: 19). As estratégias de promoção enfatizam a transformação das condições de vida e de trabalho que conformam a estrutura subjacente aos problemas de saúde, demandando uma abordagem intersetorial (Terris, 1990). (CZERESNIA; FREITAS, p. 2009).

A prevenção de agravos faz parte da promoção da saúde, mas o paradigma vigente trata os termos e as ações como sinônimas. É certo que não é possível negar a vinculação entre saúde e doença; no entanto, faz-se importante diferenciá-las. Pelo olhar de Czeresnia e de Freitas (2009), a diferença entre prevenção e promoção é radical e ao mesmo tempo pequena. Para os autores, não há alternativa para atenção à saúde que não busque operacionalizar o conceito de saúde e doença. Deve ser empregado o conhecimento técnico científico da prevenção na

promoção da saúde, sem provocar uma desconexão entre as duas concepções, ambas dotadas de saber científico e complementares na construção de políticas saudáveis.

A confusão entre prevenção e promoção, segundo Monken e Barcellos (2007), pode estar nas diferentes concepções das teorias sobre causas das doenças e no conceito de saúde derivado delas. Os autores esclarecem que a promoção da saúde está vinculada a aspectos globais da comunidade, mais expressivo fora da prática biomédica, enquanto a prevenção das doenças é uma atividade eminentemente biomédica. Cada qual com seu enfoque, a prevenção se baseia no risco e probabilidade de se tornar doente, com intervenções direcionadas a indivíduos ou grupo de risco. E a promoção da saúde baseia-se nos fatores que tornam um grupo mais vulnerável, com enfoque mais político e técnico em torno do contexto de vida e como isso afeta a saúde como um todo. Segundo Rabello (2010):

Prevenção baseia-se na concepção de risco ou de probabilidade de se tornar doente. Desse modo, ocupa-se de estudos clínicos e intervenções que visam a grupos restritos, sejam eles quais forem, sendo componentes desse paradigma. [...] Enquanto a 'promoção da saúde' refere-se a aspectos globais comunitários, com maior expressividade fora da prática médica, (...) relaciona-se mais fortemente aos múltiplos aspectos de modos de vida, porque estes definem melhor as condutas coletivas ou individuais que geram fatores protetores para uma vida saudável, transcendendo mudanças de hábitos individuais. (RABELLO, 2010, p. 32 e 33).

A ideia de promoção, de acordo com Czeresnia e de Freitas (2009), envolve o fortalecimento das capacidades individuais e coletivas para enfrentar os condicionantes da saúde, diz respeito à construção da capacidade de escolha por meio da utilização do conhecimento que possibilita discernir os diferentes contextos que interferem na condição de saúde. Dessa forma, a promoção da saúde passa pela educação, emancipatória e crítica, que possibilita à população discernir e entender as necessidades e os problemas do seu contexto de vida.

O mais próximo de um projeto de conscientização a envolver o direito à saúde são os ACS, cujas atribuições condizem com o dever de orientar a comunidade em sua necessidade de



saúde. Não existe proposta governamental com ações dirigidas para conscientizar os cidadãos de seus direitos em relação a ela, afirma Rabello (2010).

A autora realiza críticas contundentes ao dizer que o uso manipulado da informação, por parte dos governantes, de tutela neoliberal, almeja interesses de custos reduzidos, sem investir em educação, saúde ou melhoria das condições de vida, sendo esse um meio para manutenção do modelo preventivo e lucrativo politicamente, pois serve ao marketing político e econômico para as empresas do setor de saúde. A lógica permanece centrada no indivíduo e na forma biomédica de intervir no processo saúde-doença, manipulando a população com ações voltadas para regulação da vida social e criação de critérios para a vida saudável em detrimento da correta promoção da saúde, que só existirá mediante empoderamento da população e expansão de uma consciência crítica.

As práticas de promoção de saúde devem deslocar-se do conceito de risco, com enfoque individual e probabilístico, para o conceito de vulnerabilidade, o qual pode ser entendido, nas palavras de Lima (2016), como capacidade de um grupo social enfrentar (ou não) o risco, a depender dos determinantes sociais da saúde. Segundo Gondim (2011), a promoção da saúde possibilita compreender o papel de seus determinantes sociais, deslocando o olhar do modo tradicional de levar a vida, de uma perspectiva fragmentada e individualizante, para um modelo de construção social e coletiva. Para que isso aconteça, é necessário reduzir as desigualdades na sociedade brasileira a começar pelos grupos mais vulneráveis.

No final do século XX, diante da epidemia de AIDS, pela perspectiva de Ayres (2009), ao recorrerem às práticas de prevenção vinculadas ao conceito probabilístico de risco, foram identificados grupos mais afetados, acirrando preconceito e discriminação em relação aos grupos populacionais identificados como de risco. Surge, então, o conceito de comportamento de risco, que deslocou o risco da ideia de um grupo populacional para o comportamento individual, havendo a limitação desse conceito para a culpabilização individual.

No final da década de 1990, surgiu, na Escola de Saúde Pública da Universidade de Harvard, a proposta de vincular as políticas de intervenção ao conceito de Vulnerabilidade. Perfeitamente alinhado aos sentidos da promoção da saúde, o conceito de vulnerabilidade, de acordo com Ayres (2001), é oriundo do campo do direito, principalmente dos direitos humanos, adentra a saúde pública como tentativa de ampliar o horizonte normativo, voltando-se para os determinantes sociais e relações multicausais que determinam uma situação de saúde.

O conceito de vulnerabilidade está associado ao da promoção da saúde, semanticamente, e às práticas necessárias para sua viabilização. Trata-se de um conceito integrador, que une saberes de diferentes áreas do conhecimento, capaz de reorientar as práticas em saúde pública em torno de uma atuação intersetorial, promovendo saúde e construindo territórios mais saudáveis. A vulnerabilidade em saúde, segundo Ayres et al. (2009), considera as condições a que um indivíduo ou grupo está exposto, de maneira a fragilizar-se, considerando inexoravelmente o contexto de vida e a disponibilidade de recursos de todas as ordens no enfrentamento a tal condição. Abordar prevenção, na ótica da vulnerabilidade, muda o enfoque da prevenção de agravos dos indivíduos para o coletivo, é uma mudança necessária no real enfrentamento às iniquidades e contribui de fato para promoção da saúde, segundo Ayres (2009):

[...] a abordagem da vulnerabilidade pressupõe e demonstra, simultaneamente, que as mudanças mais efetivas para a prevenção de um agravo não serão dos comportamentos dos indivíduos, isoladamente, mas das relações familiares, comunitárias e sociais nas quais os indivíduos estão imersos, e que as direções e caminhos dessas mudanças só estarão parcialmente sob o poder de previsão e controle dos profissionais e serviços de saúde. (AYRES, 2009, p. 31).

Outro conceito que sofreu transformações no contexto da crise do modelo de saúde pública, e foi reinterpretado e incorporado à promoção da saúde, é o de vigilância. Segundo de Freitas (2009), surgiu na Europa há mais de 600 anos, como parte do pensamento científico renascentista, se expandiu durante o século XX, e significava, até a década de 1950, acompanhamento da incidência e distribuição de doenças, a fim de monitorar e coletar dados

para suporte na saúde pública. Ao final da década de 1960, a vigilância passa a ser considerada sinônimo de epidemiologia, com três características básicas: coleta e sistematização de dados, consolidação, análise e disseminação de informações e relatórios epidemiológicos.

Durante a década de 1980 e 1990, assumiu dois eixos fundamentais. Consoante a de Freitas (2009), o primeiro está relacionado à descrição dos padrões de ocorrência das doenças; o segundo relaciona-se com a elaboração de subsídios para prevenção e controle de determinantes e agravos à saúde. Assim, no final do século XX, se converteu em elemento informacional estratégico, voltado para transformação social, política, econômica e cultural, alinhado às transformações no campo da saúde, com o movimento da nova promoção da saúde e cidades saudáveis.

No Brasil, segundo Monken e Barcellos (2007), a vigilância está presente desde o período regencial, no século XVII. Segundo esses pesquisadores, na década de 1990, o Brasil foi influenciado pelas discussões que aconteciam nos países industrializados por meio do Projeto de Estruturação do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde (Vigisus), a discussão sobre vigilância sanitária foi ampliada e consolidou a área. Como resultado, ocorreu a reorganização de secretarias estaduais e municipais em torno de novas práticas, incorporando os conceitos de território, população, problemas de saúde, intersetorialidade e interdisciplinaridade na vigilância em saúde no Brasil. Assim, segundo Monken e Barcellos (2007), três concepções de vigilância despontaram na saúde pública do país:

[...] primeira que a entende como sinônimo de análise de situações de saúde, embora amplie o objeto da vigilância epidemiológica, abrangendo não só as doenças transmissíveis, mas não incorporando as ações voltadas ao enfrentamento dos problemas. A segunda concebe a vigilância em saúde como integração institucional entre a vigilância epidemiológica e a vigilância sanitária, resultando em reformas administrativas e, em alguns casos, no fortalecimento das ações de vigilância sanitária e na articulação com os centros de saúde. (...) terceira noção coloca a vigilância em saúde como uma proposta de redefinição das práticas sanitárias, organizando processos de trabalho em saúde sob a forma de operações, para enfrentar problemas que requerem atenção e acompanhamento contínuos. Estas operações devem se dar em territórios delimitados, nos diferentes períodos do processo saúde-

doença, requerendo a combinação de diferentes tecnologias. (MONKEN E BARCELLOS, 2007, p. 206).

Mediante essas concepções, a que está mais alinhada com os princípios normativos do SUS é a terceira, que objetiva o desenvolvimento de ações intersetoriais no território por meio do conhecimento de múltiplas ciências e campos do saber, propondo ações de vigilância voltadas à promoção da saúde, considerando o contexto de vida da população. Segundo de Freitas (2009), a vigilância na promoção da saúde deve possibilitar que a população tenha direito e condições materiais e imateriais de supervisionar as políticas e ações nas esferas econômicas, sociais e política, via informações sobre condicionantes e determinantes da saúde.

A vigilância em saúde, para de Freitas (2009), tem como ponto de partida o território e a territorialização do sistema municipal de saúde, segundo a lógica do acesso aos serviços de saúde. Destarte, as práticas que consideram a territorialização, isto é, o contexto de vida das pessoas, como elas se relacionam e vivem, extrapolam o sistema de serviço de saúde e o conhecimento médico-sanitário. Com os saberes de diferentes áreas (geografia, sociologia, demografia, economia, educação, medicina, epidemiologia), deve-se ser capaz de estimular a participação e transformação social por meio de políticas intersetoriais. Assim, uma vigilância da saúde territorializada deve extrapolar os muros das unidades de saúde, articulando inovação vinculada à Estratégia Saúde da Família e o Programa Agentes Comunitários de Saúde, combinando ações educativas, promoção da saúde e prevenção de agravos e riscos, voltadas para grupos prioritários, segundo de Freitas (2009).

O que propomos, neste trabalho, visa contribuir com mudanças na concepção do processo saúde-doença, do modelo biológico para o social, da atenção médica individual para práticas de vigilância orientadas à AB, como eixo central de uma política intersetorial capaz de promover saúde aos cidadãos de uma cidade. Com isso, não queremos de forma alguma anular ou diminuir a importância da clínica médica na atenção à saúde. Ao contrário, esperamos, assim como Gondim (2011), que o futuro da saúde, em nosso país, articule ações de promoção,

prevenção, proteção, diagnóstico e reabilitação em todos os níveis de atenção/complexidade do SUS, de forma integral, equânime e universal nos três entes da federação, com práticas orientadas à vigilância da saúde no território.

O conceito de território, que norteia a vigilância em saúde e orienta a organização e operacionalização da AB na saúde brasileira, é o de Milton Santos, segundo Monken e Barcello (2007). Sintetizar a concepção de território para Milton Santos não é o que pretendemos, é certamente um exercício teórico árduo e exaustivo, mas é importante salientar que a concepção utilizada no campo da saúde é a de território usado, isto é, utilizado por uma determinada população. Para Santos (2011),

[...] o território, em si mesmo, não constitui uma categoria de análise (...) a categoria de análise é o território utilizado. (...) quando quisermos definir qualquer pedaço do território, devemos levar em conta a interdependência e a inseparabilidade entre a materialidade, que inclui a natureza, e o seu uso, que inclui a ação humana, isto é, o trabalho e a política. Dessa maneira, defrontamo-nos com o território vivo, vivendo. Nele, devemos considerar os fixos (...) e os fluxos (...). Os fixos são, geralmente, constituintes da ordem pública ou social, enquanto os fluxos são vistos como coisas, mas a combinação entre as ações presentes e as ações passadas (...) As configurações territoriais são apenas condições. Sua atualidade, isto é, sua significação real, advém das ações realizadas sobre elas. (SANTOS, 2011A, p. 225).

O território é revelador de diferenças, às vezes agudas, de condições de vida da população. (SANTOS, 2011A, p. 205).

[...] é o chão e mais a população, isso é, uma identidade, o fato e o sentimento de pertencer aquilo que nos pertence. O território é a base do trabalho, da residência, das trocas materiais e espirituais e da vida sobre os quais ele influi. (SANTOS, 2011B, p. 77).

Segundo Monken e Barcellos (2007), as ações de saúde devem ser guiadas pela particularidade dos contextos territoriais da vida cotidiana, isto é, as condições objetivas e subjetivas da vida, em um lugar, influenciam e condicionam, direta e indiretamente, as pessoas e objetos, a depender de onde eles estão localizadas no território, condicionados pela economia, política, cultura e sociedade. Para Moysés e Franco de Sá (2014), reconhecer as prioridades locais nos territórios, assim como suas características socioeconômicas, ambientais,

organizativas, programáticas e potencialidades, é fundamental na atuação sobre os determinantes da saúde por intermédio de estratégias de vigilância em saúde.

A saúde, ao delimitar ou reconhecer território, segundo Gondin (2011), se coloca na arena de conflitos em que estão em jogo a democracia, participação e diálogo com outros setores, influenciando o fluxo de pessoas e mercadoria, estabelecendo territórios de atuação. Moysés e Franco de Sá (2014) consideram que políticas e planos de ações locais podem ampliar a democratização das relações entre diversos atores, otimizar direitos sociais e reduzir iniquidades socioterritoriais, sem excluir singularidades e diversidades locais.

Existe, por parte dos governantes e técnicos de saúde, uma aparente dificuldade em compreender o conceito de território e sua aplicação ao espaço sanitário. Segundo Monken et al. (2008), existe uma dificuldade em aceitar recortes espaciais que não são conhecidos pelo território das políticas administrativas do SUS, ou seja, o território reconhecido é uma área delimitada geograficamente, a fim de organizar e operacionalizar o trabalho em nível federal, estadual e municipal. Segundo Pereira e Barcellos (2006), a política de adstrição, de clientela da ESF, pressupõe a inclusão de parcela da população e exclui outra, pois, de forma geral, considera o território como área delimitada no espaço para operacionalização das estratégias e organização das políticas públicas, com base no quantitativo, sem considerar a dinâmica social, cultural e política inerente ao conceito.

Para Lima (2016), entender o território é compreender as subjetividades das relações humanas, é conhecer o contexto da vida das pessoas. “É a dimensão humana que pode transformar o espaço em território, seja quando dele nos apropriamos e demarcamos limites, seja quando lhe atribuímos sentido, ou seja, nele identificamos nossas ações, expectativas, esperanças e possibilidades” (LIMA, 2016, p. 38). É certo que compreender o conceito de território não é uma tarefa fácil, nem mesmo para nós Geógrafos.

É necessário colocar que o conceito de território a ser considerado, nas políticas de saúde pública, deve estar alinhado a concepções modernas, que extrapolam a divisão administrativa. Segundo Haesbaert (2007), o território é um espaço apropriado em sentido multi-escalar e multi-dimensional que só pode ser apreendido dentro de uma concepção de multiplicidade, no sentido da convivência de múltiplos territórios e na efetivação de multiterritorialidades. Para o autor, qualquer ação pretensamente transformadora, obrigatoriamente deve trabalhar com a multiplicidade de nossas territorializações.

[...] pensar multiterritorialmente significa pensar tanto em múltiplos poderes (ou "governanças") quanto em múltiplas identidades (em espaços culturalmente mais híbridos) e mesmo em múltiplas funções (a "multifuncionalidade" econômica) - em síntese, um debate complexo em prol da perspectiva maior de construção de uma outra sociedade, ao mesmo tempo mais universalmente igualitária e mais multiculturalmente reconhecedora das diferenças humanas (HAESBAERT, 2007, p. 43).

O território é frequentemente associado ao conceito de poder, Souza (2013) conceitua o território como “espaço definido e delimitado por e a partir de relações de poder” (SOUZA, 2013, p. 78). O poder, para o autor, emana de um consenso mútuo, exercê-lo não é impor a vontade a outros, mas sim influenciar dialogicamente. Assim, exercer poder sob um território se relaciona a movimentos emancipatórios, conduzidos por sujeitos/protagonistas dotados de uma autonomia crítica capaz de mudar a organização espacial, “pretender mudar as relações sociais sem mudar a organização espacial (não somente no que concerne ao substrato material, mas também aos territórios e lugares) seria, mais que inútil, um verdadeiro contrassenso” (SOUZA, 2013, p. 236)

Os conceitos modernos de território convergem com o de promoção da saúde ao reconhecer a necessidade de uma transformação social, deslocando o poder do Estado para os atores que vivem e sentem o território. Promover saúde é essencialmente dotar as pessoas de consciência crítica em relação à estrutura da sociedade, iniquidades sociais e econômicas, consumo sustentável, qualidade ambiental, planejamento urbano, enfim, tudo que molda o mundo como ele é.

Dotado de tal consciência, o povo empoderado seria capaz de exercer cidadania ao reconhecer os limites entre as responsabilidades do Estado e as responsabilidades dos cidadãos em relação a sua qualidade de vida. Entretanto, segundo Rabello (2010) promoção da Saúde tem outra conotação, porque põe o foco de atenção voltada para regulação da vida social e para criação de critérios que delimitam o que é viver saudável, relacionado a doenças específicas.

Promover saúde, em uma concepção positiva, passa pela compreensão correta do que é território, e vale questionar se um projeto de empoderamento é algo desejado pelo Estado brasileiro. No Brasil, o movimento para promoção da saúde contribuiu para fundamentar os princípios e políticas do SUS, segundo Rabello (2010), não se restringindo somente a isso, vai além, serve de referência para reforçar a saúde como bem público. Ademais, é um direito fundamental para melhoria da qualidade de vida e maior justiça social. A autora aponta que o uso manipulado da informação, por parte dos governos, é sempre possível, não investem o necessário em setores fundamentais, muito menos em desenvolver consciência crítica na população, capaz de melhorar, de fato, sua condição de vida.

Para além da correta compreensão de território e da promoção da saúde, é necessária uma reinterpretação radical do projeto democrático. Conforme proposto por Souza (2013), trata-se de um modelo de desenvolvimento para além dos clichês, possível de orientar a “transformação social para melhor, propiciadora de melhor qualidade de vida e maior justiça social” (SOUZA, 2013, p. 264).

Com isso abre-se a seguinte perspectiva diante dos nossos olhos: enquanto houver heteronomia – isso é, enquanto houver assimetria estrutural de poder (dirigentes e dirigidos, dominantes e dominados), enquanto houver iniquidades, pobreza e injustiça, enquanto houver relações de rapina ambiental em larga escala (em detrimento de interesses difusos, mas particularmente em detrimento de determinados grupos e em benefício imediato de outros) -, fará sentido almejar uma mudança para melhor na sociedade, rumo a mais autonomia. (...) *autonomia individual* (capacidade individual de decidir com conhecimento de causa e lucidamente, de perseguir a própria felicidade livre de opressão e *autonomia coletiva* (que compreende tanto a autoinstituição lúcida da sociedade, em que o fundamento das “leis” não é metafísico, mas sim a vontade consciente dos homens e mulheres, quanto a existência de instituições garantidoras de um acesso realmente igualitário aos processos de



tomada de decisão sobre os assuntos de interesse coletivo). (SOUZA, 2013, p. 265).

Em meio a esse paradoxo, entre o ideal e o concreto, a norma e a operacionalização são de que as políticas acontecem e revelam a assimetria de poder. O histórico de luta por parte da sociedade civil e científica em prol de um sistema de saúde pública, de qualidade, alinhado às melhores práticas internacionais, é o que sustenta o SUS até os dias de hoje, ainda que muitas vezes seja tratado como uma política restrita. O que defendemos é que seja amplo, de forma a contribuir com uma real melhoria na qualidade de vida de todos os brasileiros. O Plano Nacional de Atenção Básica, aprovado em 2017, e as normativas aprovadas paralelamente evidenciam os embates presentes no campo das políticas de saúde. É fundamental continuar defendendo o SUS, reafirmando seus princípios e como devem ser ampliadas as demais áreas da administração pública, de maneira a contribuir, de fato, para um modelo que propicie uma transformação social real na sociedade brasileira.

### **3.2.3 A Estratégia Saúde da Família (ESF)**

A Atenção Primária à Saúde (APS) surge como proposta, em 1920, na Inglaterra por meio do Relatório Dawson, que contrapunha o modelo flexineriano estadunidense, fundado na lógica biológica, voltado para medicalização e atenção individual. A proposta inglesa definiu o rumo de uma nova organização dos sistemas de saúde, estruturado em níveis de complexidade. Duas características deram sustentação à nova proposta; primeiro, a regionalização dos serviços, atendendo cada região de acordo com sua necessidade; em segundo, a integralidade, associando as práticas curativas a preventivas, a partir de serviços domiciliares pelos quais a maioria dos problemas seria resolvida por médicos generalistas que encaminhariam os casos específicos para médicos especialistas, reduzindo custos e aumentando a eficiência dos serviços por intermédio da medicina preventiva, segundo Fausto e Matta (2007).

As propostas do documento orientaram a criação do Sistema Nacional de Saúde na Inglaterra, reconhecidamente um dos mais eficientes do mundo, com ênfase na APS, segundo Portela (2016), organizado de forma hierárquica e regionalizada a partir das características da população. Essa experiência foi fundamental no amadurecimento das discussões sobre APS e promoção da saúde, motivou mudanças em outros países ao longo do século XX, culminando na Carta de Ottawa, de 1986, da qual o Brasil é signatário e serviu de inspiração para o modelo do SUS.

No Brasil, desde o início do século XX, existiam movimentos isolados que tentavam implantar um modelo voltado para atenção primária, focados na medicina preventiva e comunitária. Durante todo século, houve um acúmulo de experiências e amadurecimento intelectual, o que ficou conhecido como movimento pela reforma sanitária brasileira, cuja causa central era a construção de um modelo democrático e inclusivo socialmente. Esse movimento possuía características próprias e também estava alinhado aos movimentos internacionais que revolucionaram o campo da saúde naquele século. Nas palavras de Fausto e Matta (2007):

A atenção à saúde, neste caso, não se limitava a olhar os processos de adoecimento, mas tinha por referência a noção de que o estado de saúde das pessoas expressava uma relação direta com as condições de vida, o que exige uma intervenção muito mais ampla. Tudo isso configurou uma crítica profunda à medicina preventiva e ao sistema de saúde oficial naquele momento.” (FAUSTO E MATTA, 2007, p. 54).

Esse movimento deu origem a várias iniciativas a nível municipal, a experiência mais marcante foi em Montes Claros (MG) por meio da medicina comunitária, essa que serviu de modelo para a expansão da cobertura pelo Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) do Governo Federal, em 1978. A princípio, para a região nordeste, atendendo a população mais vulnerável com o uso de tecnologias mais simples e ampliando a mão de obra, a incluir agentes de saúde residentes nas comunidades locais. Como resultado, promoveu a ampliação da rede ambulatorial e atendeu uma parcela da população que até então estava excluída do sistema de saúde nacional, segundo Conill (2008).

Posterior ao PIASS, surgiu, em 1981, o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (Prev-Saúde), com o objetivo de ampliar a extensão de cobertura para todo o território nacional. Contudo, não conseguiu avançar frente à crise econômica da década de 1980, somada a outras políticas, como as Ações Integradas de Saúde (AIS) e o Sistema Único e Descentralizado de Saúde (Suds), que serviram de catalizadores para a reforma do sistema de saúde.

O amadurecimento e o acúmulo das experiências nacionais se encontram expressos no relatório da 8ª CNS, de 1987, cujas discussões ocorreram em torno do financiamento, descentralização, universalização e integração das ações no sistema de saúde. No entanto, a atenção primária, que deu origem ao movimento, perdeu força frente a outras reivindicações, sendo tratada como parte da integralidade da saúde e não como estratégia para ampliação do sistema público de saúde, isso de acordo com Fausto e Matta (2007). Dessa forma, a APS fica desfoque nos anos que se seguem, ainda assim os benefícios históricos desse movimento com vistas à prevenção e promoção da saúde, por meio de ações descentralizadoras, serviram como experiência para a formulação do SUS.

Após a promulgação da Constituição de 1988, o SUS ideal se distancia do real, é instaurado um período de vazio propositivo em relação às políticas nacionais. Em um contexto de transformação política, associado a uma prolongada recessão econômica, entidades privadas e também públicas exerceram poder sobre as políticas iniciais do SUS que, em seus primeiros anos, manteve um modelo com ênfase na doença e nas ações curativas ofertadas pelos hospitais dos grandes centros, enquanto a APS permaneceu como política isolada e como campanhas sanitárias, segundo Fausto e Matta (2007).

Por falta de um projeto nacional que orientasse a APS, cumprindo de fato as diretrizes constitucionais para a saúde no Brasil, os municípios construíram propostas alternativas, e novos movimentos surgem, evidenciando a crise do modelo assistencial, que culminou em

diversas transformações na década de 1990; a primeira por meio da Lei nº 8.080, a qual versa sobre as condições para promoção, proteção e recuperação dos serviços de saúde. Posteriormente, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), de 1991, e o Programa Saúde da Família (PSF), de 1994; a princípio, marginalizados, esses programas focados na APS ganham espaço na política nacional de saúde e são integrados à Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde - NOB SUS 01/96, como afirma Conill (2008).

Por meio da NOB SUS 01/96, a APS volta a ganhar relevância como primeiro nível de atenção à saúde, e surge o termo Atenção Básica (AB). Sobre o termo, Giovanella et al. (2009) acreditam que tem o objetivo de diferenciar-se da concepção seletiva da APS; assim, a adoção de AB considera os princípios de integralidade, universalidade, sendo o primeiro nível em uma organização de complexidade hierarquizada que objetiva prevenção e promoção de saúde, prevenção de agravos, risco e doença, além de tratamento e reabilitação da saúde. Para Mello, Fontanella e Demarzo (2009), ambos os termos podem ser utilizados como sinônimos, desde que não sejam banalizados. Básico não é simples, nem primário é primitivo, pelo contrário, esses termos devem associar-se à concepção de fundamental, primeiro ou principal.

Dessa forma, após definições mais concisas sobre as diretrizes organizacionais do SUS, com clareza da necessidade da valorização dos princípios de equidade, integralidade, universalidade, descentralização e participação social, além de critérios para avaliação de qualidade, o Programa Saúde da Família, de 1994 se firma como principal estratégia. Segundo Pinto e Giovanella (2018), esse programa é caracterizado pelas ações coletivas e individuais situadas no primeiro nível de atenção, voltadas à promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação no primeiro nível. Segundo Portela (2017), as diversas experiências de organização da APS, no Brasil, convergiram para o modelo Saúde da Família, que agrega características da APS no mundo, adequadas à realidade brasileira.

Progressivamente, o Programa Saúde da Família foi sendo implantado, em caráter substitutivo à rede tradicional, baseada no atendimento ambulatorial, pelo qual os doentes procuram a unidade mediante suas necessidades. Em 2001, via NOAS, definiu-se o processo de regionalização do sistema de saúde e ampliou a responsabilidade dos municípios, reforçando a necessidade de critérios para avaliação do sistema em relação à organização, qualidade e impacto, afirmam Geovanella et al. (2002).

Em 2006, a partir da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), é adotado como estratégia e ganha protagonismo na política de saúde pública brasileira, conhecido desde então como Estratégia Saúde da Família (ESF). Segundo Giovanella (2009), a ESF é fruto de acordo entre gestores federais e representantes das esferas estaduais e municipais, e ampliou o escopo da AB e reafirmou a SF como estratégia prioritária na Promoção da Saúde.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é a experiência brasileira para prover atenção primária à população. Segundo a portaria nº 2436, de 21 de setembro de 2017, que diz respeito à Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a ESF é um instrumento para organizar ações e oferecer subsídios para operacionalização da saúde, por intermédio da adscrição da população circunvizinha ao território da UBSF, de maneira a coordenar o cuidado, ordenar a rede e promover a participação da comunidade.

Durante os mais de 20 anos de sua implantação, a ESF passou por modificações por meio da atualização do PNAB, em 2011 e 2017, e da criação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família, em 2008. Entre avanços e retrocessos, permanece como protagonista na agenda política para organização dos serviços de Atenção Básica. Segundo Arantes, Shimizu e Merchán-Hamann (2015), tem favorecido os cuidados primários, valorizando a equidade, integralidade e contribuído para processos avaliativos, devido ao trabalho multidisciplinar e a orientação familiar e comunitária.

Em estudo sobre a expansão do acesso ao sistema de saúde e redução das internações, Pinto e Giovanella (2018) apontam uma redução considerável dos casos de internação entre 2001 e 2016, provável fruto do avanço da cobertura da ESF e acompanhamento das famílias. Para Giovanella et al. (2009), a Saúde da Família fortaleceu a Atenção básica, como serviços de procura regular e porta de entrada para o SUS. É consenso, entre vários autores, de que houve avanços na busca por universalidade, equidade e integralidade, reflexo da ampliação da ESF. Para Sousa e Hamman (2009), os avanços e desafios indicam as necessidades de incorporação tecnológica, formação da força de trabalho, estabelecimento de novos mecanismos e pactos em torno do financiamento da atenção básica e novas estratégias e tecnologias nos processos de monitoramento e avaliação.

O estudo Souza et al. (2018) apresenta uma queda acentuada da mortalidade por doenças transmissíveis, da morbimortalidade materno-infantil e causas evitáveis de morte, além de aumento da expectativa de vida entre os anos de 1990 e 2015, no Brasil. Os autores concluem que a saúde da família, associada à ampliação do saneamento básico e aos programas sociais de redistribuição de renda, contribuíram para uma melhora considerável na qualidade de vida da população, sobretudo da parte que se encontra em situação de maior vulnerabilidade.

Outro aspecto importante é a responsabilidade dada aos municípios na implantação e na condução da ESF, cada município teve que criar uma estrutura gerencial e participar do financiamento da saúde, juntamente com os estados e a união, essa descentralização favoreceu a universalização da saúde no Brasil. Além disso, Pinto e Giovanella (2018) destacam que a ESF, ao assumir a função de porta de entrada para o sistema de saúde, apresenta ganhos e favorece a hierarquização do sistema, esses autores apresentam, ainda, a redução de 45% nos casos de internação entre 2001 e 2016, no país.

A autonomia do município se tornou um paradoxo, tendo em vista a heterogeneidade populacional, social, econômica, cultural e política brasileira. No mês de maio de 2020, segundo

o Ministério da Saúde (2020), 76,50% da população era assistida pela ESF ao passo que em julho de 2007, quando iniciou a série histórica, apenas 41,70% da população era assistida. É fato que o crescimento em treze anos poderia ter sido maior, porém essa é uma conquista a ser comemorada, mediante os desafios enfrentados pelo SUS e pela ESF.

Ao estudar Aracaju, Belo Horizonte, Florianópolis e Vitória, Giovanella et al. (2009) apresentam avanços consideráveis na integração da ESF à rede de saúde dos municípios, sendo que as experiências mais exitosas extrapolavam a pasta da saúde e focavam em políticas de desenvolvimento social intersetoriais. Vários obstáculos devem ser superados até que a ESF se torne integral e equânime, isto é, capaz de ações de promoção da saúde aos que se encontram em situação de vulnerabilidade, prevenção aos que estão em situação de risco e assistência aos que estão doentes.

Entre os obstáculos, Rosa e Lebate (2005); Giovanella et al. (2009); Sousa e Merchán-Hamann (2009); Arantes, Shimizu, e Merchán-Hamann (2016) citam o financiamento, a ordem política, produto do desmantelamento das secretarias de saúde a cada nova eleição; formação e qualificação profissional, em especial para os pequenos e médio municípios; desenvolvimento de ações intersetoriais, vinculando saúde ao desenvolvimento social; fragmentação dos níveis de assistência do SUS; pressão dos lobbies, que pressionam para alterações no texto constitucional, em benefício do setor privado; incompreensão da estratégia e seus conceitos por parte dos envolvidos.

Trabalhos posteriores, como o de Arantes et al. (2016); Pinto e Giovanella (2018), indicam os mesmos rumos e apontam para a necessidade de maior ênfase no financiamento, capacitação das equipes e integração setorial promovida pelo poder executivo municipal, que deve buscar desenvolvimento social. O cenário de investimento pouco mudou desde a criação do SUS. De acordo com Paim (2018), a saúde pública nunca foi prioridade na agenda política brasileira e tem perdido cada vez mais espaço, o autor complementa dizendo que o SUS foi

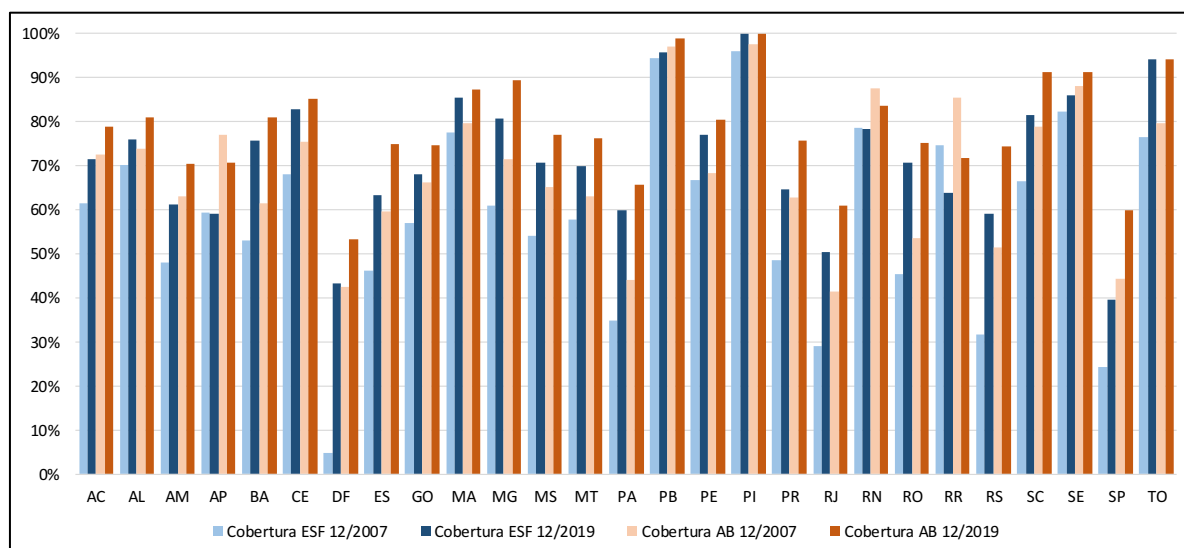
implantado, mas não se encontra consolidado. Mesmo com os comprovados avanços do SUS e de seus programas e estratégias, vários entraves persistem em retardar a integralidade na promoção da saúde no Brasil, como o subfinanciamento que afeta a capacitação das equipes, a melhora de suas bases tecnológicas e a ampliação do recurso humano necessário para alcançar os objetivos da ESF.

Entre avanços e retrocessos é possível concluir que o SUS tem cumprido seus propósitos, em parte pela implantação da ESF, que nas últimas duas décadas apresentou avanços consideráveis na promoção da saúde e na cobertura, segundo Pinto e Giovanella (2018). Além disso, o rompimento com um longo período privatista, na saúde, ofereceu cuidados primários a uma população antes excluída. Dessa forma, a ESF tem se revelado um instrumento efetivo para consolidar os princípios de equidade, universalidade e integralidade que sustentam o SUS, segundo Arantes, Shimizu e Merchán-Hamann (2016).

No Gráfico 1, é possível observar que desde a PNAB 2006, quando os dados começaram a ser coletados, o crescimento da cobertura da Atenção Básica no Brasil foi considerável. Para análise correta do gráfico, é necessário saber que a cobertura da equipe Atenção Básica (eAB) tradicional é somada à equipe Saúde da Família (eSF), desde que o modelo de operacionalização e atenção sejam equivalentes, segundo Nota Técnica do Ministério da Saúde (2020). Por isso, aparece com porcentagem superior em todos os estados.

A ESF encontrou mais espaço para implantação em estados que historicamente foram mal assistidos pelos programas usuais, incluindo a AB tradicional, que responde à demanda imediata da população, para a qual a unidade de saúde funciona como balcão de atendimento aos doentes, sem acompanhamento e práticas efetivas de promoção da saúde, encontrando maior resistência em estados que outrora eram melhor assistidos pelas políticas de saúde que antecederam a SF.



**Gráfico 1 - População coberta pela eSF e eAB tradicional (2007 e 2019)**

**Fonte:** Sistema do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES); Ministério da Saúde - MS; Secretaria de Atenção Primária à Saúde - SAPS; Departamento de Saúde da Família - DESF; Cobertura da Atenção Básica e do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Organização:** Autores

Em estudo que avalia a cobertura da ESF, entre 2006 e 2016, Neves et al. (2018) afirmam que a maior cobertura da eSF está associada a melhorias nas condições de saúde da população, à queda da mortalidade infantil, redução da desnutrição e aumento nas consultas pré-natal e à cobertura vacinal. A análise do Gráfico 01 revela que os estados do Nordeste possuem o maior nível de cobertura da eSF, em dezembro de 2019; em Piauí, a taxa é de 99,95%, seguido por Pernambuco e Tocantins, com 95,85 e 94,15%, respectivamente.

A menor taxa de cobertura da eSF é em São Paulo, 39,47%, com crescimento de apenas 15,17%, de 2007 a 2019. Além disso, a cobertura da eAB tradicional é a segunda menor, atrás apenas do Distrito Federal, que têm taxa de cobertura de 43,14% da população; em vista disso, o crescimento, entre 2007 e 2019, foi de 38,37%. Em terceiro, com 50,39% da população coberta pela eSF e 60,89% pela eAB tradicional, está o estado do Rio de Janeiro.

Em relação à estimativa nacional, foi observado por Gomes, Gutiérrez e Soranz (2019) que a cobertura estimada de 69,9%, em agosto de 2019, é referente a 42,6% da população que está cadastrada nos sistemas de informação da Atenção Básica. Além disso, os autores indicam uma quebra na série histórica, diante da mudança do SIAB para o SISAB. As mudanças recentes, nas diretrizes e orientações da AB, caracterizam-se como retrocesso em relação a ESF

e seu comprovado sucesso (discutiremos a respeito dessas mudanças no item 3.7 deste capítulo) e não contribuem com a melhoria da organização e operacionalização dessa política, principalmente em relação às atribuições das equipes, suas funções e a busca pela universalidade, integralidade e equidade.

#### **3.2.4 A PNAB 2017: entre avanços e retrocessos**

A Política Nacional de Atenção Básica está em sua terceira edição. Formulada em 2006, no contexto do Pacto pela Vida, segundo Melo et al. (2018), amplia a AB, reconhecendo a Saúde da Família como modelo substitutivo à AB tradicional e reconhece a existência de UBS com ou sem ESF. Almeida et al. (2018) apresentam várias estratégias, ações e programas que surgiram desde 1991, a exemplo do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa Saúde da Família (PSF). Assim, em 2003, atores fundamentais na reforma sanitária brasileira passaram a compor um grupo de trabalho no MS, o qual produz a PNAB como estratégia governamental para reestruturar o sistema e o modelo de assistência no SUS.

O texto da PNAB 2006, segundo Gomes, Gutiérrez e Soranz (2020), deu início à institucionalização do sistema em redes de atenção, com diretrizes para o serviço de saúde, processo de trabalho, composição de equipes, atribuições e categorias profissionais, financiamento, além da valorização do primeiro contato, integralidade, coordenação e orientação para a comunidade. Seguindo esses princípios, foi revisado e ampliado, em 2011, em sua segunda versão. Nas palavras de Morosini, Fonseca e Lima (2018), buscou-se preservar e fortalecer a centralidade da ESF na consolidação de uma APS forte, capaz de estender a cobertura, prover cuidado integral e desenvolver a promoção da saúde.

A PNAB 2011 preservou a essência da primeira versão, segundo Almeida et al. (2018), avançou na ampliação do acesso, cobertura e resolubilidade na AB, com mudanças na flexibilização da carga horária médica, introdução de novos arranjos de equipes e o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ-AB). Desde a

publicação, mesmo em meio a um cenário político por vezes desfavorável, outros programas foram incorporados, tais como o Programa Mais Médicos, Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica, e substituição do sistema de informação da Atenção Básica pela estratégia e-SUS AB. Com o tempo, os incrementos e programas complementares se provaram positivos e eficientes na ampliação da AB no país.

Em 2015, deu-se início à discussão sobre a nova versão da PNAB. De acordo com Almeida et al. (2018), o Departamento de Atenção Básica (DAB), juntamente com trabalhadores, gestores, usuários e pesquisadores, deu início a fóruns, oficinas e reuniões, baseados no objetivo de construir estratégias para o fortalecimento da AB para os próximos anos, reforçando a ESF como prioritária para expansão e consolidação da AB, mais mudanças que pudessem ampliar o acesso, acolhimento e resolubilidade.

Contudo, uma grave crise institucional estava em curso, mudanças na condução do MS interromperam o debate sobre a nova PNAB e, em 2016, a Presidente Dilma Rousseff é impedida de exercer seu mandato e quem assumiu foi o Vice-presidente Michel Temer, em agosto do mesmo ano, dando início a várias políticas de cunho fiscalista e neoliberal. Em dezembro, foi sancionada, no Congresso Federal, a Emenda Constitucional 95, instituindo um novo regime fiscal, limitando as despesas em investimento público em todos os poderes e níveis da federação para os 20 anos seguintes. Segundo Morosini, Fonseca e Lima (2018), observou-se:

[...] rápido fortalecimento de uma pauta antidemocrática e autoritária, orientada para o aprofundamento da mercantilização dos direitos sociais brasileiros. (...) A orientação é modificar a destinação dos recursos do fundo público, limitando as políticas sociais, promovendo a redução da dimensão pública do Estado e ampliando a participação do setor privado. (MOROSINI, FONSECA E LIMA, 2018, p. 13-14).

A revisão da PNAB 2017 foi retomada em um contexto de ritmo célere e tempestuoso, segundo Gomes, Gutiérrez e Soranz (2020). Vários atores políticos se colocaram contra; além da comunidade científica, técnicos e trabalhadores do SUS, a Associação Brasileira de Saúde

Coletiva (Abrasco), o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), o Conselho Nacional de Saúde (CNS), a Confederação de Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combates a Endemias (Conacs), o Conselho Federal de Enfermagem (Cofen) e o Conselho Federal de Medicina (CFM).

Todos se pautaram em uma busca por maior autonomia estadual e municipal, maior participação Federal no financiamento da saúde e flexibilização na organização das equipes da AB, conduzidos pelos estados e municípios com baixa adesão da ESF. Em meio a isso, o CONASS (Conselho Nacional de Secretários de Saúde) e CONASEMS (Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde) defendiam a retomada imediata das discussões. Segundo Almeida et al. (2018):

[...] na correlação de forças, as agendas defendidas pelo CONASS e CONASEMS tiveram maior respaldo político para aprovação diante do conjunto de tomadores de decisão da CIT, em detrimento daquelas defendidas pelo corpo técnico do DAB. Este se esforçava para defender os princípios e diretrizes da atenção básica, do modelo da ESF como prioritário, do resgate de elementos debatidos entre 2011 e 2016 e de um processo de revisão participativo e plural, que também atendessem às expectativas de trabalhadores e usuários do SUS. (ALMEIDA et al., 2018, p. 4-5).

Quanto às alterações presentes na nova PNAB, é possível discutir méritos, deméritos e intenções. Em relação aos méritos, o reconhecimento do gerente de serviços é fundamental na gestão da AB das UBS, com a possibilidade de auxílio financeiro federal para apoiar tal incremento. Para Melo et al. (2018), a incorporação desse profissional só será positiva se o cargo for ocupado com base em critérios técnicos e profissionais e não político-eleitorais. Ademais, Morosini, Fonseca e Lima (2018) constatam que, na PNAB 2017, a redação do documento é ambivalente e abre mão do caráter indutor e propositivo em detrimento de sugestões e recomendações.

O caráter ambíguo deixa margem para diferentes práticas na AB, a exemplo da proposição da oferta nacional de serviços e ações essenciais e ampliados de AB. Segundo Almeida et al. (2018), os resultados são questionáveis e os estudos acadêmicos evidenciam a

contradição da proposta. Alguns deles afirma que a adoção da carteira de serviço contribui para redução das iniquidades na oferta de ações e serviços de AB e outros que apontam o descompromisso com o princípio da integralidade, sendo o instrumento indutor de uma agenda de cuidados mínimos e recuperação de uma APS seletiva.

Os benefícios e ganhos da ESF já foram apresentados neste estudo, como a importância e a relevância do ACS na construção de um modelo integral e justo, que preza as melhorias nos indicadores de saúde em nível nacional, sobretudo nos estados que possuem maior adesão à ESF. As mudanças, na PNAB 2017, podem afetar sobremaneira os princípios de universalidade, integralidade e equidade do SUS. Nessa perspectiva, Morosini, Fonseca e Lima (2018) apresentam cinco mudanças que configuram retrocesso:

1º - Relativização da Cobertura: a universalidade tem relação com a cobertura universal. Em 2006, era necessária uma quantidade suficiente de ACS para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por ACS e de 12 ACS por eSF. Em 2011, foi reiterado o número máximo de pessoas vinculadas a cada equipe e preocupações que poderiam afetar a qualidade da atenção. Em 2017, não há referência à cobertura universal, é possível 1 ACS por eSF, sendo que só são necessários 100% de cobertura em áreas de risco e vulnerabilidade social. Assim, foi flexibilizada a cobertura populacional, tornando possível 1 ACS para cobrir uma área com 2 mil a 3,5 mil pessoas em região que não seja considerada de risco ou vulnerável, além de possibilitar outros arranjos que não são da ESF.

2º - A segmentação do cuidado: entre serviços essenciais e ampliados, configura-se um ataque ao princípio de integralidade. Por meio de padrões essenciais, ações e procedimentos básicos sem qualquer definição do que seja tal “padrão básico”, a PNAB projeta um compromisso apenas com o essencial, recuperando uma concepção seletiva, baseada em cuidados mínimos direcionados à população socialmente vulnerável. A segmentação abre margem para suplementação privada em relação aos serviços ampliados, além de desobrigar o

Estado a cumprir seu papel na redução das iniquidades territoriais, oferecendo condições justas para a saúde da população.

3º - Reposicionamento da ESF e retomada da AB tradicional: A PNAB surgiu para integrar as políticas e programas de saúde exitosos, como a Estratégia Saúde da Família, reforçada e ampliada em 2006 e 2011. Em 2017, o texto ambíguo mantém a ESF como prioritária, mas admite e incentiva, inclusive financeiramente, outros modelos de organização da AB. Dentre os retrocessos, há a alteração nas regras de composição profissional, não sendo necessário ACS na composição de equipes de AB tradicional, com prejuízos à prevenção e promoção da saúde; a distribuição de carga horária flexível para equipes de AB e rígidas para ESF, retomando a obrigatoriedade de 40 horas para todos os profissionais da ESF, inclusive médicos, cuja flexibilização, na PNAB de 2011, associada ao PMM, elevou o contingente de médicos de 16.775 para 30.181, com 27.293, em 2019, segundo Gomes, Gutiérrez e Soranz (2020). Tal alteração, na composição das equipes, favorece o modelo biomédico curativo e medicalizante e enfraquece a concepção dos determinantes sociais da saúde.

4º – Fusão dos Agentes Comunitários de Saúde e dos Agentes de Combate às Endemias: desde o Fórum da Gestão Básica, tem circulado a ideia de fundir as atribuições dos ACS e dos ACE. É fundamental para as equipes de saúde da família a aproximação e integração com os ACE, cuja atribuição tem como foco a vigilância, prevenção e controle de doenças infecciosas. Agregar essas ações à proteção e promoção da saúde e prevenção de agravos, com atribuição aos ACS, possibilitaria um maior grau de integralidade na saúde. Contudo, não como pretende a nova PNAB, que preserva as práticas dos ACE e incrementa as funções da categoria com atividades hoje atribuídas aos ACS, deturpando a função de cada profissional em detrimento do corte de custos sob pretexto de uma falsa integração.

5º – Fragilização da coordenação nacional no pacto federativo pela saúde: O SUS tem caráter nacional e integra um amplo conjunto de serviços e ações, organizados em rede

descentralizada, regionalizada e hierarquizada. A nova PNAB, ao flexibilizar o modelo de atenção e os recursos transferidos para as regiões e municípios, retroagindo em um modelo equânime, construído ao longo das últimas três décadas, possibilitou a transferência de renda para municípios localizados em regiões mais carentes. A flexibilização atual pode acarretar um redirecionamento de recursos financeiros para regiões com maior capacidade de arrecadação, favorecendo as capitais e centros urbanos que aderiram à ESF de modo tardio, acarretando em baixa cobertura e menor repasse de verba federal. Ademais, favorece o interesse privado, mais presente nos espaços de poder, em regiões mais ricas.

Uma política pública pode ser medida, entre outros fatores, por sua adesão e impacto social, isto é, se atende ou não as reais necessidades. Em estudo, Gomes, Gutiérrez e Soranz (2020) apresentam dados preliminares sobre a composição, tipo das equipes de saúde, recursos humanos, cobertura da Saúde da Família, e constata que, na prática, houve decréscimo de 9% nas eAB, crescimento de 2,9 nas eSF e de 14,2 nas Estratégias Agentes Comunitários de Saúde, estratégia para reorganização da AB, com vistas à implantação gradual da ESF. Quanto à composição das equipes profissionais, houve um decréscimo de 10,6% na quantidade de médicos e 0,3% dos ACS e acréscimo de 5,1% de enfermeiros. Complementar, Almeida et al. (2018) acreditam que a implantação da PNAB 2017 não depende exclusivamente do texto, mas do desenrolar do emaranhado de interesses corporativos, políticos, econômicos e da participação social na luta pelo direito à saúde.

De forma geral, se o previsto na PNAB 2017 encontrar adesão estadual e municipal, pode acarretar na diminuição dos ACS e mudança em seu perfil, priorização da AB tradicional em detrimento da ESF e, a longo prazo, tende a um desmonte da ESF em vez de enfrentamento aos problemas e desafios, segundo Melo et al. (2018).

No caso em questão, poderiam ser um conjunto de desafios e nós críticos da AB, tais como a insuficiente legitimidade social, o baixo grau de coordenação de cuidado e integração com os demais serviços das redes de atenção, a necessidade de melhorar o acesso e os modos de cuidar nas unidades de saúde,

a necessidade de formar, prover e fixar bons profissionais na APS, a superação do subfinanciamento, entre outros. (MELO et al. 2018, p. 49).

Além disso, os autores apontam os problemas reconhecidos na política de saúde e o que, de fato, deveria ter sido incorporado na PNAB 2017. Se ela tivesse seguido a mesma linha das anteriores, tenderia, gradualmente, à concretização da ESF como um modelo que favorece o acesso a uma saúde pública mais integral e equânime.

### **3.3 Cidades saudáveis: promoção da saúde e territórios saudáveis**

No ano de 1984, segundo Heidmann et al. (2006), fruto dos avanços e discussões da nova promoção da saúde e determinação social da saúde, aconteceu, no Canadá, a Conferência *Beyond Health Care*, com bases para o movimento Cidades Saudáveis; posteriormente, em 1986, a Organização Mundial da Saúde/Europa tornou público o documento *Health City Movement*, como parte de um pacote de metas para saúde, lançado um ano antes. Segundo Westphal e Oliveira (2015), em 2015, a rede europeia de cidades saudáveis era constituída por 1200 cidades de 30 países da Europa, motivados pelo ideário de saúde para todos até o ano 2000.

O movimento cidades saudáveis, segundo Adriano et al. (2000), surgiu com o objetivo de operacionalizar os fundamentos da promoção da saúde no contexto local. A primeira definição de cidades saudáveis, segundo Akerman et al. (2002), é de Hancock e Duhl, em 1986, os quais ressaltavam a importância do governo local no estabelecimento de condições para a saúde, a partir de intervenções nos determinantes sociais, econômicos e ambientais, como reflexo do planejamento público e, principalmente, da participação social, o que construiria uma cidade saudável. No Brasil, segundo os autores, foi Mendes um dos primeiros a abordar o tema, na perspectiva de um projeto estruturante no campo da saúde, com o objetivo de promover



qualidade de vida por meio de políticas públicas que envolvam a participação popular em uma gestão social capaz de influenciar as políticas públicas na construção de espaços saudáveis.

Uma cidade saudável exige atenção nas pessoas e no lugar em que vivem. Segundo Lima (2013), pessoas saudáveis sabem cuidar de lugares saudáveis, pois o que sustenta essa afirmação é a estratégia de promoção da saúde, cuja educação, participação social e intersetorialidade são pressupostos fundamentais. Estudos que buscam compreender essa relação entre os lugares e as pessoas, para propor um projeto de cidades saudáveis, de acordo com Marques da Costa (2013), devem conhecer os fatores que determinam as condições de vida da população e identificar características que condicionam a saúde da população.

Cidade saudável é um projeto, segundo Lawrence (2005), e a saúde, na perspectiva de cidades saudáveis, não é um resultado quantificado, momentaneamente, por uma pesquisa, mas sim um projeto de curto e longo prazo capaz de promover saúde e gerar qualidade de vida. O autor apresenta onze características para um projeto de cidades saudáveis, amparadas por várias publicações da OMS:

1. Atendimento das necessidades básicas de alimentação, água, abrigo, renda, segurança, educação e trabalho, para população de toda a cidade.
  2. Ambiente físico, limpo e seguro de alta qualidade, incluindo habitações de qualidade.
  3. Um ecossistema estável e agora sustentável a longo prazo.
  4. Uma economia diversificada, vigorosa e inovadora.
  5. Uma comunidade forte, que se apoia e não exploradora.
  6. Alto nível de participação e controle da população sobre as decisões que afetam suas vidas, saúde e bem-estar.
  7. Encorajamento para se conectar com o passado, heranças culturais e biológicas dos lugares da cidade, outros grupos e indivíduos.
  8. Acesso a uma variedade de recursos e experiências, com a possibilidade de maior variedade de contatos, interações e comunicação.
  9. Um modelo que seja compatível com e realce as características anteriores
  10. Uma saúde pública de alto nível e serviços acessíveis a todos.
  11. Estado de saúde elevado, altos níveis de saúde e baixos de doença.
- (LAWRENCE, 2005, p. 485, tradução livre).

A proposta de cidades saudáveis está relacionada com a criação de ambientes saudáveis, favoráveis à promoção da saúde de uma comunidade. Segundo Monken e Barcellos (2007),

põe-se em evidência o modo de vida da sociedade moderna quanto aos espaços em que vive, trabalha e circula em meio ao urbano. Segundo Akerman et al. (2002), uma cidade saudável está continuamente criando e melhorando o ambiente físico e social, fortalecendo os recursos comunitários que possibilitam as pessoas se apoiarem, desenvolvendo seu potencial e melhorando a qualidade de vida.

Uma cidade saudável depende da proteção e conservação dos ambientes, das condições de trabalho, habitação, qualidade dos alimentos, da água e do ar, de como as pessoas se deslocam no espaço urbano, e também da qualidade na educação, enfim, tudo que se relaciona ao conceito positivo de saúde e os fatores que determinam a qualidade de vida na sociedade moderna. Nas palavras de Heidmann et al. (2006):

A criação de espaços saudáveis, como cidades, comunidades, territórios, famílias dependem dos projetos e ações da promoção à saúde. Neste cenário que confluem múltiplos atores é relevante destacar ainda, a importância da relação de diálogo, do *empowerment* entre os profissionais e usuários do sistema de saúde. Os profissionais neste processo têm o importante papel de conhecer o conjunto das premissas e promover o diálogo com a comunidade, resgatando e valorizando sua cultura, seus valores, sua condição de vida. Além disso, devem estar preparados para intervir e ajudar a compreender a realidade de saúde da população, estimulando a sua participação e elaborando estratégias que visam melhorar as suas condições de vida e saúde. Devem buscar ações intersetoriais para atuar nos diversos fatores que interferem na saúde como educação, saneamento, habitação, emprego, renda e outros. (HEIDMANN, et al., 2006, p. 357).

Só é possível discutir projetos de cidades saudáveis dentro da concepção moderna de saúde, a partir de modelos assistenciais pautados em sua promoção, os quais, para Monken e Barcellos (2007), estão presentes, no Brasil, na proposta de vigilância em saúde, sendo parte de vários projetos de reorganização da Atenção Básica, como a Estratégia Saúde da Família. Para Buss (2000), são quatro os mecanismos operacionais para implementação de um projeto de cidades saudáveis, orientada a promoção da saúde e a qualidade de vida a nível local, são eles: políticas públicas saudáveis, governabilidade, gestão social integrada, intersetorialidade e interdisciplinaridade.

A construção de cidades saudáveis pode partir dos dados e informações de saúde, porém é um projeto urbano que deve envolver todos os setores de uma cidade e todos os atores sociais em busca de melhor qualidade de vida, tendo em vista que os determinantes da saúde encontram-se fora do setor tradicional dela própria, apesar de refletir a condição de saúde da população. Segundo Franco e Raimundo (2017), conhecer as influências dos determinantes sociais de saúde é fundamental para a tomada de decisão nas políticas públicas. Compreender a multiplicidade de fatores sociais que influenciam a qualidade de vida das pessoas pede um conhecimento interdisciplinar, agir em prol da melhoria exige ações intersetoriais que envolvam democraticamente todos os atores políticos e sociais que constituem a sociedade, por isso é inegável a relevância do setor da saúde nas políticas públicas do Brasil.

Segundo Westphal e Mendes (2000), no Brasil, o setor da saúde representa, por meio das lutas históricas do movimento pela saúde e o movimento sanitário, um dos setores mais articuladores em prol da democratização da sociedade brasileira e saúde como direito cidadão. E ocupa um lugar central no contexto sociopolítico do país, sobretudo nos municípios, dada a influência do setor da saúde na gestão municipal e seu prestígio junto à comunidade local. Segundo Rabello (2010), mudanças concretas na saúde brasileira poderiam ocorrer se as escolas médicas e a sociedade médica se esforçassem para melhorar a política de saúde, de maneira a assumirem a saúde em seu conceito positivo, propagando sua promoção e a prevenção de doenças.

Com características diferentes em países desenvolvidos e subdesenvolvidos, segundo os autores, a diferença está no conteúdo programático e objetivos imediatos. Enquanto em países desenvolvidos o foco é a melhoria na qualidade de vida por meio de intervenções que objetivam mudanças no estilo de vida; em países subdesenvolvidos são priorizados aspectos como melhoria dos serviços de saúde, melhoria do saneamento básico e das condições de moradia, mas sem perder outras variáveis que se relacionam à qualidade de vida.

Infelizmente, aborda Rabello (2010), o tema cidades saudáveis ainda não ganhou o espaço merecido no Brasil. O ritmo de crescimento do movimento de promoção da saúde está lento e restrito a discussões técnicas, localizadas principalmente em meios acadêmicos, ainda que no Ministério da Saúde exista uma estrutura de promoção da saúde que se relacione com cidades saudáveis. A autora complementa que a experiência existente, no Brasil e também no Canadá, não parte do Ministério da Saúde. Um projeto de cidades saudáveis é necessariamente um projeto urbano, pelo qual os atores da cidade e/ou da região entendem que promover saúde é uma ação que envolve todos os setores do município em torno do propósito de melhorar a qualidade de vida dos sujeitos.

Westphal e Oliveira (2015) destacam a incongruência do que é definido legalmente e o que é praticado em relação às políticas públicas no país. As autoras destacam a importância da descentralização dos municípios e como isso tem contribuído com políticas públicas locais mais autônomas, colaborando, ainda, para uma nova cultura política, capaz de reduzir as iniquidades locais e regionais. Mesmo incipiente, existem várias experiências de projetos de cidades saudáveis pelo Brasil.

É apresentada, por Buss e Carvalho (2009), a Rede de Municípios Potencialmente Saudáveis no interior de São Paulo, formada por 27 municípios, no mesmo Estado, sob liderança da Faculdade de Saúde Pública da USP, outra rede com mais sete municípios. Além dessas, existem exemplos em Curitiba, no Paraná; em Fortaleza, no Ceará; em Maceió, Alagoas; e no Rio de Janeiro, a exemplo da Rede de Comunidades Saudáveis. São vários os exemplos de cidades e redes que buscam implantar um projeto de cidades saudáveis no Brasil por meio de esforços locais. Contudo, carece de melhor levantamento e mapeamento desses esforços para que esses exemplos possam contribuir para um movimento ainda maior.

É necessário superar inúmeros entraves para que um projeto de cidades saudáveis possa se efetivar no Brasil. Buss e Carvalho (2000) citam a estrutura administrativa segmentada e

burocrática do Estado, com predomínio de uma lógica setorial e competitiva, sobretudo em relação à questão orçamentária, à falta de uma política estratégica de desenvolvimento social e predomínio da lógica biomédica no campo da saúde.

Acrescentamos a esses entraves a cultura política, com baixíssima participação social, reflexo do problema educacional que afeta diretamente a relação entre a sociedade, o poder político, os estudos e propostas acadêmicas. Além disso, a estrutura de dados para a operacionalização de qualquer tipo de planejamento público estratégico nos diferentes níveis da federação. Contudo, esses entraves não devem servir de obstáculo, e sim de etapas a serem superadas, com vontade política e boas propostas é possível continuar avançando em prol de melhorias sociais, motivo pelo qual este estudo existe.

Propomos a adoção do modelo de cidades saudáveis como forma de promover saúde para os territórios, quanto mais saudável for, menor será sua vulnerabilidade. Ou seja, quanto melhor for o atendimento às necessidades básicas da população, mais organizado e seguro for o ambiente e o lugar onde as pessoas vivem, mais participativa e empoderada for a comunidade, menos vulnerável o território será.

### **3.3.1 Uma proposta de cidade saudável para Cascalho Rico**

A estratégia de construção de cidades saudáveis foi apresentada à RIDES pela Universidade Federal de Uberlândia, com um projeto proposto a todos os municípios do Consórcio, que se reuniu algumas vezes, com professores e pós-graduandos da UFU e do Ministério da Saúde. Dentre os municípios, o que tinha as condições mais favoráveis para começar a estruturá-lo foi Cascalho Rico, por isso decidimos iniciar o projeto por ele.

A proposta de construção de cidade saudável, em Cascalho Rico, com ações de promoção da saúde, teve como base a identificação dos territórios de vulnerabilidade, estabelecidos como áreas prioritárias para a implementação de ações, seguindo o princípio de equidade do SUS, oferecendo mais a quem mais precisa, para reduzir as desigualdades, segundo

Barros e Sousa (2016). O que propomos é a construção de territórios saudáveis que partam das microáreas de atuação da ESF para o município. Por meio de uma abordagem sobre o território usado, buscamos entender o contexto de vida que determina as condições de saúde e influenciam a qualidade de vida da população de Cascalho Rico.

A primeira etapa, razão de existir desse trabalho, é a identificação de territórios de vulnerabilidade, por meio da utilização de indicadores e índices capazes de aferir as condições de vida da população, a fim de direcionar as intervenções e as prioridades para redução de iniquidades. Segundo Buss (2000), no geral, a constituição de um projeto de municípios saudáveis deve incluir quatro fases:

[...] o início oficial e a determinação de prioridades; a preparação de um plano de ação; a unificação dos comitês organizadores e a execução de atividades e, por último, a criação de sistemas de informação para o monitoramento e avaliação do processo. (BUSS, 2000, p. 176).

Essencialmente, a construção de espaços saudáveis deve cumprir algumas prerrogativas, como o diálogo com a comunidade. Santos e Lima (2017) trabalharam com redes comunitárias, na perspectiva da promoção da saúde em territórios saudáveis, e constataram que só é possível construir territórios saudáveis com mobilização social, via diversos segmentos da sociedade e intersectorialidade, com boas práticas de governança pública, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida e promover desenvolvimento humano.

Propor uma cidade saudável, segundo Monken e Barcellos (2007), exige uma mudança de estratégia no enfoque da saúde, sendo necessário reforçar a organização social, o que implica na participação da comunidade nas decisões que dizem respeito à qualidade de vida. Por ser um município pequeno, é esperada uma maior coesão social e participação comunitária em Cascalho Rico. Ainda que a reorientação das práticas seja necessária, a dimensão geográfica do município e a cobertura total de ESF são um facilitador em relação ao engajamento social e à promoção da saúde.

A adoção de políticas públicas saudáveis para pequenos municípios é racionalmente a alternativa mais viável e moderna para se pensar, também, a saúde pública, tornando-se capaz de reduzir os custos financeiros do setor de saúde de um município e realmente entregar qualidade de vida à população. Louro et al. (2017) apresentam a experiência exitosa portuguesa em projetos de cidades saudáveis; então, afirmam que a complexidade e transversalidade do que vem a ser uma cidade saudável permite diferentes escalas territoriais de operacionalização, desde que a comunidade esteja próxima, o território seja conhecido e os órgãos públicos construam parcerias.

Com vistas a ampliações futuras e a uma possível rede de cidades saudáveis no Triângulo Mineiro, é que essa primeira etapa de mapeamento de territórios de vulnerabilidade, em Cascalho Rico, foi realizada. A estratégia de cidades saudáveis atende todas as necessidades para o desenvolvimento de um modelo que visa melhoria na qualidade de vida, a partir do planejamento público. Aliás, não é possível melhorar a qualidade de vida da população de um lugar por outros meios, a não ser pelo político. Segundo Adriano (2000), a implantação de uma proposta de cidade saudável pressupõe o compromisso de autoridades locais com a melhoria da qualidade de vida. Por outro lado, é fundamental a participação social, não só para controlar e fiscalizar o poder público, mas também para planejar e realizar junto o projeto da cidade que se quer.

Cascalho Rico está localizada em uma região com municípios pequenos, com população pequena e faz parte de um consórcio público intermunicipal chamado de RIDES, que busca estratégias para melhorar os serviços públicos, a fim de promover desenvolvimento sustentável, saneamento básico, preservação de recursos hídricos e planejamento urbano. O município mais povoado é Monte Carmelo, com cerca de 50 mil habitantes.

Fazem parte do consórcio Abadia dos Dourados, Coromandel, Douradoquara, Estrela do Sul, Grupiara, Indianópolis, Iraí de Minas e Romaria, todos da mesorregião do Triângulo

Mineiro e Alto Paranaíba, em Minas Gerais. O projeto de cidade saudável é uma alternativa viável que se mostrou exitosa em várias partes do mundo e também em outras regiões do Brasil para um modelo de cidade que prioriza a qualidade de vida.

As prerrogativas de um projeto de cidades saudáveis podem ser incorporadas a RIDES e trazer ganhos reais na qualidade de vida da população da região, sem grandes incrementos, apenas com o compromisso do poder público em reorientar as práticas, integrar os diferentes setores da administração pública e da sociedade dentro do objetivo comum de construir um lugar melhor para se viver. A estrutura que já existe por meio da ESF deve servir a esse objetivo, utilizando o banco de dados do eSUS AB, uma sala de situação com equipe técnica qualificada deve monitorar e gerar relatórios sobre a situação de saúde da rede. Mais que reorientar, é necessário retornar os ACS e ACE para suas verdadeiras funções. Além de criar instâncias capazes de engajar a população local, local em que o povo deve se sentir ouvido e protagonista para a construção de um lugar melhor.



## **4. TERRITÓRIOS DE VULNERABILIDADE EM CASCALHO RICO-MG**

A partir dos dados do cadastro da população adscrita às UBS (Unidades Básicas de Saúde), do Município de Cascalho Rico, foram mapeados os territórios de vulnerabilidade. Segundo Lima (2016), a vulnerabilidade pode ser uma medida da condição de vida que expressa as iniquidades que afetam os sujeitos impedidos de obter produtos, bens e serviços para um padrão de vida humanamente aceitável. A desigualdade, no Brasil, é assunto trivial, e mapear as iniquidades é o primeiro passo para diagnosticar onde elas se manifestam e como interferem na condição de saúde das pessoas, podendo, isso feito, mudar essa triste realidade.

Os dados para esta pesquisa foram obtidos após assinatura de um convênio de cooperação acadêmica e técnico-científica entre a Universidade Federal de Uberlândia (UFU) e a prefeitura de Cascalho Rico. O objeto principal é a assessoria da UFU ao Município para a implantação de um projeto de cidade saudável em Cascalho Rico. Segundo Adriano et al. (2000), cidade saudável é uma estratégia de promoção da saúde com o objetivo de melhorar a qualidade de vida da população e está alinhada com os objetivos da ESF.

Nem todo município brasileiro é coberto pela ESF, felizmente boa parte dos pequenos são, como é o caso de Cascalho Rico. É certo que o contexto de vida no município pequeno é diferente de um médio que, por sua vez, é diferente de um grande. O uso de índices e indicadores possibilita fácil adaptação para diferentes realidades e escalas de análise, além de viabilizar comparações, desde que a unidade de análise e a metodologia permaneçam as mesmas. Dessa forma, apresenta-se o mapeamento de vulnerabilidade para o município de Cascalho Rico, com o objetivo de se servir à proposta de um projeto de cidade saudável, partindo do princípio de redução das iniquidades.

Os indicadores refletem o grau de vulnerabilidade em relação a um quesito específico, o acúmulo de vários indicadores das diferentes dimensões resultará em piores condições de vida

e maior vulnerabilidade da população. Alguns indicadores afetam mais a capacidade das pessoas em enfrentar as iniquidades, como a renda familiar e a cor da pele. Outros indicadores colocam a população em risco, a exemplo do fator idade, o qual reflete principalmente sob a população acima de 60 anos, colocando-a em situação de risco e aumentando o grau de vulnerabilidade, sobretudo em relação à dimensão da saúde.

O uso de álcool, drogas, prática de exercícios físicos e alimentação, características do estilo de vida, não podem ser atribuídos exclusivamente à escolha individual, pois são determinados socialmente, assim como a organização da moradia e da vizinhança.

Segundo Silva, Lima e Lima (2018), esses fatores de risco são individuais e determinados socialmente, consequência das questões ambientais que influenciam o contexto de vida dos indivíduos. Segundo Barata (2009), as desigualdades, no estado de saúde, estão relacionadas à organização social e tendem a refletir o grau de iniquidade da sociedade. Não se trata de negar as escolhas individuais, mas a condição e o contexto social em que uma determinada população está inserida influenciam diretamente suas escolhas.

**Tabela 1** - Indicadores de vulnerabilidade por dimensão e microárea, com valores percentuais e normalizados

Dimensões	Percentual populacional					Valores normalizados				
	Ma1	Ma2	Ma3	Ma4	Ma5	Ma1	Ma2	Ma3	Ma4	Ma5
Renda familiar	27,449	19,530	26,273	11,139	15,608	1,000	0,711	0,957	0,406	0,569
Sociodemografia	16,167	11,722	15,510	23,984	32,616	0,496	0,359	0,476	0,735	1,000
Educação	20,934	17,391	19,154	17,106	25,414	0,824	0,684	0,754	0,673	1,000
Saúde	26,334	15,520	25,843	13,553	18,750	1,000	0,589	0,981	0,515	0,712
Moradia	11,765	9,759	13,503	16,176	48,797	0,241	0,200	0,277	0,332	1,000
Vizinhança	0,000	2,326	12,791	72,093	12,791	0,000	0,032	0,177	1,000	0,177
Baixa vulnerabilidade		Média vulnerabilidade			Alta vulnerabilidade		Muito alta vulnerabilidade			

**Organização:** Autores

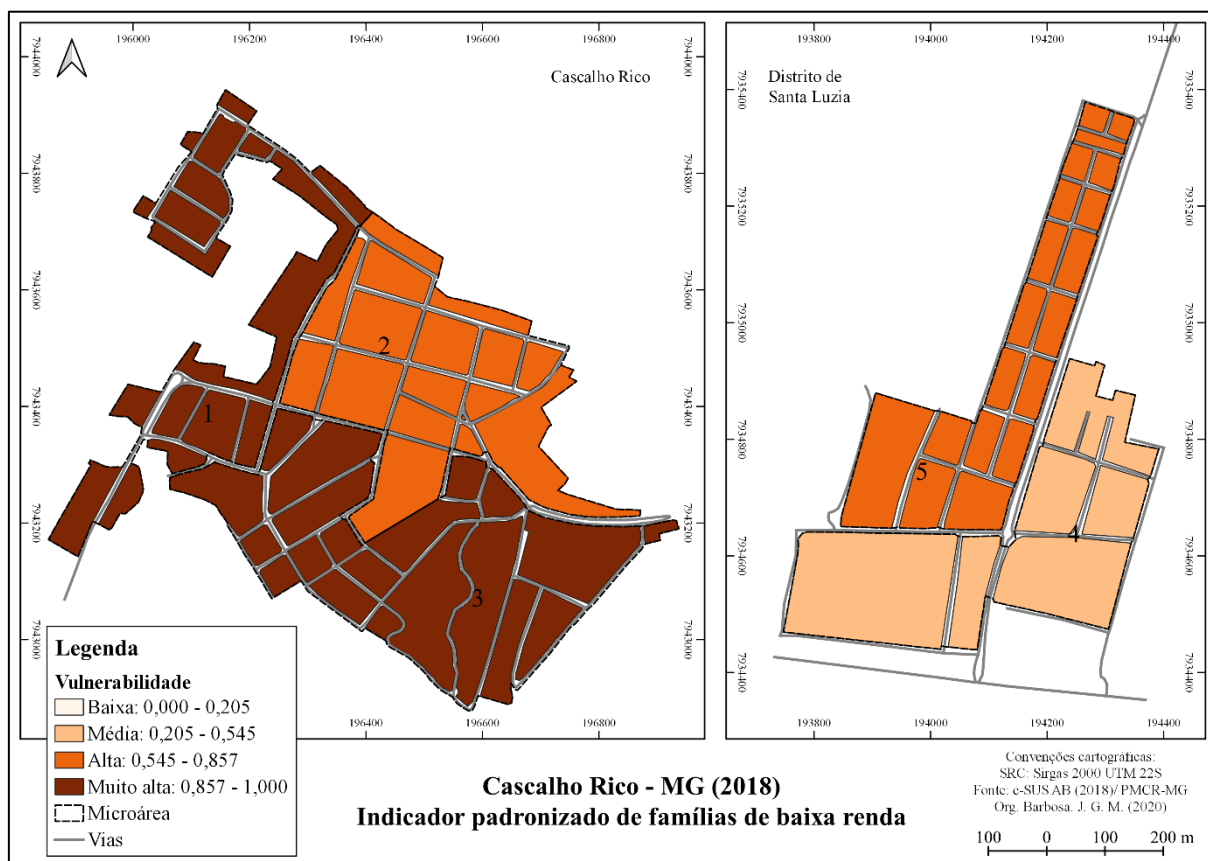
A Tabela 1 apresenta o percentual populacional e os valores normalizados pelas dimensões analisadas. A microárea 5 (Ma5) apresenta muito alta vulnerabilidade em quatro das seis dimensões, é a mais vulnerável na dimensão sociodemográfica, educação e moradia. A Ma2 é a menos vulnerável e não apresenta muito alta vulnerabilidade em nenhuma das

dimensões, sendo a única com baixa vulnerabilidade no contexto do lugar. A fim de compreender a influência de cada indicador, no grau de vulnerabilidade de cada dimensão e seu peso na composição dos índices, analisaremos individualmente os indicadores de vulnerabilidade.

Tabela 2 - Indicadores de vulnerabilidade, valores percentuais e normalizados

Contexto	Dimensões	Indicadores de vulnerabilidade	Percentual populacional					Total populacional (%)	Valores normalizados					
			Ma1	Ma2	Ma3	Ma4	Ma5		Ma1	Ma2	Ma3	Ma4	Ma5	
Território	Renda familiar	Proporção de famílias de baixa renda	16,018	11,899	15,675	6,979	9,611	60,183	1,000	0,743	0,979	0,436	0,600	
		Taxa de desemprego	1,180	0,337	0,787	0,000	0,169	2,473	1,000	0,286	0,667	0,000	0,143	
	Sociodemografia	Proporção de crianças < 1 anos	0,074	0,222	0,148	0,185	0,222	0,850	0,333	1,000	0,667	0,833	1,000	
		Proporção de crianças < 5 anos	0,924	0,739	1,072	1,109	1,589	5,432	0,581	0,465	0,674	0,698	1,000	
		Proporção de pessoas com 60 anos ou mais	4,656	4,508	3,178	1,035	3,622	16,999	1,000	0,968	0,683	0,222	0,778	
		Proporção de pessoas não brancas	5,617	2,513	6,245	13,932	16,556	44,863	0,339	0,152	0,377	0,842	1,000	
		Taxa de gestantes	0,084	0,251	0,251	0,586	0,921	2,092	0,091	0,273	0,273	0,636	1,000	
	Educação	Taxa de analfabetismo	0,357	0,893	0,491	0,670	1,072	3,484	0,333	0,833	0,458	0,625	1,000	
		Proporção de pessoas sem ensino fundamental completo	11,389	9,647	10,362	9,022	13,086	53,506	0,870	0,737	0,792	0,689	1,000	
		Proporção de pessoas sem ensino médio completo	13,310	10,818	12,014	11,715	18,245	66,102	0,730	0,593	0,658	0,642	1,000	
		Proporção de pessoas sem ensino superior completo	18,940	15,191	17,388	14,544	21,008	87,072	0,902	0,723	0,828	0,692	1,000	
	População	Saúde	Proporção de usuários de álcool	2,809	0,887	2,882	1,774	0,591	8,943	0,974	0,308	1,000	0,615	0,205
			Proporção de usuários de drogas	0,074	0,000	0,074	0,000	0,259	0,407	0,286	0,000	0,286	0,000	1,000
			Proporção de fumantes	2,476	1,109	2,180	1,959	1,552	9,276	1,000	0,448	0,881	0,791	0,627
		Proporção de diagnosticados com problemas de Saúde Mental	0,185	0,074	0,739	0,000	0,000	0,998	0,250	0,100	1,000	0,000	0,000	
		Proporção de diabéticos	0,776	0,628	0,739	0,222	0,628	2,993	1,000	0,810	0,952	0,286	0,810	
		Proporção de hipertensos	3,363	2,882	2,993	1,478	2,809	13,525	1,000	0,857	0,890	0,440	0,835	
		Proporção de doentes cardiovasculares	0,333	0,333	0,554	0,259	0,554	2,033	0,600	0,600	1,000	0,467	1,000	
		Proporção de doentes renais	0,148	0,296	0,407	0,222	0,259	1,330	0,364	0,727	1,000	0,545	0,636	
		Proporção de pessoas que tiveram câncer	0,222	0,074	0,037	0,111	0,074	0,517	1,000	0,333	0,167	0,500	0,333	
		Proporção de pessoas que tiveram AVC/Derrame	0,148	0,037	0,037	0,074	0,111	0,407	1,000	0,250	0,250	0,500	0,750	
		Proporção de pessoas que tiveram infarto	0,111	0,074	0,000	0,111	0,074	0,370	1,000	0,667	0,000	1,000	0,667	
		Proporção de doentes respiratórios ou pulmonares	0,296	0,259	0,222	0,000	0,222	0,998	1,000	0,875	0,750	0,000	0,750	
		Proporção de pessoas acima do peso	1,848	0,702	1,589	0,554	1,589	6,282	1,000	0,380	0,860	0,300	0,860	
		Proporção de pessoas abaixo do peso	0,074	0,074	0,074	0,111	0,222	0,554	0,333	0,333	0,333	0,500	1,000	
		Proporção de pessoas com deficiência	0,333	0,333	0,554	0,148	0,702	2,069	0,474	0,474	0,789	0,211	1,000	
		Proporção de acamados	0,037	0,111	0,148	0,000	0,000	0,296	0,250	0,750	1,000	0,000	0,000	
		Proporção de domiciliados	0,111	0,074	0,222	0,037	0,000	0,443	0,500	0,333	1,000	0,167	0,000	
		Proporção de pessoas que foram internadas nos últimos 12 meses	0,517	0,222	0,148	0,074	0,222	1,183	1,000	0,429	0,286	0,143	0,429	
		Lugar	Moradia	Proporção de moradias sem rede encanada até o domicílio	0,114	0,000	0,114	0,114	0,686	1,030	0,167	0,000	0,167	0,167
	Proporção de moradias sem energia elétrica			0,000	0,114	0,000	0,000	0,114	0,229	0,000	1,000	0,000	0,000	1,000
	Proporção de moradias inadequadas			0,000	0,114	1,144	0,343	1,144	2,746	0,000	0,100	1,000	0,300	1,000
Proporção de risco de presença de vetores	9,382			7,666	9,268	3,661	12,243	42,220	0,766	0,626	0,757	0,299	1,000	
Proporção de moradias sem água tratada	0,000			0,000	0,114	0,000	0,000	0,114	0,000	0,000	1,000	0,000	0,000	
Proporção de moradias sem rede coletora de esgoto ou pluvial	0,572			0,458	0,915	9,725	27,574	39,245	0,021	0,017	0,033	0,353	1,000	
Vizinhança	Proporção de moradias com acesso sem pavimentação		0,000	0,229	0,801	7,094	1,259	9,382	0,000	0,032	0,113	1,000	0,177	
	Proporção de moradias sem coleta de lixo		0,000	0,000	0,458	0,000	0,000	0,458	0,000	0,000	1,000	0,000	0,000	

Organização: Autores

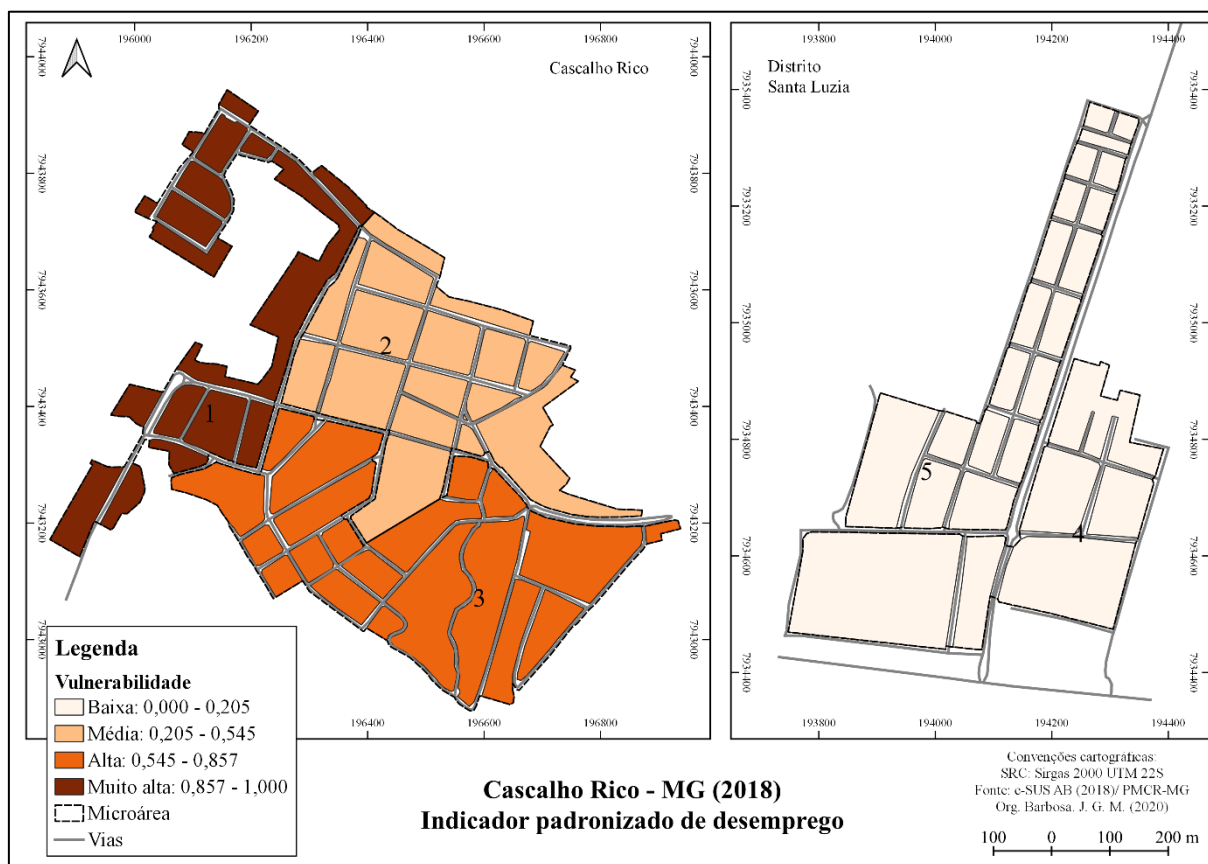
**Mapa 2 - Indicador padronizado de famílias de baixa renda**

**Organização:** Autores

São dois os indicadores que compõem a renda familiar, a proporção de famílias de baixa renda e a taxa de desemprego. Foi considerado o Decreto nº 6.135/2007 que dispõe sobre programas sociais do governo federal e classifica famílias de baixa renda como as que possuem renda familiar mensal per capita de até meio salário mínimo ou renda familiar mensal de até três salários mínimos. Dessa forma, mais de 60% (Tabela 2) das famílias de Cascalho Rico podem ser consideradas de baixa renda.

As microáreas 1 e 2 são as que possuem maior indicador de vulnerabilidade em relação à renda, e Ma4 o menor. Mais de 16% da população da Ma1 é de baixa renda, contra 6,97% da Ma4. Além disso, a população da Ma1 possui a maior taxa de desemprego (Mapa 3) e a maior proporção de pessoas com 60 anos ou mais (Tabela 2).

**Mapa 3 - Indicador padronizado de desemprego**

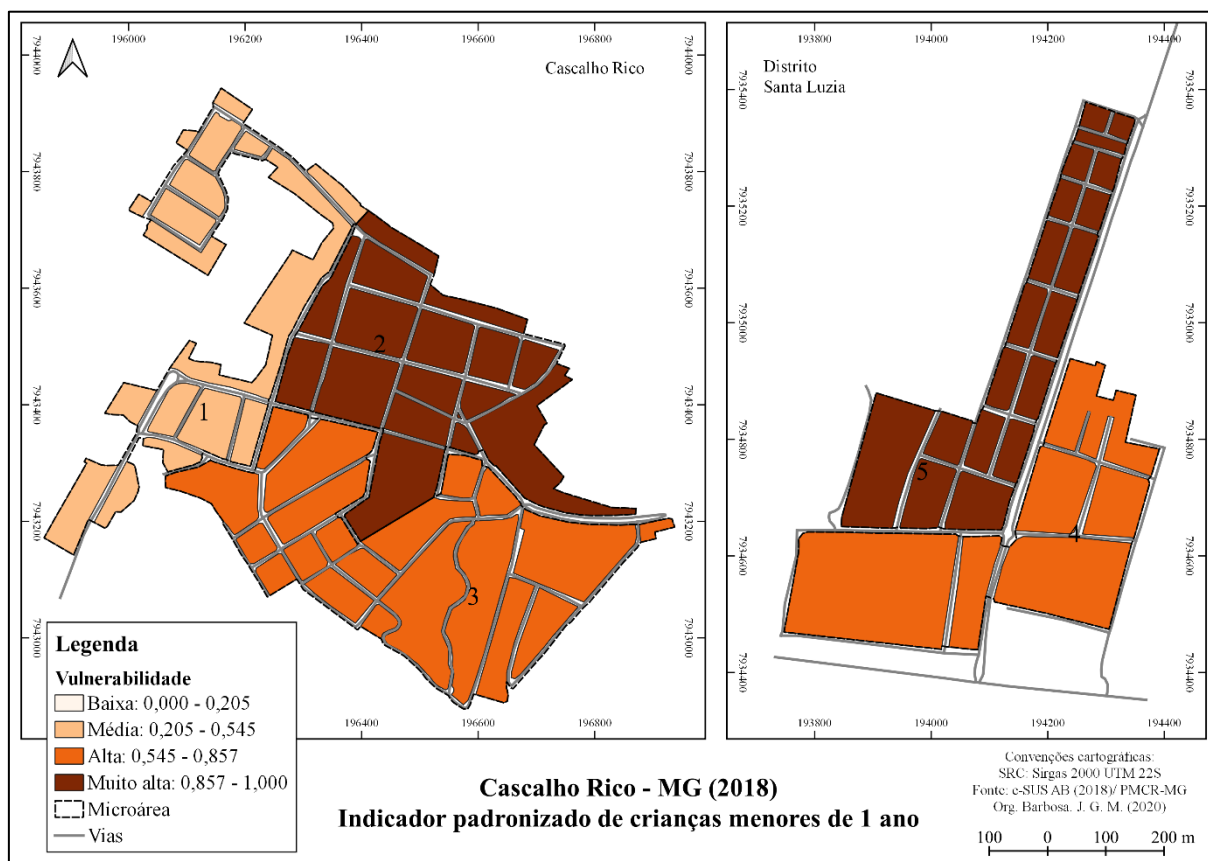


**Organização:** Autores

Esse fato pode indicar elevado grau de dependência familiar, tendo em vista que foram consideradas, em nosso estudo, as residências com renda familiar mensal de até três salários mínimos, além de a microárea referida apresentar bons indicadores de moradia e vizinhança. Vale ressaltar que o indicador de renda é proporcional, e a Ma1, além de abrigar a maior proporção de famílias de baixa renda, possui a maior quantidade de famílias que recebe acima de três salários mínimos.

A taxa de desemprego, nas microáreas 4 e 5, é a menor do município, sendo que na Ma4 é zero, ainda que seja pouco provável, pois algumas pessoas não informam sua condição real. Reflexo disso é que menos de 3% da população de Cascalho Rico encontrava-se desempregada e a quantidade de trabalhadores vinculados ao campo é considerável (apêndice), evidenciando a importância do campo na geração de renda das famílias do município.

**Mapa 4 - Indicador padronizado de crianças menores de 1 ano**



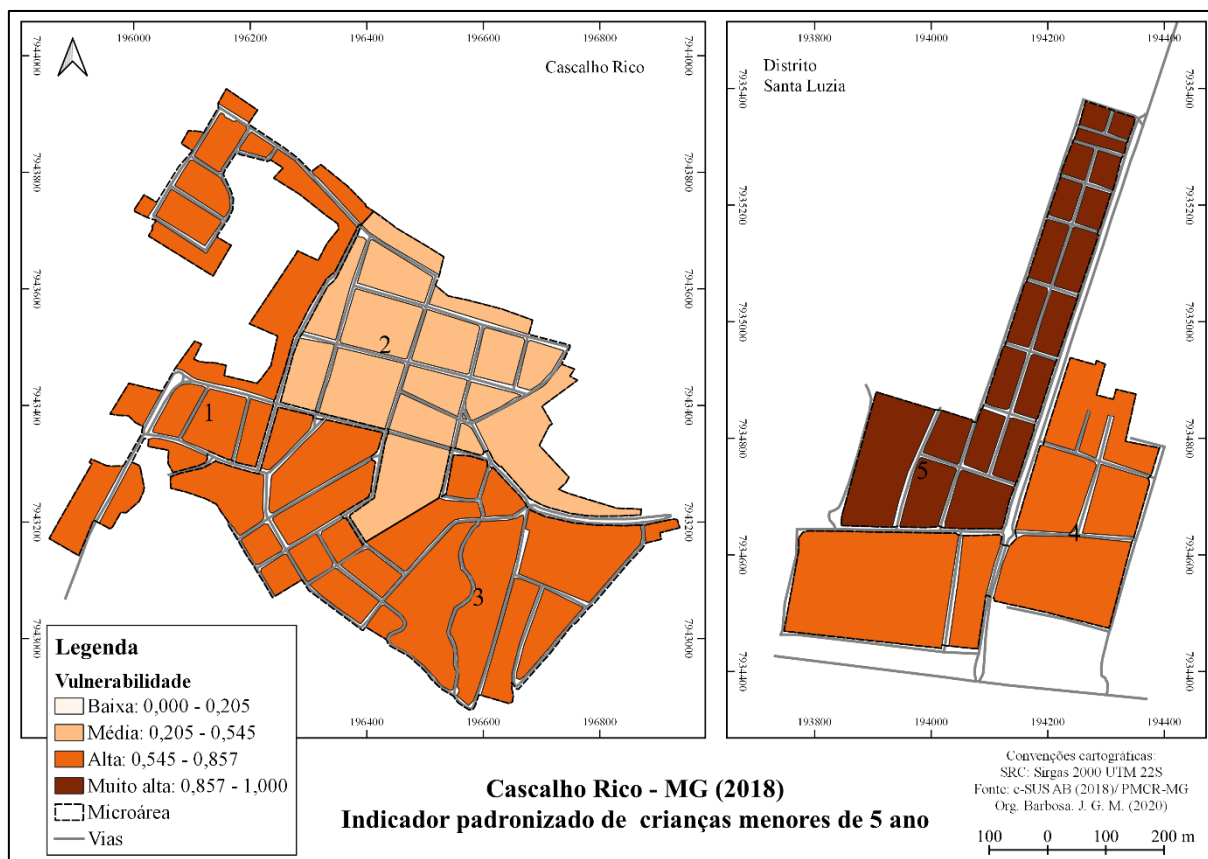
**Organização:** Autores

São cinco os indicadores que compõem a dimensão sociodemográfica, três sobre a estrutura etária, um sobre a cor e outro sobre a taxa de gestantes. Esses indicadores são importantes, pois pessoas nessas condições são mais vulneráveis que outras, tanto na questão etária, quanto étnica. Dessa forma, podemos considerar que esse grupo é de risco, e o acúmulo dos indicadores de outras dimensões os torna mais vulneráveis.

As microáreas 2 e 5 são as que possuem maior vulnerabilidade em relação a crianças menores de 1 ano, ou seja, nessas microáreas, a proporção de crianças nessa faixa etária é maior que em outras. A Ma1 é a que possui a menor proporção entre as estudadas; ao todo, as crianças abaixo de 1 ano representam menos de 1% da população do município. Em relação ao indicador de crianças menores que 5 anos, foram consideradas as maiores que 1. A Ma5 permanece sendo a que possui maior proporção e a Ma2 a menor. Ao todo, as crianças que estão nessa faixa etária representam 5,4% do total populacional. A população nessa faixa etária deve ser acompanhada

por ações voltadas à promoção da saúde, sob orientação da equipe de saúde da família, junto aos responsáveis.

**Mapa 5 - Indicador padronizado de crianças menores de 5 anos**

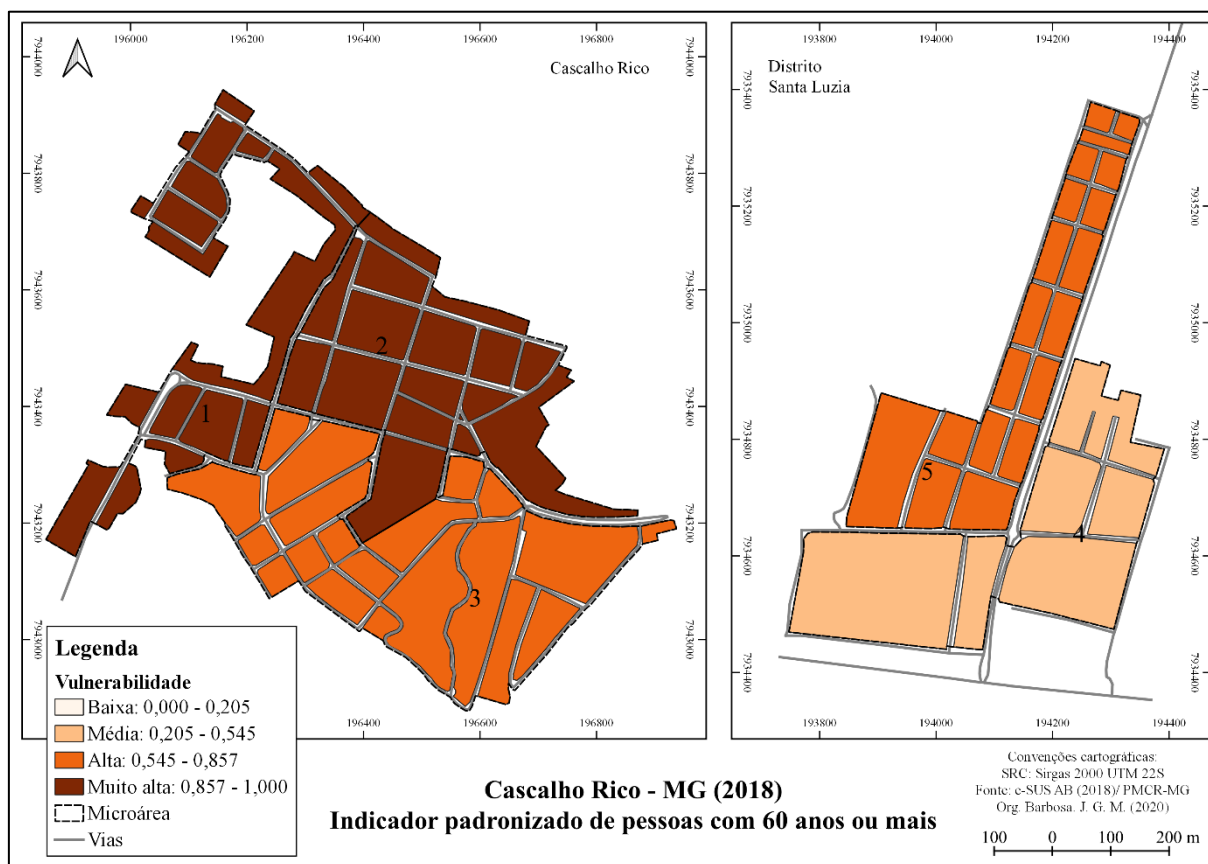


**Organização:** Autores

A população idosa do município é considerável, ao todo quase 17% do total populacional são pessoas com 60 anos ou mais. No geral, a população nessa faixa etária encontra-se em situação de risco e é mais dependente da AB e ações de vigilância em saúde. Além disso, a renda familiar e a exposição a péssimas condições de habitação ampliam a vulnerabilidade dessa população. Os ACS e toda ESF são fundamentais no acompanhamento da condição de saúde, sobretudo em relação às comorbidades.



**Mapa 6 - Indicador padronizado de pessoas com 60 anos ou mais**



**Organização:** Autores

A proporção de pessoas não brancas expressa a desigualdade racial em saúde. Vale a pena ressaltar alguns aspectos referentes à questão de raça na sociedade brasileira. Segundo Barata (2009), a noção de raça, entre humanos, é um constructo ideológico, relacionado à noção de dominação de certos grupos étnicos. Não há, do ponto de vista biológico, sustentação ao conceito ou noção de raça. Entretanto, compreender os determinantes sociais da saúde é saber reconhecer as desigualdades que fazem mal à saúde.

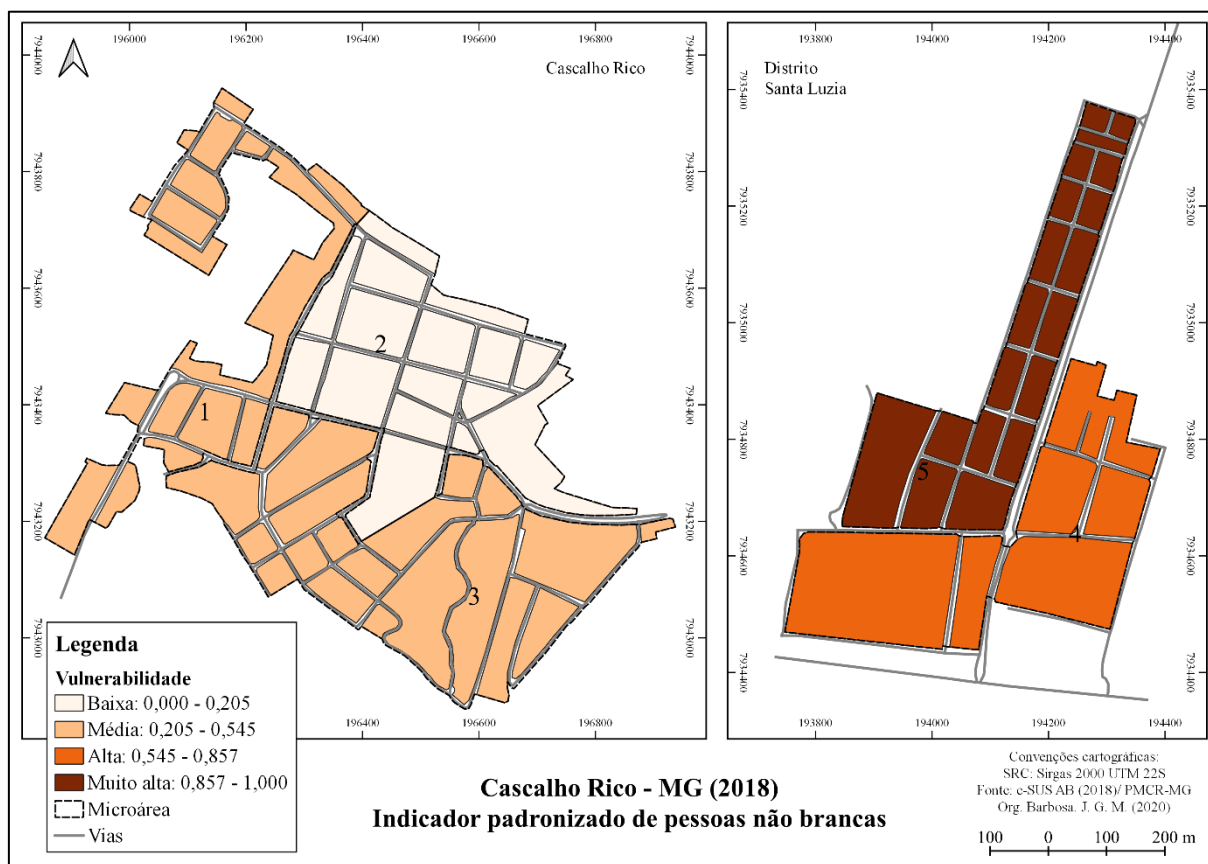
A questão racial tem importante relação com as iniquidades em saúde. Lopes (2005) aponta seis evidências das desigualdades sócio-raciais no Brasil, entre elas a concentração da riqueza e da pobreza, condições de moradia e habitação, acesso à educação, emprego, renda e desesperança de vida ao nascer. Segundo Barata (2009), em relação a questões étnicas em saúde, três aspectos são subavaliados nas pesquisas epidemiológicas, são eles: 1- efeito da acumulação de desvantagens históricas; 2 – efeitos contextuais, relacionados a

condições de moradia; 3 – os efeitos de viver em uma sociedade notoriamente racista. Ainda que não sejamos capazes de mensurar e superar essas limitações, podemos corroborar com a constatação do autor de que as desigualdades fazem mal à saúde, sobretudo a racial por possuir forte vínculo com a questão social.

A Ma5 é a mais vulnerável em relação à proporção de pessoas não brancas; ao todo, 44,8% da população não são brancos. Desses, 16,5% residem na Ma5 e 2,5% na Ma2. Além disso, a Ma5 é a mais vulnerável em três das seis dimensões avaliadas (Tabela 1) e possui o maior percentual em relação à população vulnerável em todos os índices, ao passo que a Ma2 é a menos vulnerável em relação ao indicador de pessoas não brancas e a menos vulnerável em todos as dimensões e com os menores percentuais de vulnerabilidade por microárea (Gráfico 2).

A taxa de gestante foi um dos quesitos avaliados, foi considerada a população feminina entre 10 e 54 anos. A gestação certamente é uma questão que amplia o risco às pessoas nessa condição, se somarmos a isso a desigualdade de renda, o grau de vulnerabilidade pode ser ampliado. O acompanhamento especializado é essencial para reduzir as iniquidades, a AB oferece pré-natal totalmente gratuito por meio da UBSF; ainda assim é necessário ampliar a rede de assistência, especialmente para as mães em situação de maior vulnerabilidade social.

**Mapa 7 - Indicador padronizado de pessoas não brancas**

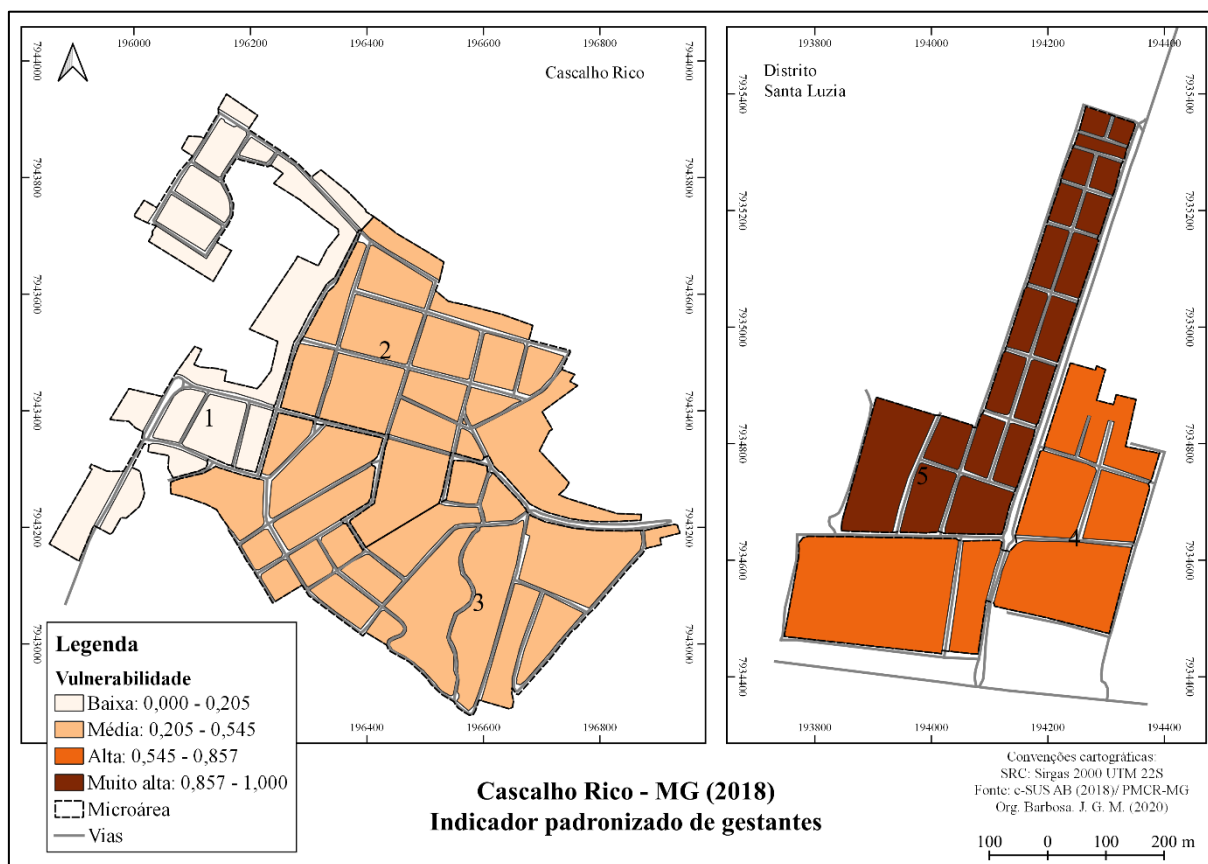


**Organização:** Autores

Dentre as microáreas analisadas, a que possui maior proporção de gestantes é a cinco, que também tem as piores condições de moradia e alta vulnerabilidade na dimensão da renda. Ao todo, 2,09% da população estão gestantes; desse total, 0,9% reside na Ma5. Vale ressaltar que a UBSF mais próxima está a mais de 10km da microárea, tornando ainda mais relevante o atendimento domiciliar por parte da equipe de saúde da família.

Na dimensão da educação, foram considerados quatro níveis distintos, proporção de analfabetos, indivíduos sem ensino fundamental completo, sem ensino médio completo e sem superior completo, em qualquer uma das modalidades possíveis de se concluir a etapa de aprendizado. A Ma5 foi a que apresentou maior vulnerabilidade nessa dimensão; no entanto, todas as demais foram classificadas com alta vulnerabilidade, sendo que a Ma4 é a que possui o menor valor normalizado (Tabela 1).

**Mapa 8 - Indicador padronizado de gestantes**

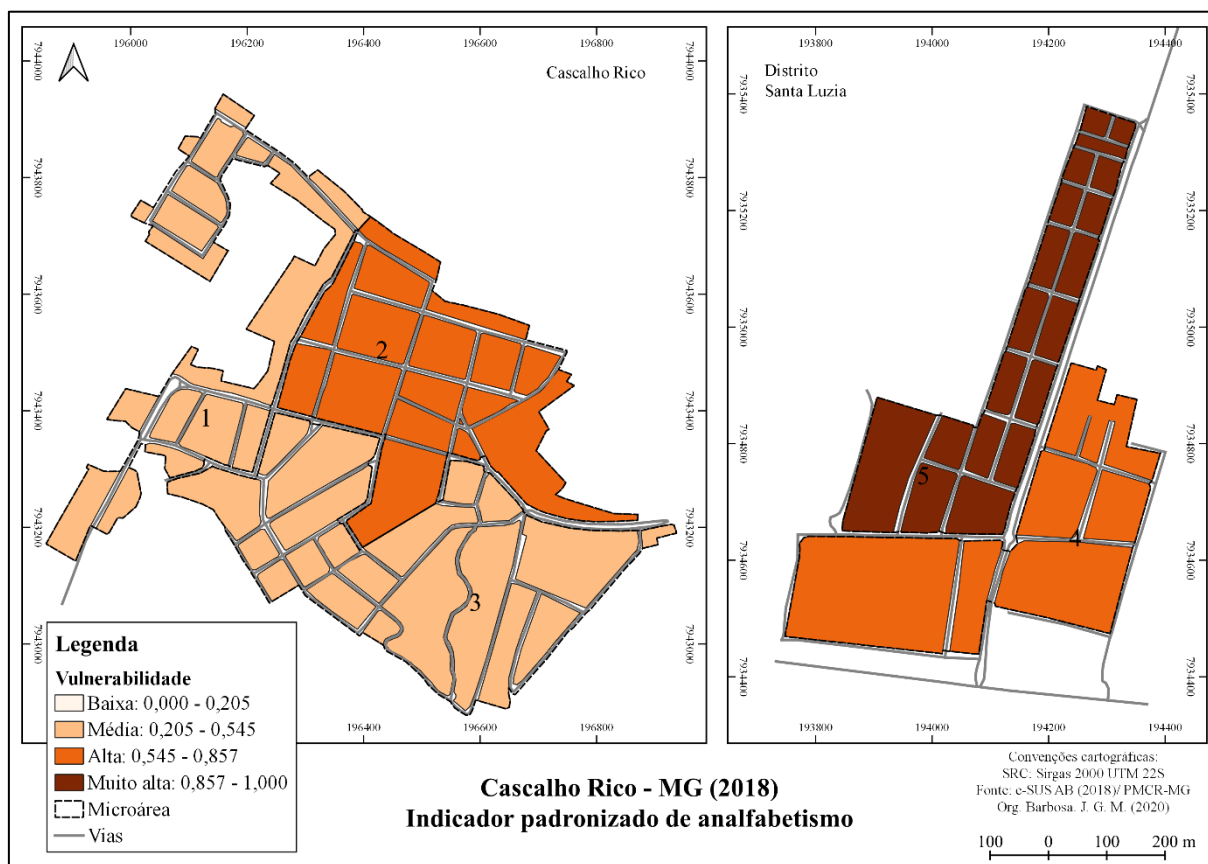


**Organização:** Autores

A questão da educação se relaciona com o nível de instrução social, e também com a renda. Pessoas com menor nível educacional geralmente ocupam cargos de menor remuneração e, conseqüentemente, possuem menos liberdade e acabam vivendo em lugares com menos infraestrutura, habitando casas em piores condições. Segundo Barata (2009), a autoavaliação do estado de saúde, a prevalência de doenças crônicas, acesso e uso dos serviços de saúde e utilização de serviços preventivos, varia positivamente com os anos de escolaridade. De forma geral, quanto maior a escolaridade, melhores as condições de saúde.

A microárea com maior taxa de analfabetismo é a cinco, com mais de 1% da população analfabeta do município, sendo que o total é e 3,48%. Ademais, a Ma5 possui a maior proporção em todos os indicadores de educação. Ao todo, mais de 53% da população, acima de 15 anos, não possui ensino fundamental completo, dos quais mais de 13% estão na Ma5 e outros 11,3% na Ma1, a segunda maior proporção do município.

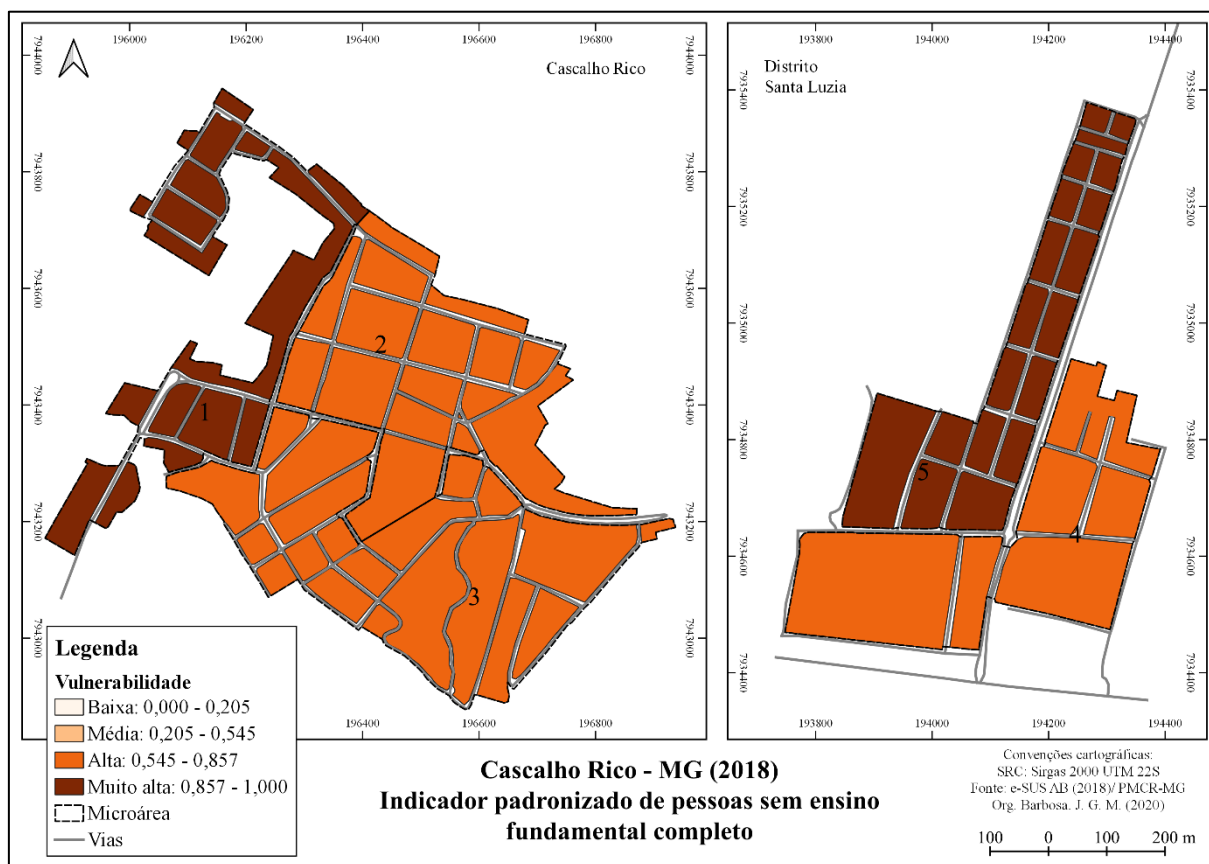
**Mapa 9 - Indicador padronizado de analfabetismo**



**Organização:** Autores

Mais de 66% da população, acima de 20 anos, não possui ensino médio completo; 18,2% residem na Ma5, ao passo que a Ma2 é a que possui o menor percentual, pouco mais de 10%. Quanto à proporção de pessoas sem ensino superior completo, foi considerada a população acima de 30 anos, foi constatado que 87% da população do município não possuem esse nível de instrução; desses, 21% residem na Ma5. Importante notar que a Ma4 é a que possui a menor proporção, com 14,5%. A Ma2 é a segunda com menor proporção de pessoas que não possuem ensino superior completo, e o maior valor absoluto de pessoas com ensino superior completo, 23% das pessoas que residem nessa microárea possuem ensino superior ou níveis de formação acima.

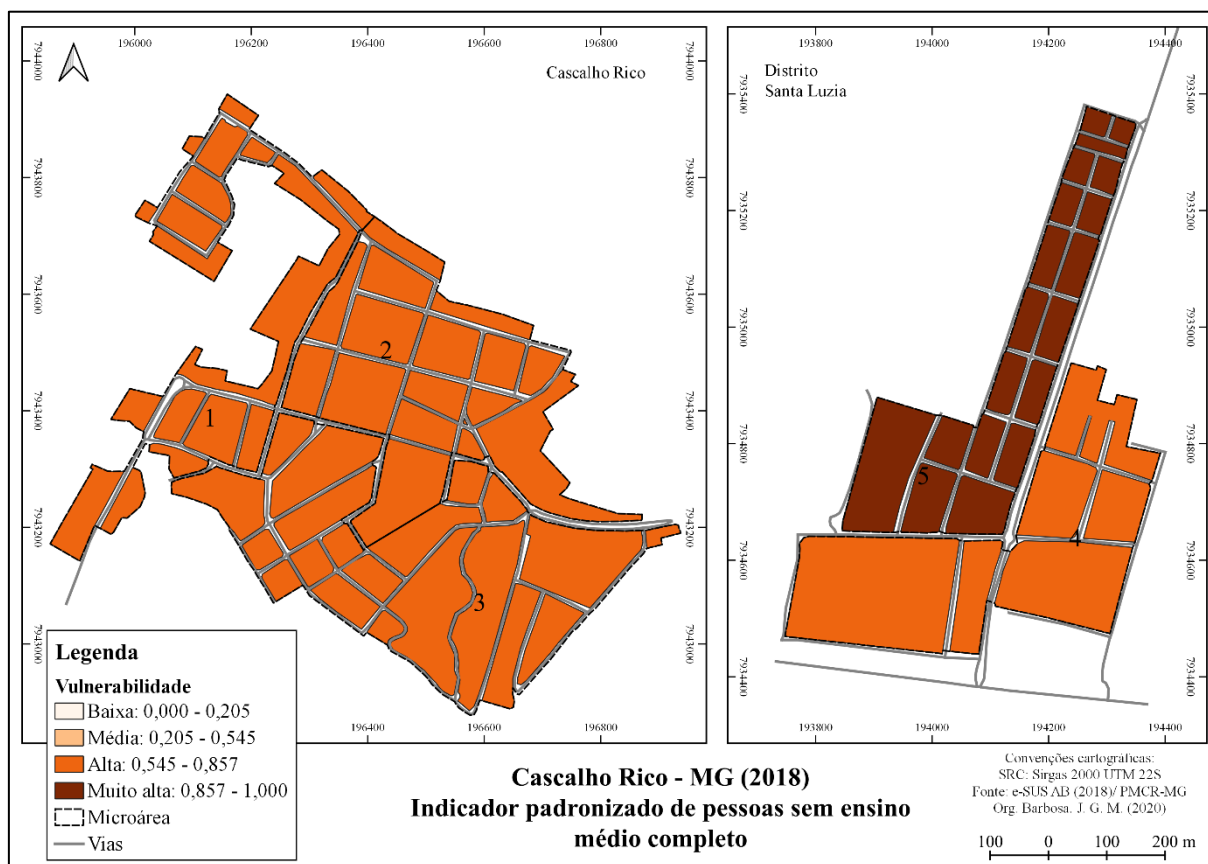
**Mapa 10 - Indicador de pessoas sem ensino fundamental completo**



**Organização:** Autores

Devemos ressaltar que a proporção não reflete o valor absoluto. Ao verificarmos as informações referentes à ocupação da Ma5, foi constatado que das 143 pessoas que informaram sua ocupação, 42% são trabalhadores agropecuários, em geral. A Ma4 é a que possui menor vulnerabilidade na dimensão da educação; dos 179 informados, 62% das pessoas trabalham com agropecuária, sendo a microárea com os melhores indicadores de renda e educação.

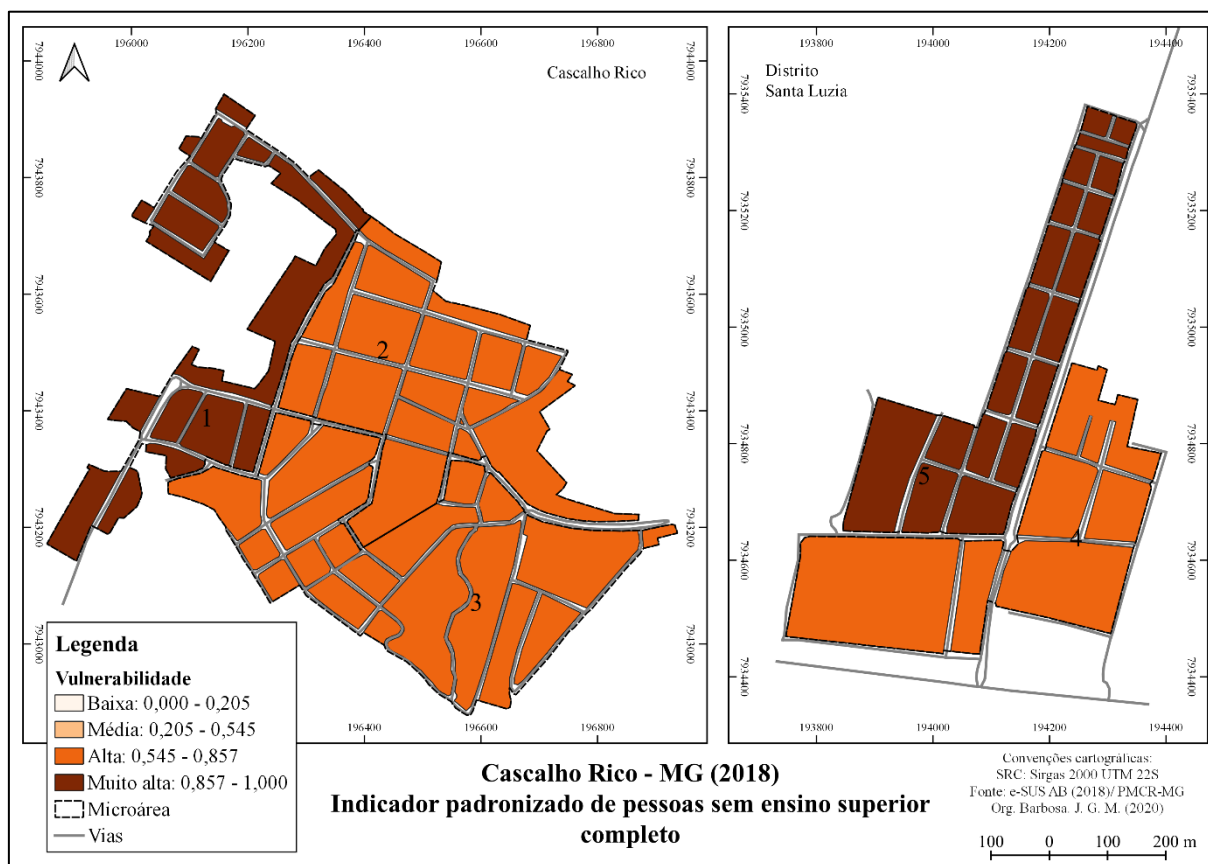
**Mapa 11 - Indicador de pessoas sem ensino médio completo**



**Organização:** Autores

Em números absolutos, apenas 8 pessoas da Ma4 possuem ensino superior completo, contra 29 na Ma5 que possui a pior proporção e 73 da Ma2 que possui a segunda melhor proporção em números relativos e o maior valor absoluto. Ou seja, os resultados são proporcionais ao total de pessoas que residem em uma microárea em relação ao total populacional. Ainda que a Ma4 tenha os melhores indicadores de educação e renda, não quer dizer que esse grupo populacional possua as melhores remunerações do município ou maior quantidade de pessoas com ensino superior completo, mas sim que é o grupo com menor proporção em relação ao total populacional. Dessa forma, é fundamental que todas as dimensões sejam analisadas e compreendidas como um contexto que determina as condições de saúde de um determinado grupo de pessoas.

**Mapa 12** - Indicador padronizado de pessoas sem ensino superior completo



**Organização:** Autores

A dimensão da saúde é a que possui a maior quantidade de indicadores e maior peso na composição dos índices, ela é reflexo dos determinantes sociais do processo saúde-doença. Segundo Neri e Soares (2002), as melhores condições de saúde são privilégio de grupos sociais com maior nível de escolaridade, renda, com melhor acesso à água tratada, esgoto, luz e coleta de lixo. Além disso, os autores afirmam que o diagnóstico de doenças crônicas está associado à renda e à escolaridade, o que torna as morbidades mais difíceis de serem diagnosticadas, à medida que se caminha da base para o topo da pirâmide social.

O contexto de vida, determinado socialmente, amplia a vulnerabilidade das pessoas. A determinação social do processo saúde – doença, segundo Barata (2009), não é uma questão de pobreza absoluta ou relativa, mas sim a inclusão ou exclusão social, ou seja, os impactos da estrutura social sobre a saúde das pessoas, pensando na inclusão ou exclusão social associada a diferentes posições sociais.

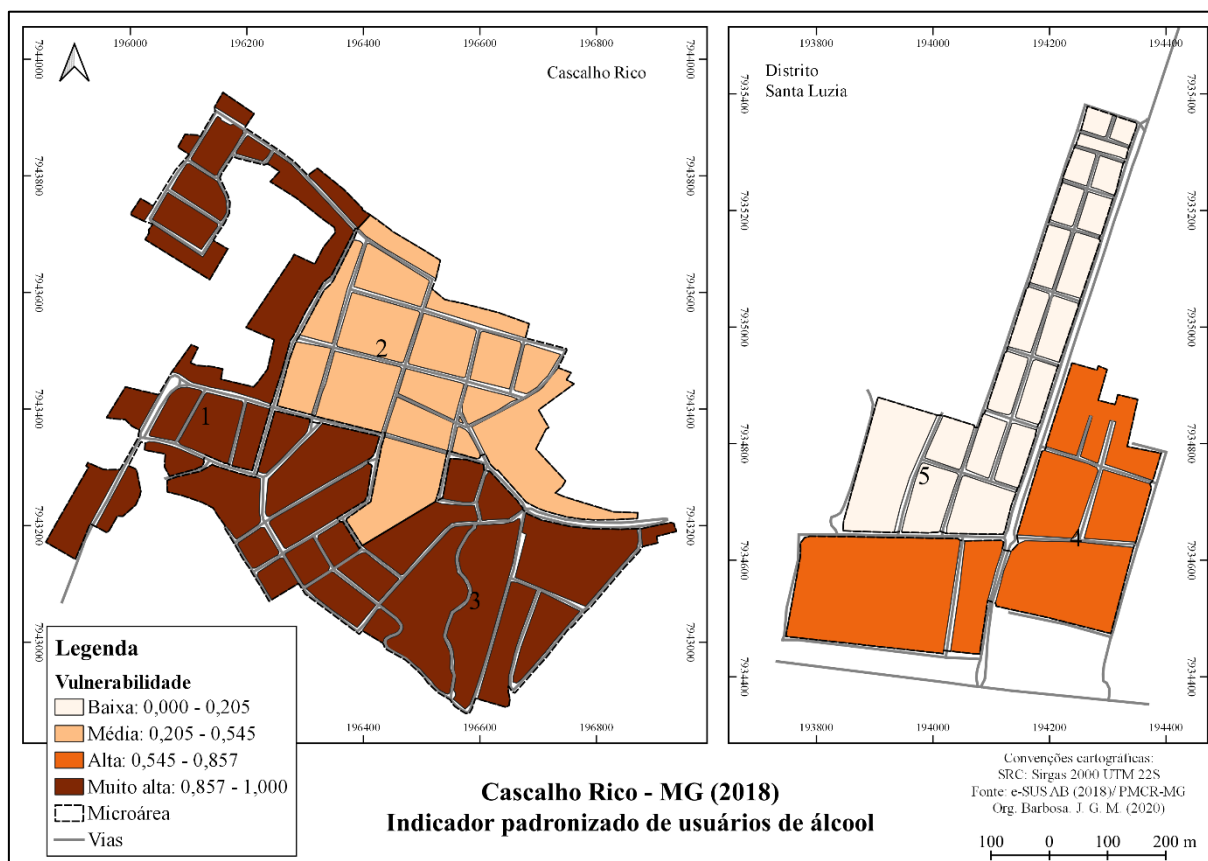


Como já tratado anteriormente, o SUS teve um papel fundamental na redução das desigualdades e na garantia de direitos humanos no Brasil. A esse respeito, Barata (2009) apresenta os números referentes à exclusão racial das mulheres pretas quanto ao acompanhamento pré-natal anterior ao SUS e como a implantação do programa foi capaz de extinguir essa barreira sócio-racial. Contudo, nem tudo pode ser suprido dentro do sistema de saúde, são necessárias intervenções no contexto de vida das pessoas, ações que só podem ser tomadas mediante políticas institucionais que objetivam a redução das iniquidades e construção de espaços saudáveis.

Assim, a condição de saúde, verificada em nosso estudo, apresenta forte relação com as demais dimensões do contexto de vida das pessoas. As microáreas 1, 3 e 5 apresentam muito alta vulnerabilidade nessa dimensão, sendo que mais de 20% da população de cada uma dessas áreas convivem com algum problema de saúde. As microáreas 2 e 4 apresentam alta vulnerabilidade, com 17,8% e 16,04%, respectivamente, da população com algum problema de saúde.

Em meio a isso, o uso de bebida alcoólica é uma questão de saúde e um fator de risco, social e individual. Seu consumo inadequado está relacionado a outros indicadores e torna pessoas suscetíveis a doenças crônicas como diabetes e a problemas renais. A Ma5 é a menos vulnerável; ao todo, 0,5% declarou consumir bebida alcoólica, ao passo que a Ma3 é mais vulnerável, com 2,8% do total. Ao todo, 8,94% da população declararam consumir bebida alcoólica.

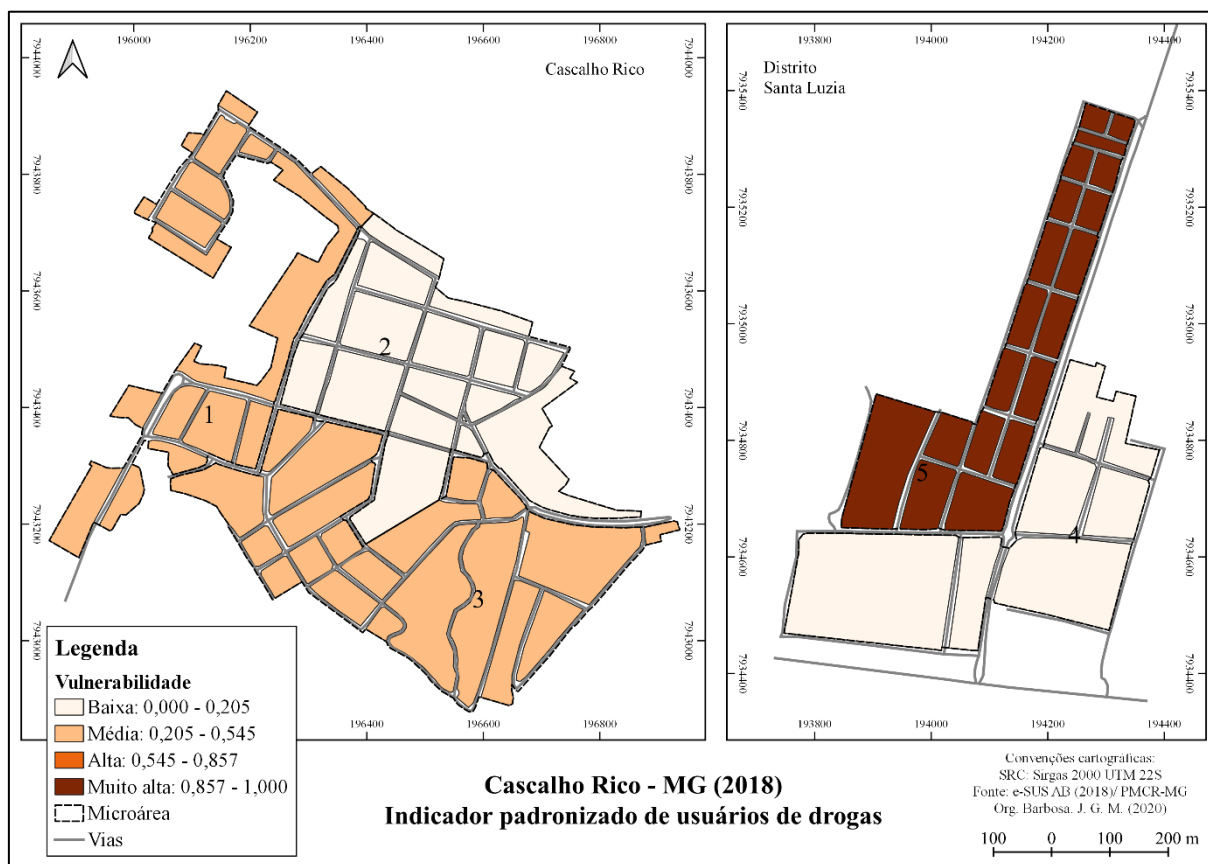
**Mapa 13 - Indicador padronizado de usuários de álcool**



**Organização:** Autores

A proporção de pessoas declarantes como usuárias de drogas é de 0,4% para todo o município. A Ma5 possui 0,2% desse total e 0% para a Ma2 e Ma4. Essas informações são tabus sociais difíceis de serem autodeclaráveis. Já o consumo de bebida alcoólica e consumo de cigarro são melhor aceitos pela sociedade brasileira, refletindo em informações provavelmente menos distorcidas que a proporção de usuários de droga.

**Mapa 14 - Indicador de usuários de drogas**

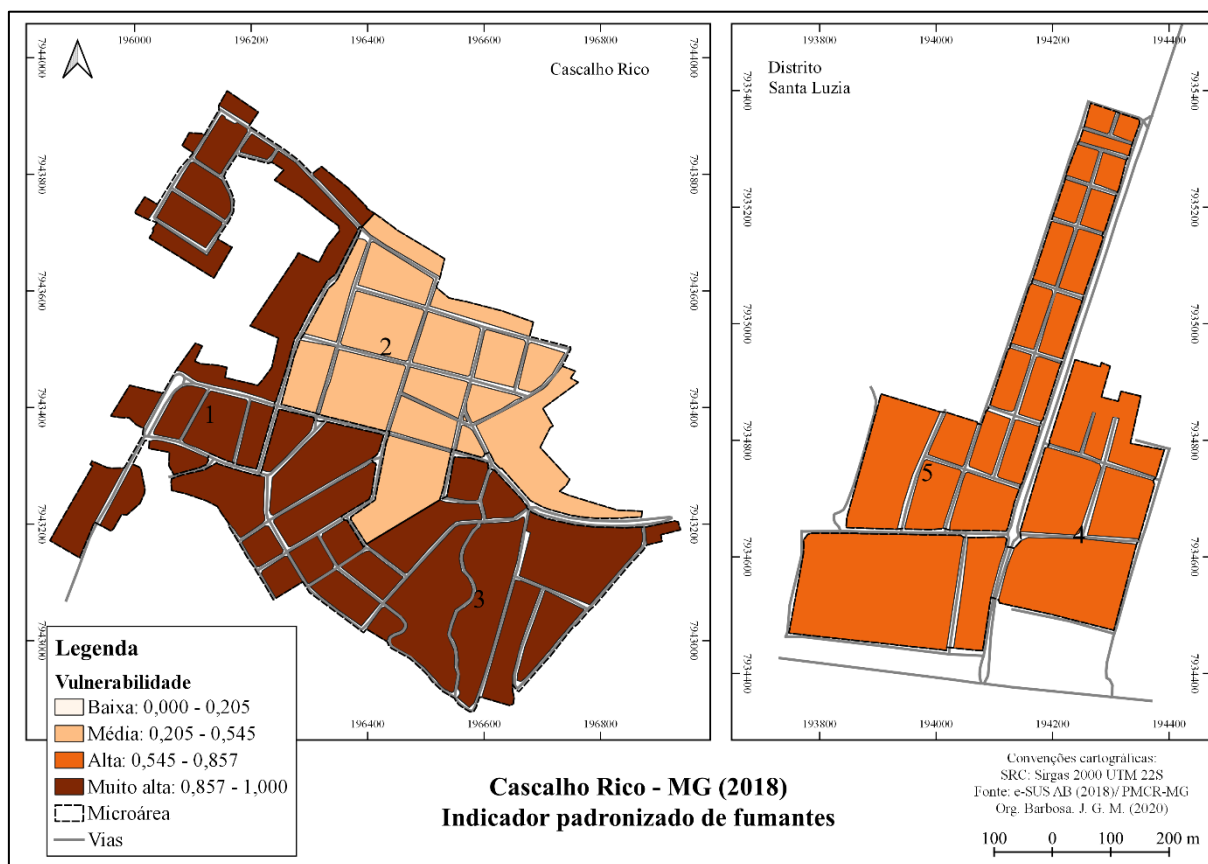


**Organização:** Autores

Mais de 9% do município se declararam fumantes. A Ma1 é a que possui a maior proporção, 2,4% dos moradores são fumantes, seguidos pelos 2,1% da Ma3. A Ma2 é o grupo com menor proporção, 1,1% do total populacional. Quanto às microáreas 4 e 5, classificadas com alta vulnerabilidade, há mais de 1,5% de população fumante em cada uma delas.

O tabaco é um dos principais problemas de saúde da população, relacionado a comportamento evitável. Felizmente, nas duas últimas décadas, políticas públicas foram eficientes ao combater o tabagismo, a principal medida foi regular o *marketing* e a propaganda do setor.

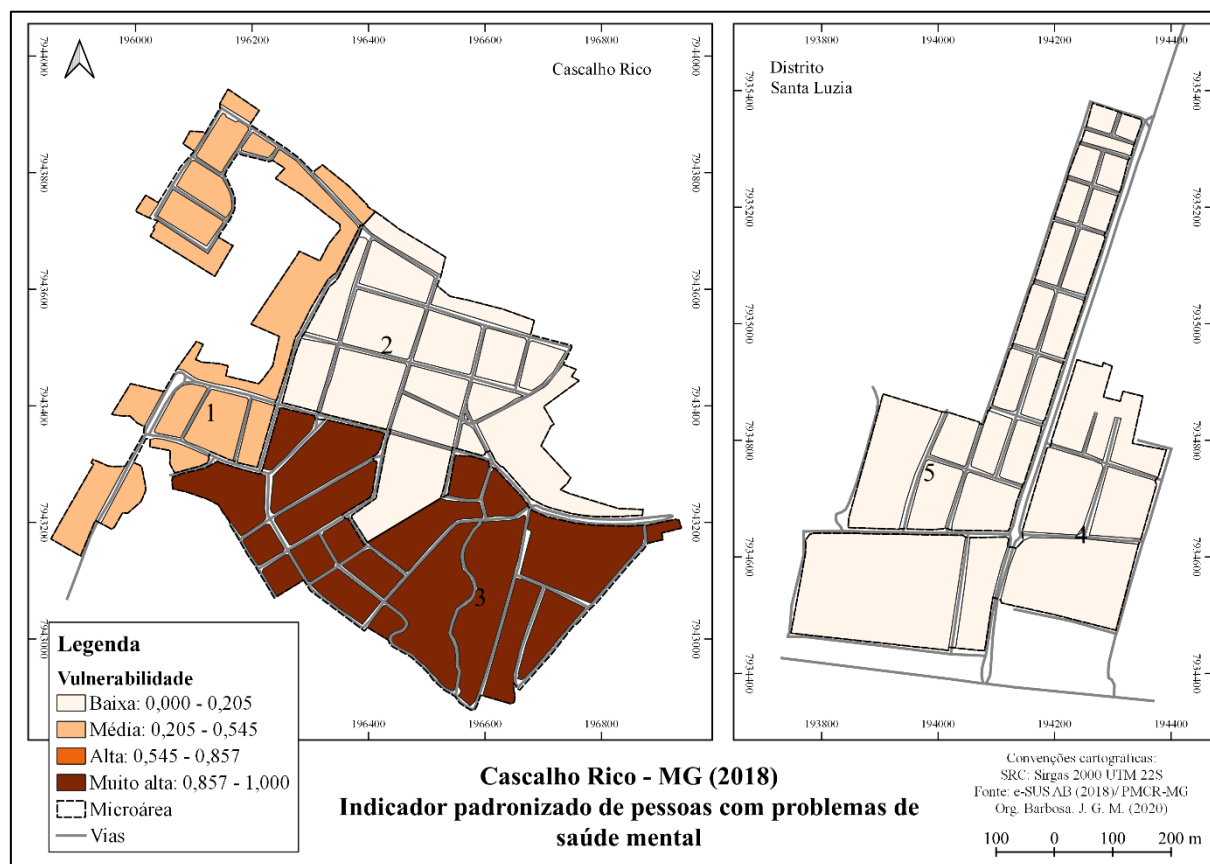
**Mapa 15 - Indicador de fumantes**



**Organização:** Autores

Ao todo, o município possui menos de 1% da população diagnosticada com algum problema de saúde mental, sem registros na microárea 4 e 5. A Ma3 é a que possui maior vulnerabilidade e proporção de 0,73%. Outros 0,18% e 0,07% da população diagnosticada reside nas microáreas 1 e 2, respectivamente. Pessoas nessa condição geralmente precisam de acompanhamento, por vezes de um familiar de primeiro grau. A depender da faixa etária, educação especial e acompanhamento médico especializado.

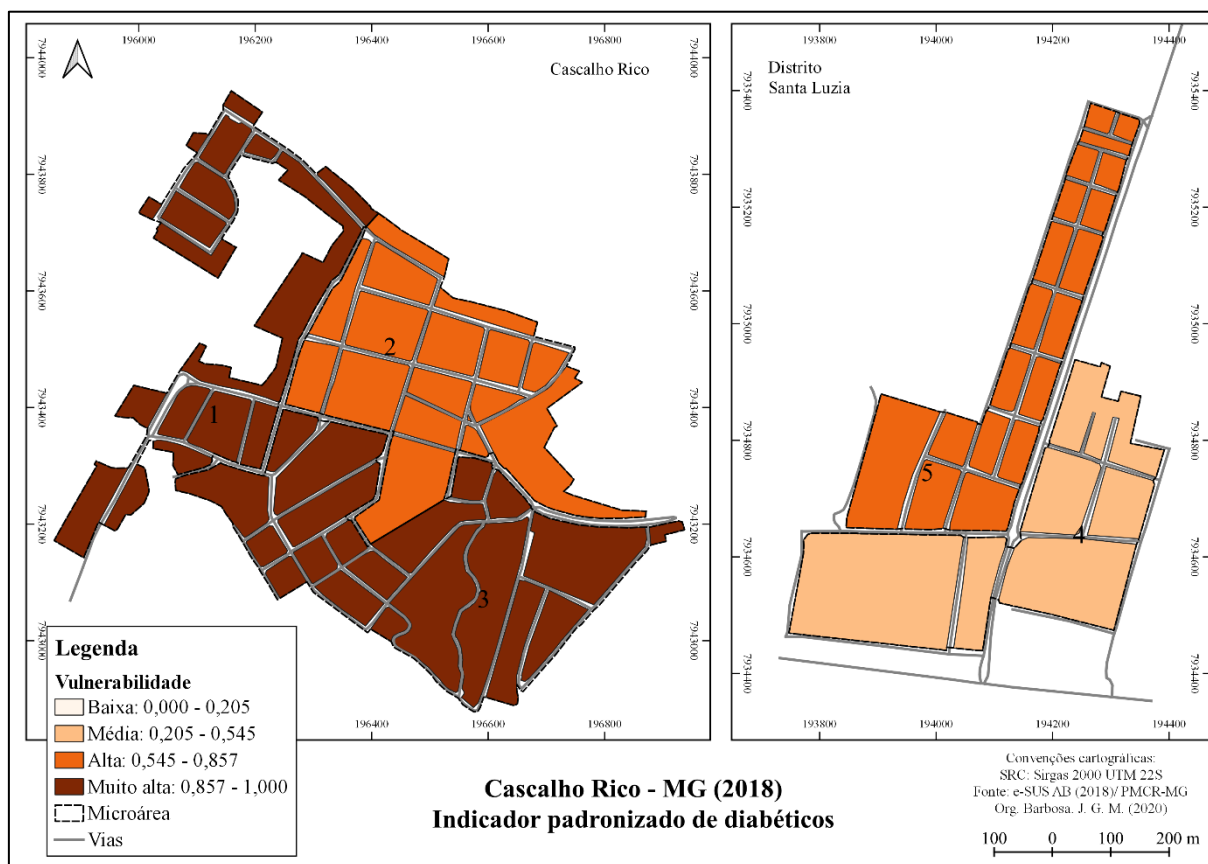
**Mapa 16 - Indicador de pessoas com problemas de saúde mental**



**Organização:** Autores

Quase 3% da população do município declararam ter diabetes, as microáreas 1 e 3 são as mais vulneráveis, com proporção maior que 0,7% em ambas, a mais vulnerável é a Ma1 que também possui o maior percentual de população idosa. A Ma4 é a que detém a menor proporção de diabéticos, 1,4% da população. As microáreas 2 e 5 possuem alta vulnerabilidade e proporção maior que 0,6%. Vale ressaltar que a quantidade de pessoas que não informaram é mínima e provavelmente parte da população desconhece o diagnóstico. Esse percentual está abaixo da média nacional e, segundo a SBAC (2020), o diagnóstico passou de 5,5%, em 2006, para 8,9%, em 2016. Estima-se que 50% dos pacientes desconhecem o diagnóstico que pode ser realizado de maneira simples por meio do controle glicêmico e de exames laboratoriais.

Mapa 17 - Indicador de diabéticos

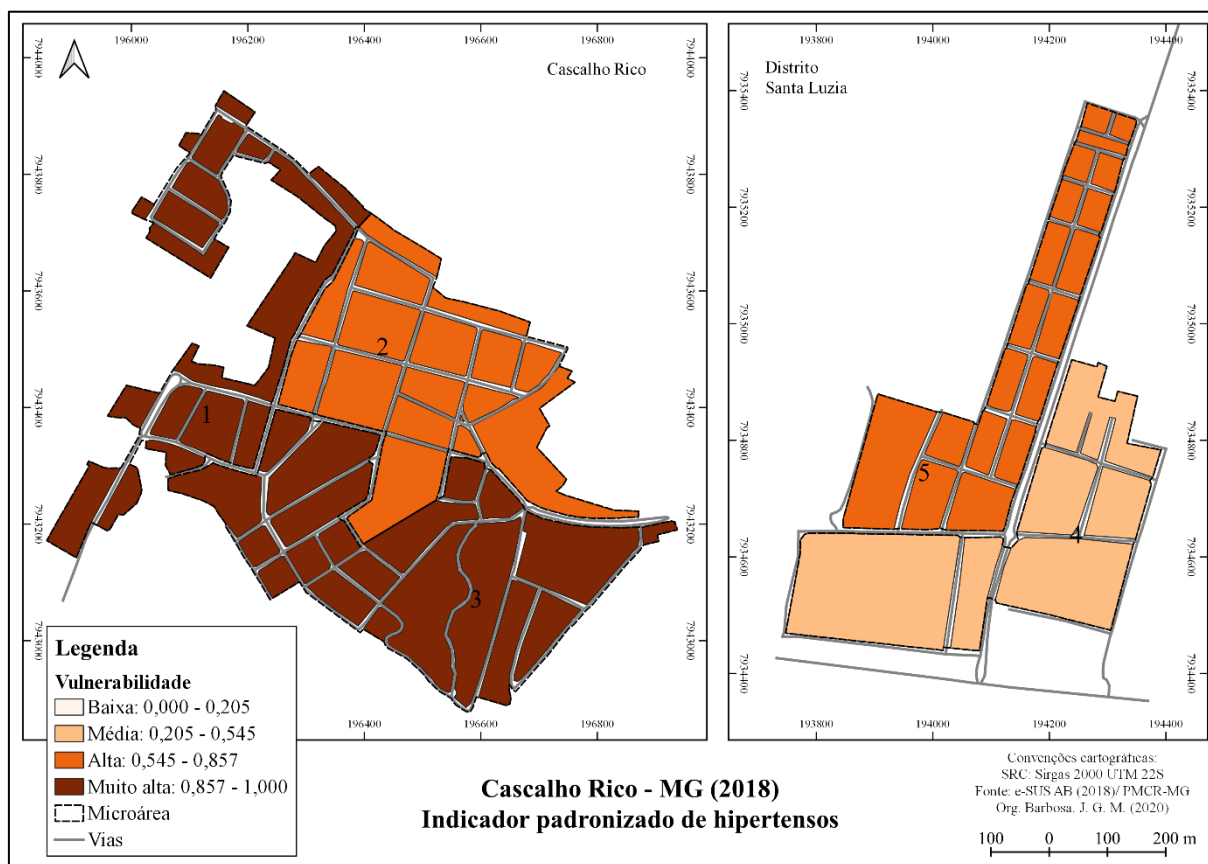


**Organização:** Autores

É fundamental a ação coordenada das equipes de saúde da família na AB para melhorar o diagnóstico da população, com orientação a respeito da alimentação saudável e exercícios físicos. A diabetes do tipo 2 é considerada evitável por meio de um modo de vida saudável; portanto, o apoio da ESF é fundamental para melhorar essa condição e reduzir os custos de tratamento para pacientes e para o sistema de saúde.

Ao todo, mais de 13% da população é hipertensa, as microáreas 1 e 3 são novamente as mais vulneráveis, sendo que a maior proporção está na Ma1, a qual detém 3,3% do total de hipertensos do município. A Ma4 é a menos vulnerável, vale lembrar que possui a menor proporção de idosos do município. As microáreas 2 e 5 são de alta vulnerabilidade, com proporção superior a 2,8%. O diagnóstico, orientação e acompanhamento dos casos de hipertensão são tão importantes quanto os de diabetes.

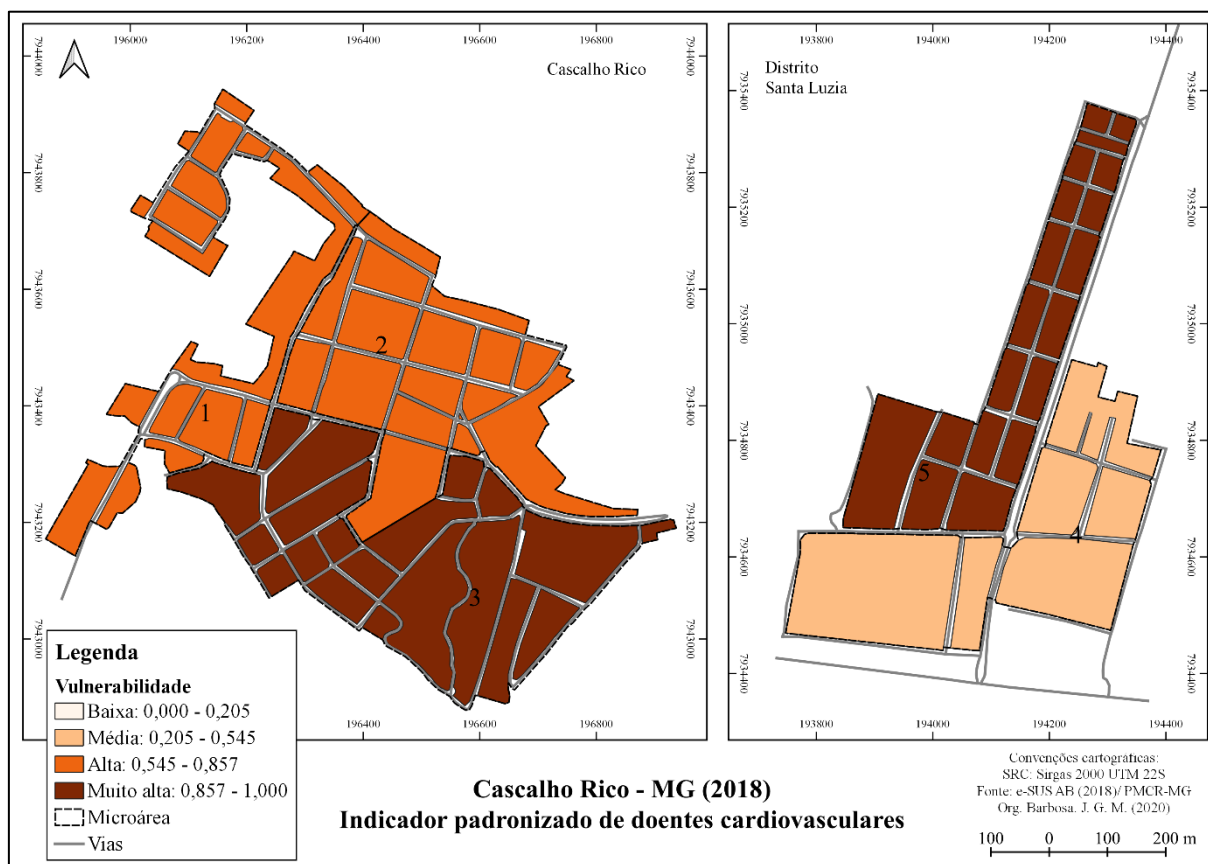
**Mapa 18 - Indicador de hipertensos**



**Organização:** Autores

Mais de 2% da população declararam ter algum problema cardiovascular. As microáreas 3 e 5 possuem 0,5% das pessoas nessa condição, em ambas há a classificação de muito alta vulnerabilidade. Vale considerar que nenhuma dessas microáreas possui a maior proporção de idosos do município. Da mesma forma, as microáreas 1 e 2 possuem o percentual de 0,3% e alta vulnerabilidade. A Ma4 é a que possui a menor proporção, com 0,2% das pessoas com algum problema cardíaco. A ESF deve desempenhar o papel de vigilância em relação a esse grupo, e promover saúde, incentivando hábitos saudáveis e acompanhamento regular com especialista.

**Mapa 19 - Indicador de doentes cardiovasculares**



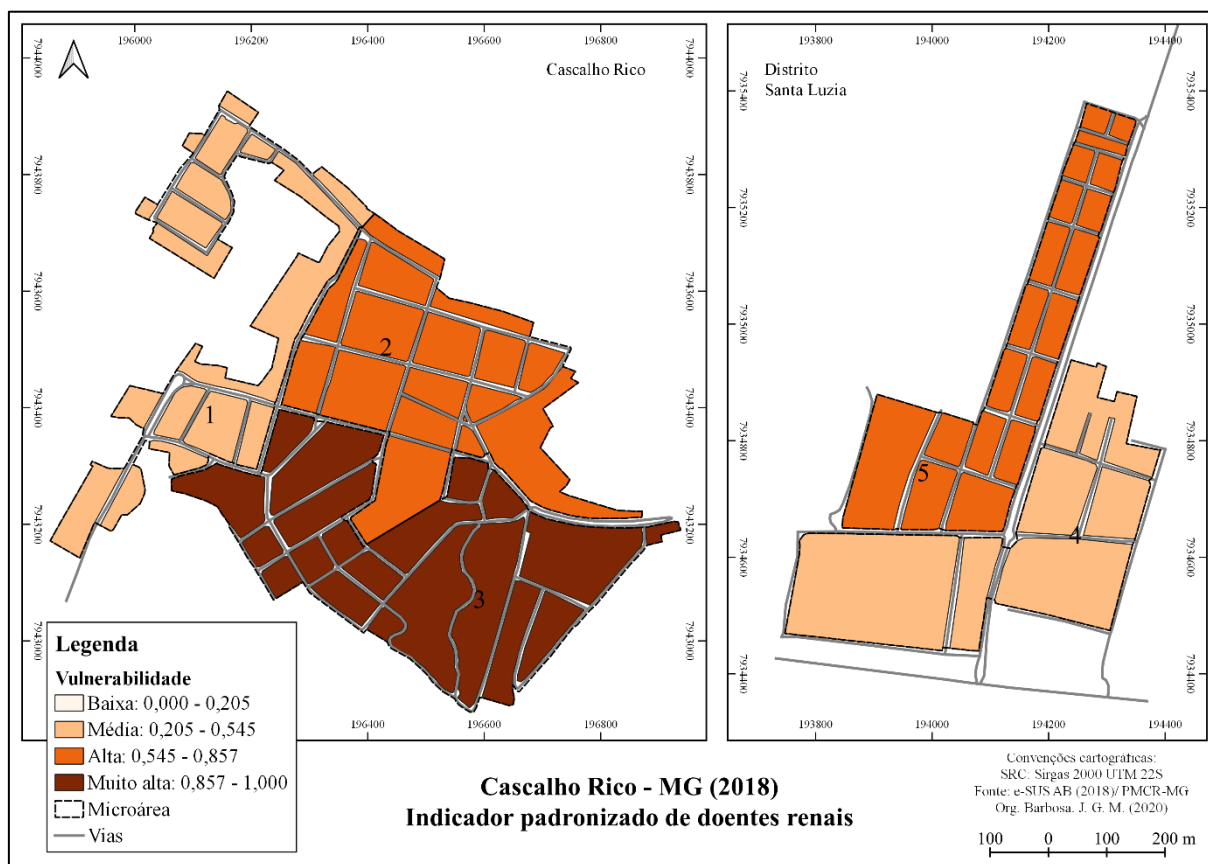
**Organização:** Autores

A Ma3 apresenta maior proporção de doentes renais, 0,4% do total de 1,3%. As microáreas 2 e 5 possuem pouco mais de 0,25% do total populacional e as microáreas 1 e 4 são as menos vulneráveis com 0,14 e 0,22%, respectivamente. De forma geral, a Ma3 é a que possui a maior proporção de doentes crônicos no município. E dentre as doenças, as renais são as mais difíceis de serem diagnosticadas, pois os sintomas se manifestam lentamente.

É fundamental que, em consultas de rotina na UBS, exames sejam solicitados pelo médico generalista, a fim de realizar o diagnóstico precoce e evitar agravos à saúde da população. O tratamento de casos de média e alta complexidade necessitam de infraestrutura que não é compatível com a AB do município, sendo necessário deslocar-se até a regional de saúde em Uberlândia-MG. Vale ressaltar que o diagnóstico precoce e práticas de vigilância e promoção em municípios pequenos são a principal ferramenta de redução de risco a agravos, o que contribui com a redução da vulnerabilidade.



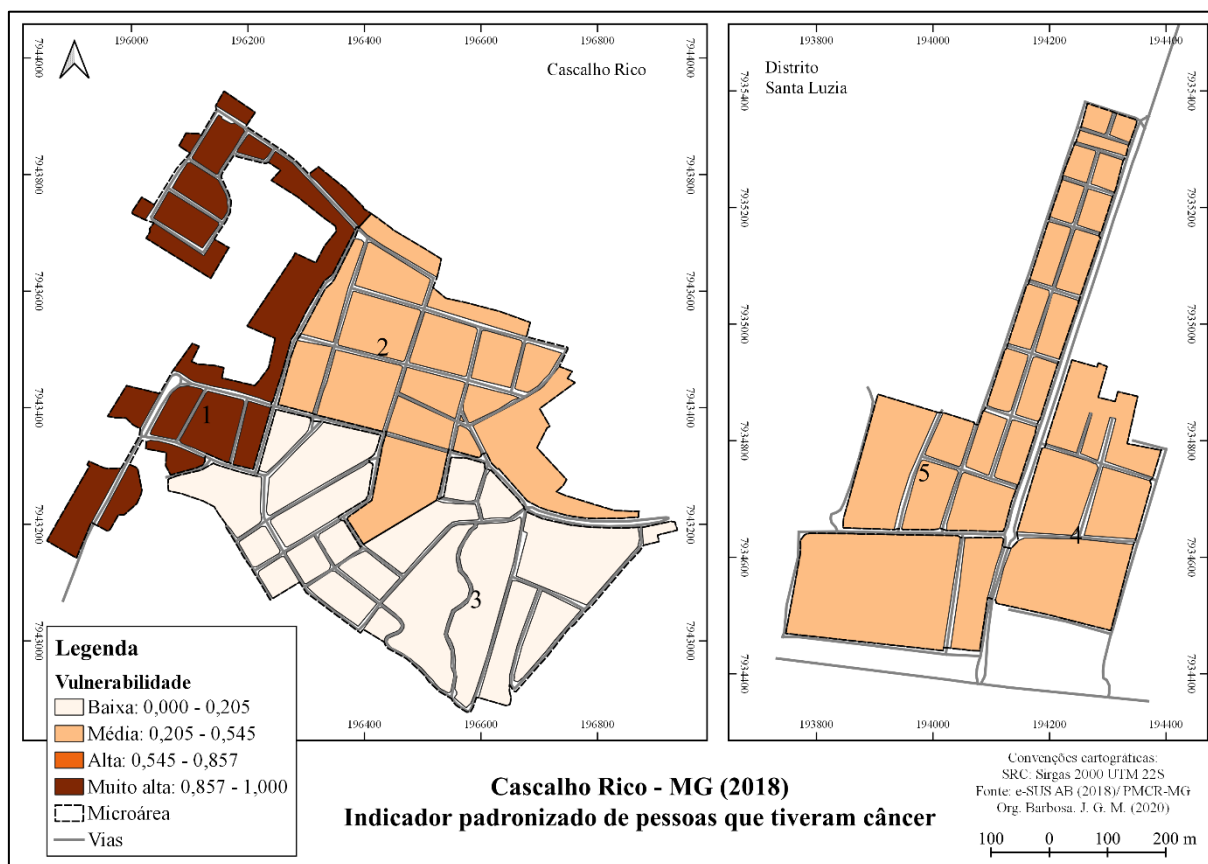
**Mapa 20 - Indicador de doentes renais**



**Organização:** Autores

No município, pouco mais de 0,5% da população tiveram câncer; desses, 0,22% reside na Ma1, a mais vulnerável, e 0,037% na Ma3, a menos vulnerável. A atenção integral à saúde é fundamental na melhoria da qualidade de vida da população, diagnóstico precoce e promoção da saúde são essenciais para melhoria na qualidade dos serviços em municípios pequenos, pois o câncer é considerado de alta complexidade. Sendo assim, são poucos os centros de referência para tratamento, o que torna necessário viagens, às vezes longas e difíceis.

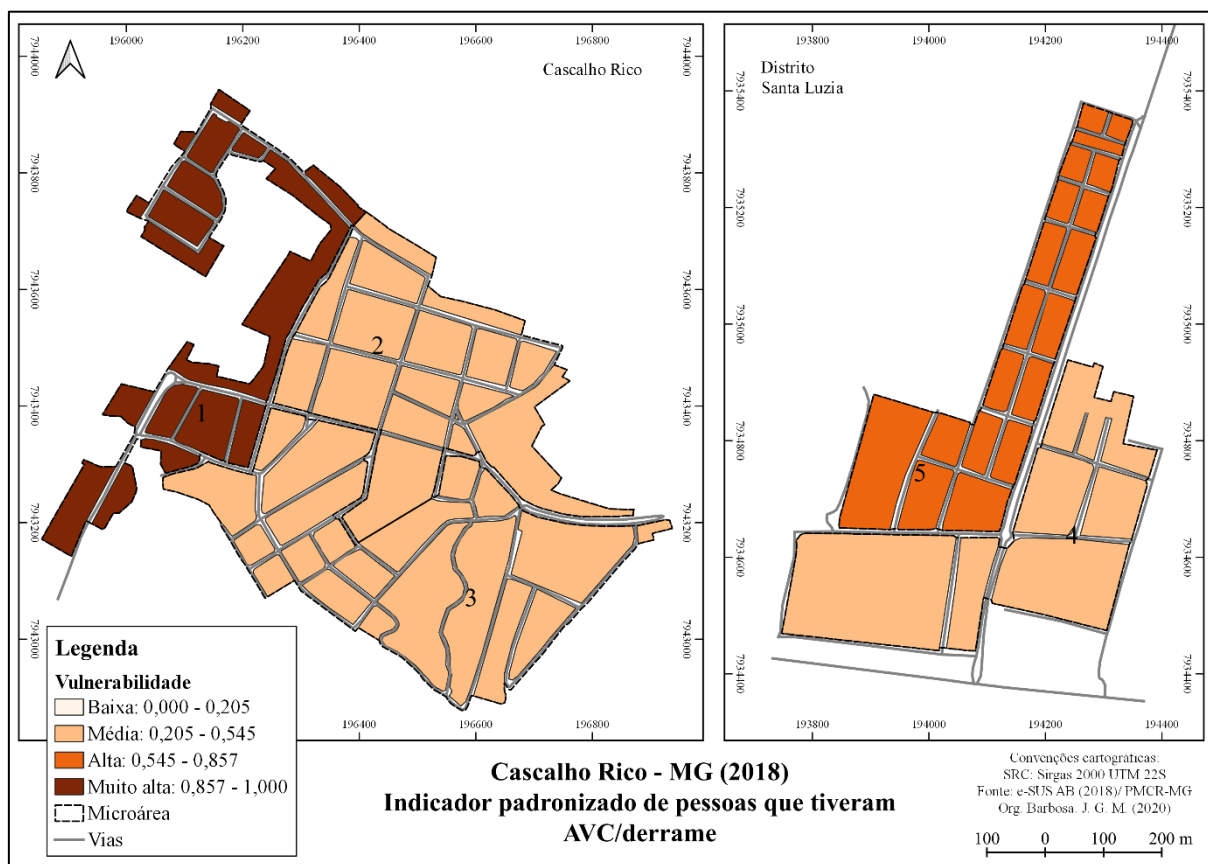
**Mapa 21 - Indicador de pessoas que tiveram câncer**



**Organização:** Autores

A atuação da AB tem ação fundamental na atuação contra doenças recidivas, como o câncer, e também contra doenças crônicas. O olhar sobre o sujeito e humanização do cuidado deve contribuir para a redução do risco, à medida que práticas de vigilância e promoção se ampliam na AB. A redução do risco em relação a doenças crônicas só é possível com prevenção, vigilância e promoção da saúde, sendo fundamental a redução do tempo de espera por consultas e exames, seria esse o ambiente desejável para atenção integral à saúde da população.

**Mapa 22 - Indicador de pessoas que tiveram AVC/Derrame**



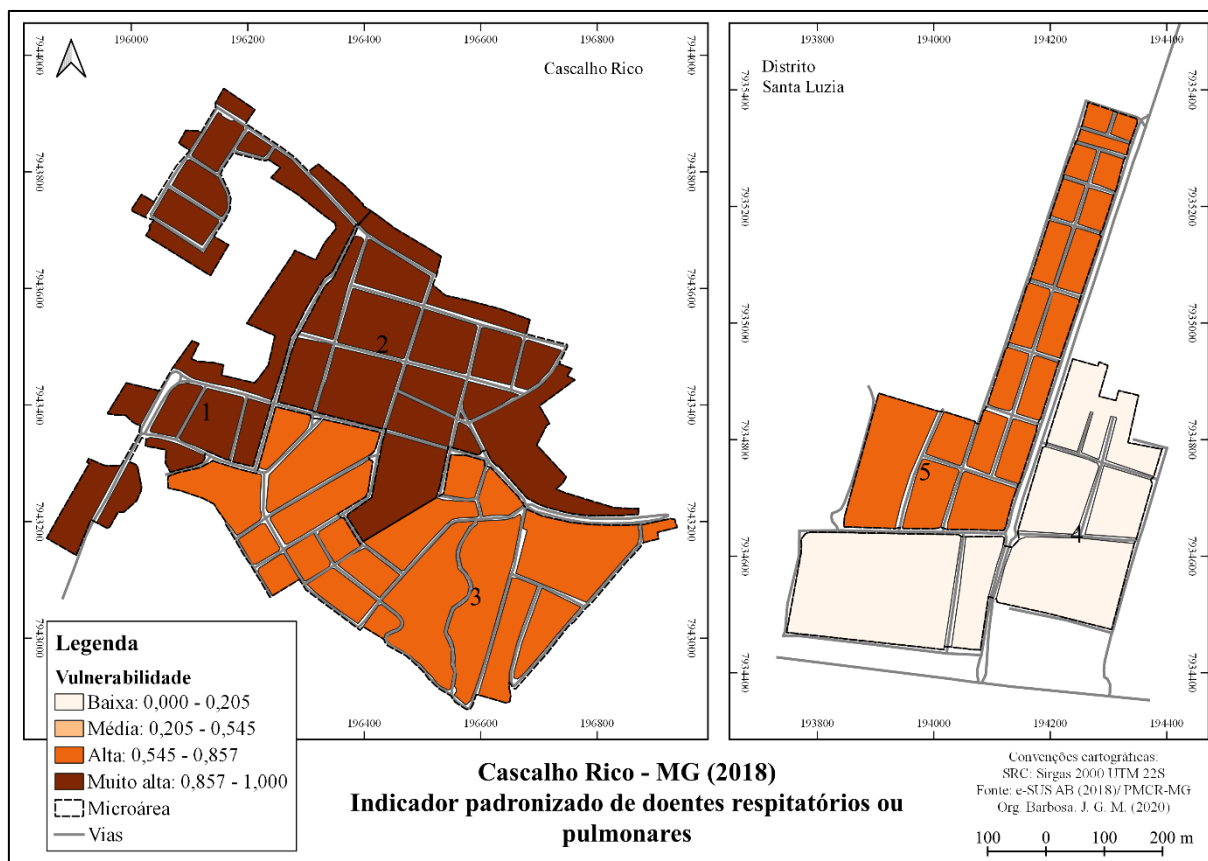
**Organização:** Autores

Menos de 0,5% da população já teve AVC ou derrame. No entanto, esses problemas de saúde deixam sequelas e tornam a pessoa dependente de apoio familiar e atenção médica, o que requer fisioterapia e acompanhamento especializado, a população nessa condição se torna mais vulnerável e dependente da AB. A Ma1 é a mais vulnerável nesse indicador, 0,14% da população que teve AVC/derrame reside nessa área. As microáreas 2, 3 e 4 são as menos vulneráveis, com menos de 0,1% da população nessa situação.

Menos de 1% da população tem diagnóstico de algum problema respiratório ou pulmonar, como asma e enfisema. As microáreas 1 e 2 são as mais vulneráveis, ambas com pouco mais de 0,25% da população com algum problema respiratório. Como reflexo disso, a Ma1 é também a que apresenta o maior percentual de fumantes do município. As microáreas 3 e 5 foram classificadas como de alta vulnerabilidade, 0,22% da população, de ambas as áreas,

declarou ter algum problema respiratório. Na Ma4, ninguém declarou possuir algum problema respiratório, visto ser também a microárea com menor população idosa do município.

**Mapa 23** - Indicador de pessoas que têm alguma doença respiratória ou pulmonar

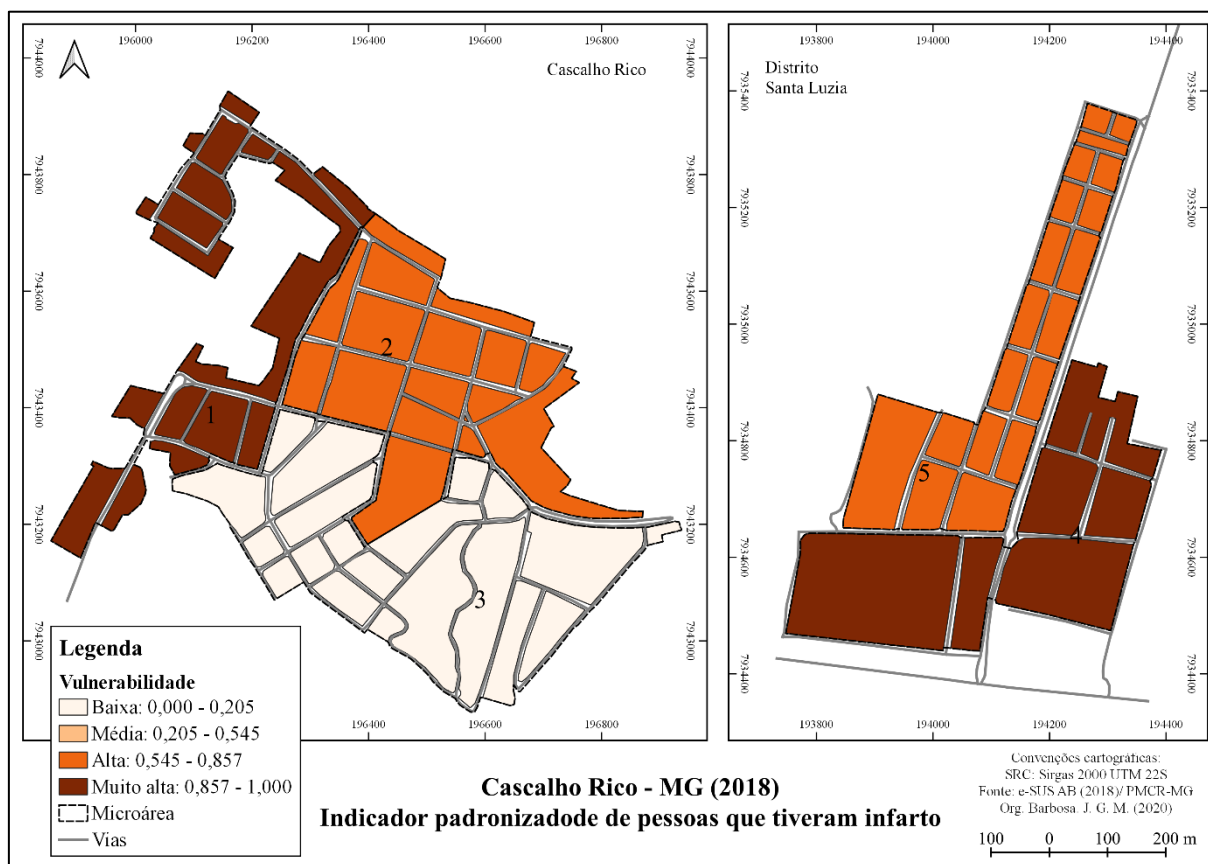


**Organização:** Autores

Alguns problemas respiratórios são biológicos e também hereditários, outros são produto do contexto de vida das pessoas, por influência do tabagismo, condições de trabalho e moradia. Em relação ao município de Cascalho Rico, que não possui indústria poluidora e grande fluxo automotivo, provavelmente a poluição do ar não é uma questão que afeta o sistema respiratório das pessoas, mas é uma questão representativa em médias e grandes cidades.

O percentual de pessoas que tiveram infarto é de apenas 0,3% da população, ainda assim é necessário acompanhamento constante nessa condição. A atuação da ESF, com ações de vigilância e promoção da saúde, pode garantir a elas maior qualidade e expectativa de vida, sendo fundamental o acompanhamento do quadro por médico generalista e consultas periódicas com especialista.

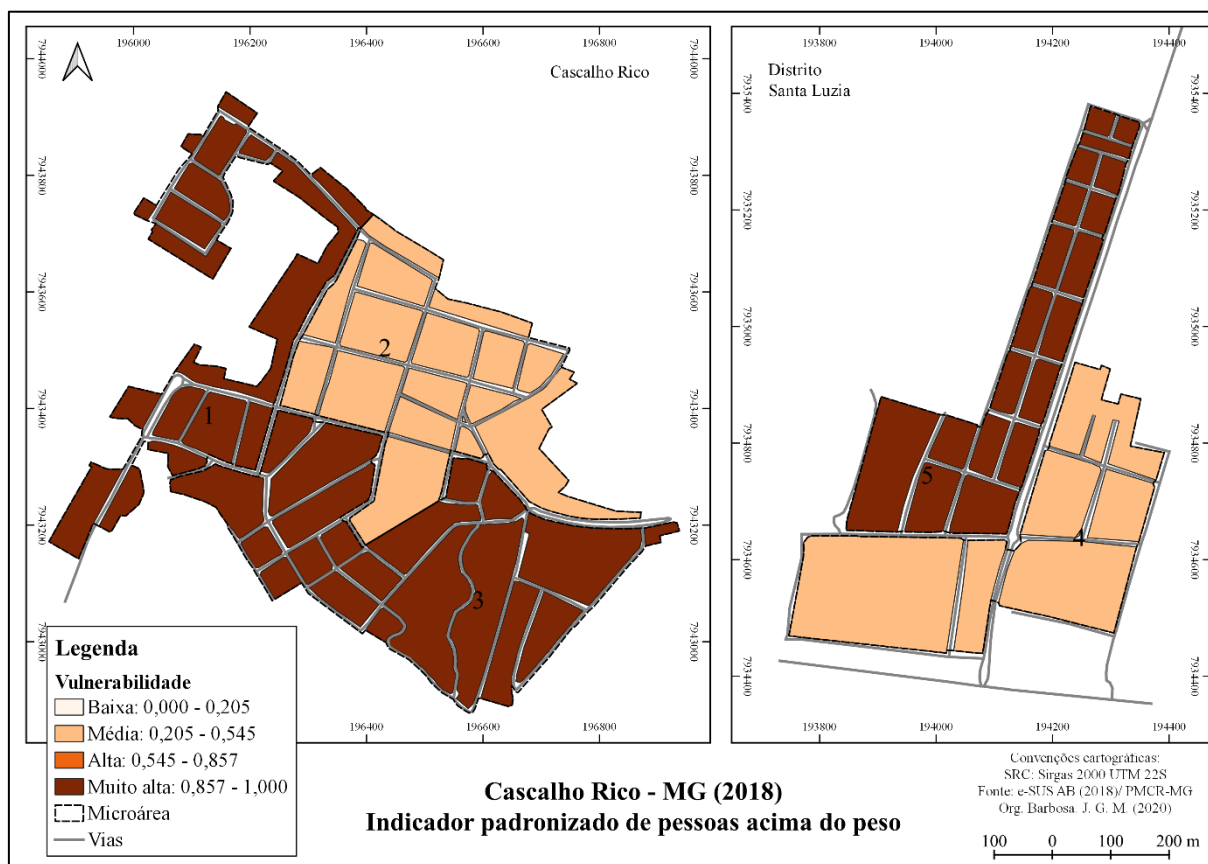
**Mapa 24 - Indicador de pessoas que tiveram infarto**



**Organização:** Autores

A promoção da saúde deve atuar no nível da nutrição e incentivo às atividades físicas. As microáreas 1 e 5 são as mais vulneráveis; em ambas, 0,1% da população já teve infarto, o que corresponde a 3 pessoas. Quanto às microáreas 2 e 5, 0,07% de pessoas já sofreu infarto, o que corresponde a 2 pessoas em cada uma das microáreas. E na Ma3 não há pessoas nessa condição.

**Mapa 25 - Indicador de pessoas acima do peso**



**Organização:** Autores

A obesidade é um fator de risco condicionado por outras vulnerabilidades, como renda, segurança alimentar, instrução, e é capaz de ampliar a vulnerabilidade da população em relação a outros indicadores de saúde, como diabetes e hipertensão. No município de Cascalho Rico, ultrapassa 6% o número de população acima do peso. A Ma1 é a mais vulnerável no que se refere a esse indicador, com 1,8% do total populacional. As microáreas 3 e 5 também foram classificadas com muito alta vulnerabilidade, com proporção superior a 1,5%.

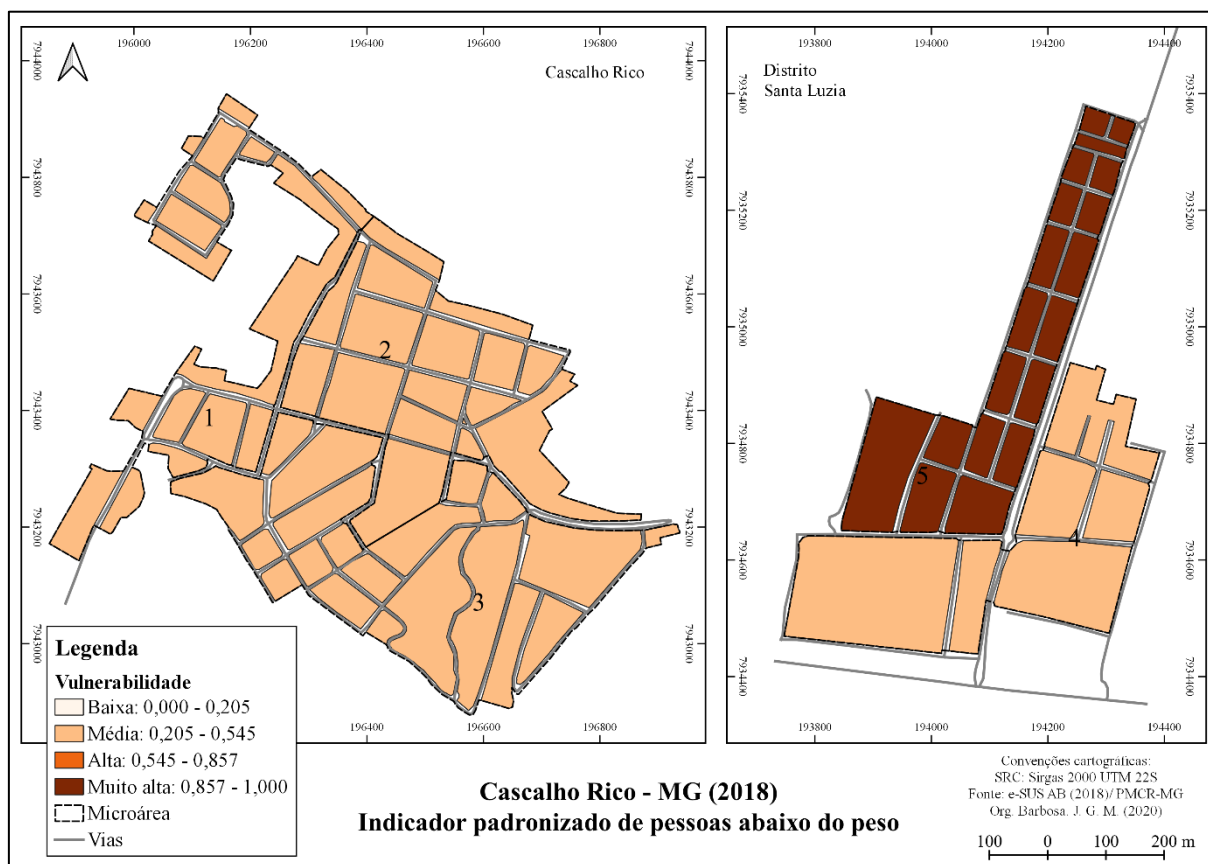
Os números do município de Cascalho Rico destoam de estudos amostrais do Brasil, provavelmente porque a informação é declarável e as pessoas não têm diagnóstico clínico. Segundo Vigitel (2019), a frequência de excesso de peso, registrada nas capitais do Brasil, foi de 55,7%, com valor ligeiramente maior entre homens (57,8%), se comparado às mulheres (53,9%); pela lógica, é considerado excesso de peso pessoas com IMC superior a 25 kg/m<sup>2</sup>. Quanto à obesidade, foi considerado IMC igual ou superior a 30 kg/m<sup>2</sup>. O estudo registrou que

19,8% da população é obesa, o valor é ligeiramente maior entre mulheres (20,7%), posto em comparação aos homens (18,75%), ainda aponta que em ambos os sexos a obesidade diminui com o aumento do nível de escolaridade, principalmente entre as mulheres.

A obesidade é um dos problemas mais graves de saúde da sociedade moderna, é considerada uma doença crônica, com forte relação com o contexto de vida das pessoas. A renda, as relações sociais, baixa escolaridade e falta de orientação profissional são fatores negativos que influenciam tal condição. Como medida pública para melhorar esse quadro, é possível citar espaços públicos favoráveis à prática de exercícios, programas de atividades físicas supervisionadas nos espaços públicos, orientação profissional por meio da equipe da ESF que envolva alimentação saudável e melhoria na qualidade de vida.

A Ma5 possui a maior proporção de pessoas abaixo do peso, 0,2% da população dessa microárea declarou estar abaixo. As demais microáreas foram classificadas como de média vulnerabilidade, pois menos de 0,1% da população declarou estar abaixo do peso. Em todo o município, apenas 0,5% da população está nessa condição. A nutrição é fator ímpar para a saúde da população, é influenciada diretamente pela escolaridade e renda. Cabe à AB ações de promoção da saúde que visem orientar a população para hábitos de alimentação saudável, embora as mudanças realmente necessárias para transformar essa condição sejam estruturais e se encontram fora do sistema de saúde.

**Mapa 26 - Indicador de pessoas abaixo do peso**



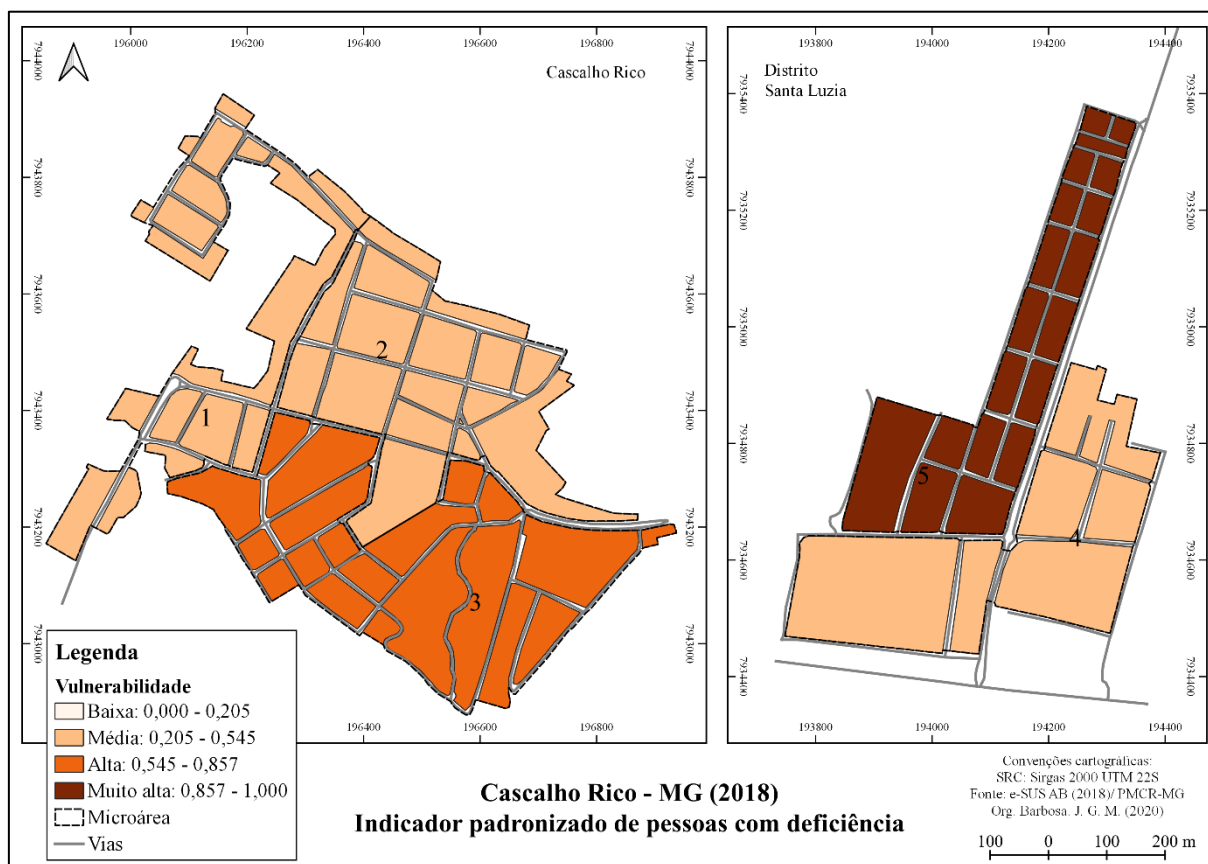
**Organização:** Autores

Mais de 2% da população possuem algum tipo de deficiência, podendo ser auditiva, física, inteligência cognitiva ou visual. Sendo que a Ma5 é a mais vulnerável, e 0,7% do total reside nessa microárea. Pouco mais de 0,5% dos deficientes do município reside na Ma3, e as microáreas menos vulneráveis são a 1, 2 e 4.

Atenção a pessoas com deficiência é uma barreira a ser superada pelo SUS, sobretudo em municípios pequenos, como Cascalho Rico, que possuem apenas a estrutura básica da AB, sem centros especializados em reabilitação e equipe preparada para atender, no cotidiano da ESF, pessoas com deficiência. A exemplo disso, podemos citar a barreira linguística em relação à população com deficiência auditiva na hora das consultas e visitas domiciliares.



**Mapa 27 - Indicador de pessoas com deficiência**

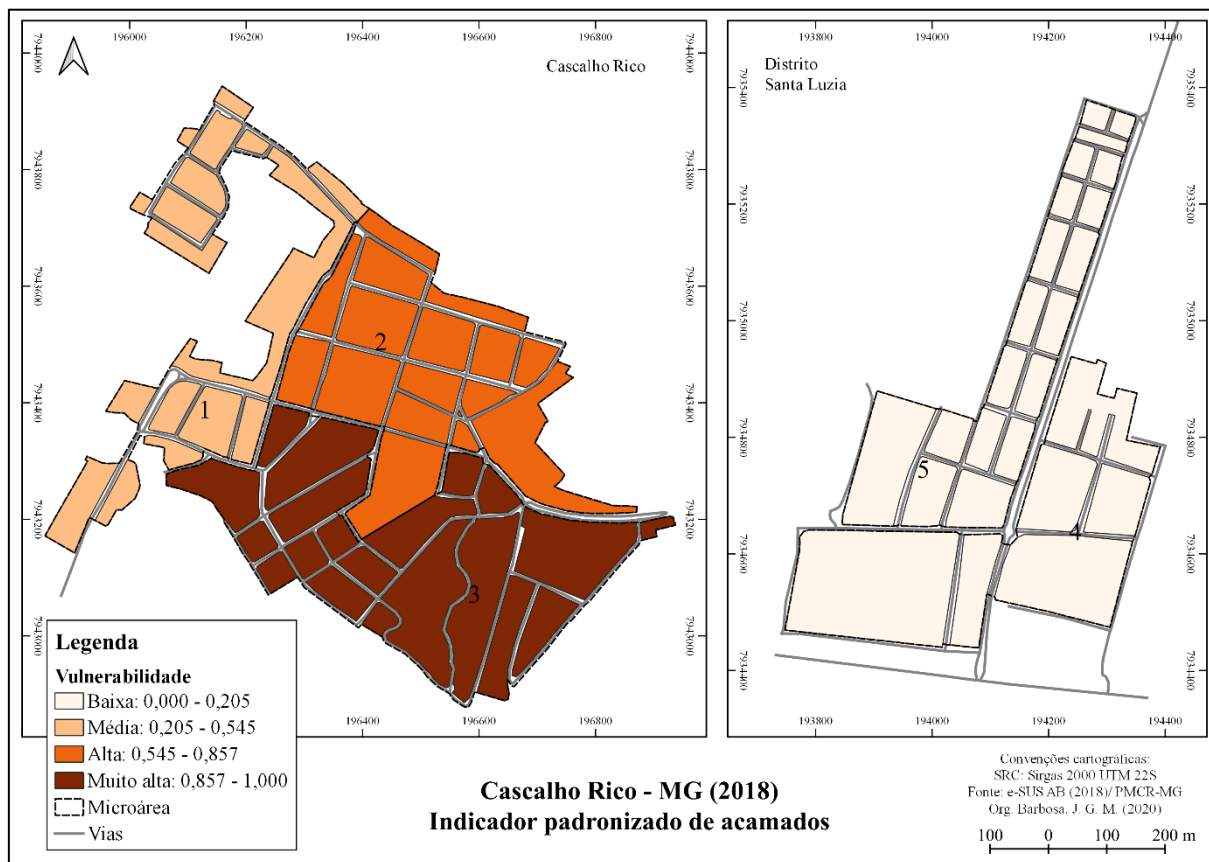


**Organização:** Autores

O SUS possui uma Rede de Cuidado a Pessoas com Deficiência, instituída em 2012. Cabe à AB coordenar a rede e conhecer as necessidades de saúde dessa população e propor ações, a fim de alcançar atenção integral aos que necessitam. Contudo, na prática, segundo Machado et al. (2018), ainda prevalece a desarticulação, antagônica ao objetivo central de integração entre equipes e setores que atuam nos diversos pontos de atenção.

Ao todo, 0,2% da população do município precisa de atendimento especial, pois se encontra acamado. A Ma3 é a mais vulnerável, com 4 pessoas nessa condição. As microáreas 2 e 1 possuem 3 e 1 pessoa, respectivamente. Já nas microáreas 5 e 4 ninguém está nessa situação.

**Mapa 28 - Indicador de pessoas acamadas**

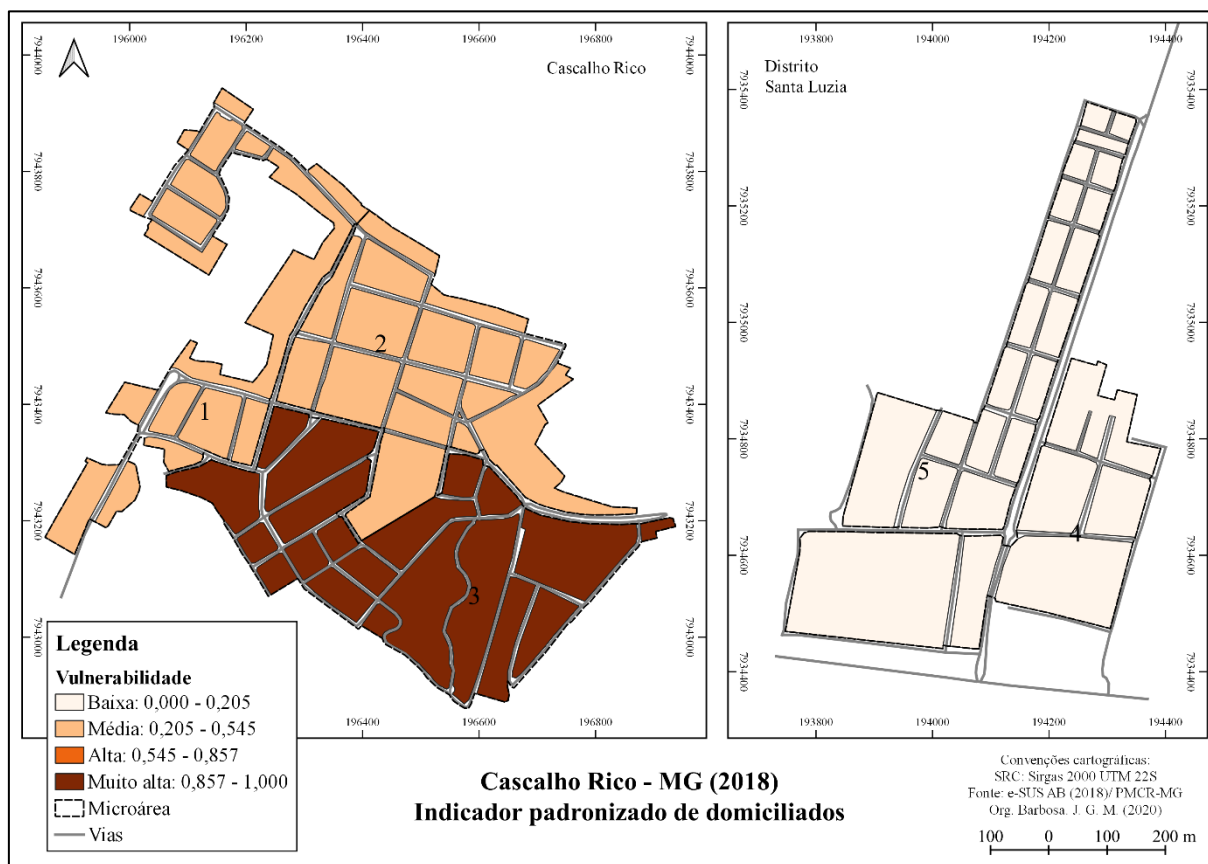


**Organização:** Autores

A essas pessoas, assim como às domiciliadas, existe o programa de Atenção Domiciliar (AD), o qual faz parte da ESF. Em consonância a Lopes et al. (2017), a AD faz parte da reorganização do processo de trabalho de equipes de saúde, instituída pela portaria nº 963 de 2013. O objetivo é reduzir a demanda por atendimento hospitalar ou períodos de internação, ampliando a autonomia do usuário. Esse programa é constituído por um conjunto de ações de promoção da saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação, desenvolvido em domicílio e envolve diferentes profissionais da SF.

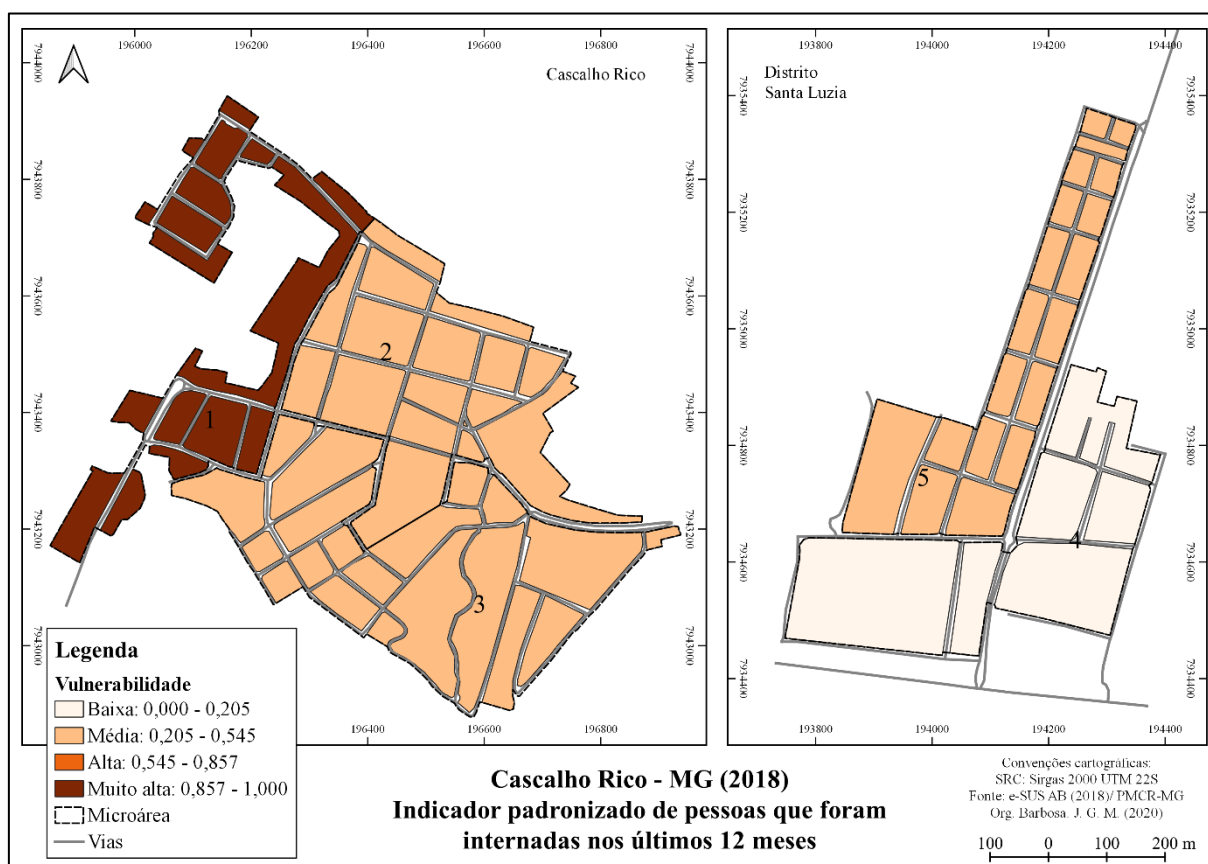
Ao todo, 0,44% da população do município está domiciliada; desses, 0,22% reside na Ma3, a mais vulnerável nesse indicador. As microáreas 1 e 2 possuem média vulnerabilidade, com 0,1% e 0,07%, respectivamente. As microáreas 5 e 6 são as que possuem menor proporção de pessoas domiciliadas, e na Ma5 ninguém está nessa condição.

**Mapa 29 - Indicador de pessoas domiciliadas**



**Organização:** Autores

As pessoas que foram internadas, nos últimos 12 meses, estão em situação de maior risco, sendo necessário vigilância e acompanhamento regular. A Ma1 é a que possui maior proporção de pessoas com esse perfil, ao todo, 0,5%. A Ma1, além de possuir a maior proporção de pessoas idosas, é a microárea com os maiores indicadores de vulnerabilidade em diversas doenças crônicas. As microáreas 2, 3 e 5 foram classificadas com média vulnerabilidade, todas com proporção inferior a 0,3% da população. A Ma4, que possui a menor proporção de pessoas idosas, também apresenta a menor proporção de pessoas que foram internadas no último ano.

**Mapa 30 - Indicador de pessoas que foram internadas nos últimos 12 meses**

**Organização:** Autores

É desejável maior atenção aos indicadores de saúde da população das microáreas 1, 3 e 5, das quais a Ma1 é a mais vulnerável. É fundamental ampliar as visitas domiciliares, cujo potencial se destina a reduzir reinternações, além de desafogar o pronto atendimento da unidade de saúde, proporcionando um atendimento mais humanizado e próximo da população. Os ACS, as equipes de atendimento domiciliar e imunização, devem trabalhar juntos, visando a promoção da saúde no lugar em que as pessoas vivem.

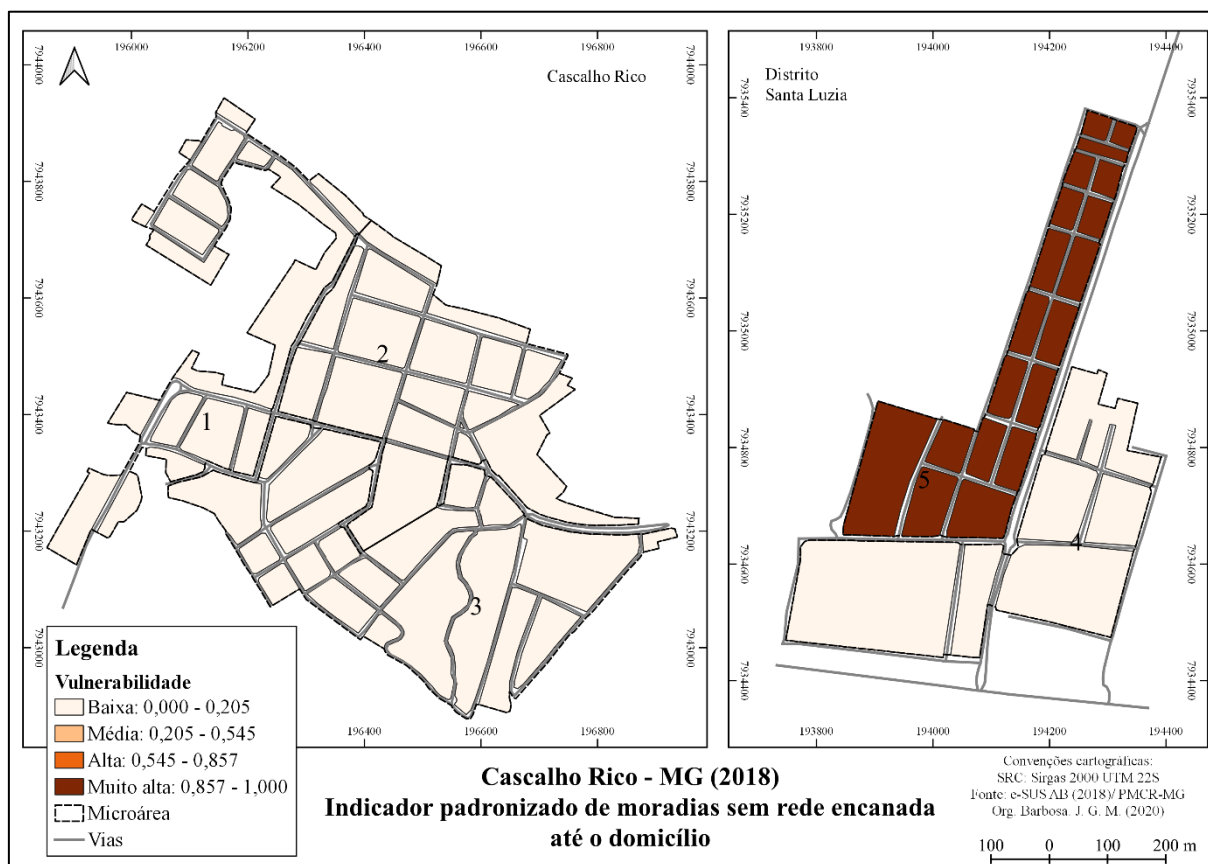
O contexto do lugar detém menor peso na composição do índice de vulnerabilidade do território. No entanto, é fundamental na composição do contexto de vida das pessoas. Foram consideradas duas dimensões nesse contexto, a vizinhança e a moradia. Segundo Barcellos et al. (2002), os lugares, dentro de uma cidade, são resultado de acumulações históricas,

ambientais e sociais, e promovem condições particulares para produção de doenças. Nosso foco é compreender a situação de saúde que, para os autores, é a manifestação do lugar.

Olhar a cidade é compreender as acumulações históricas que produzem espaços desiguais. As iniquidades em saúde ocorrem em diferentes escalas geográficas, inclusive no interior das cidades. Segundo Barcellos et al. (2002), a cidade é resultado da ação humana sobre a natureza, um espaço produzido socialmente que exerce pressões econômicas e políticas, criando lugares de “ricos” e de “pobres”. Nesse sentido, os lugares mais pobres tendem a ser excluídos da rede de serviços básicos que influenciam as condições de saúde da população.

Conforme Lima (2016), os lugares da vida cotidiana estão diretamente relacionados com o perfil epidemiológico e socioeconômico, são nesses lugares que as iniquidades em saúde se manifestam. Identificar territórios de vulnerabilidade é conhecer o contexto da população e do lugar onde vive. Nas palavras de Lima (2016), para diagnosticar a situação de saúde deve-se reconhecer o território e os contextos da vida cotidiana, individualmente e da população, ao nível da família e da vizinhança, pois são nesses locais que se manifestam as iniquidades sanitárias.

Foram analisados oito indicadores no contexto do lugar, sendo o próprio contexto o mais observável na paisagem, pois está relacionado às condições de moradia e vizinhança, ou seja, à infraestrutura urbana. Em relação às situações de moradia, a Ma5 é a mais vulnerável, 48% da população, residente nessa microárea, enfrenta problemas como falta de rede encanada até o domicílio, moradias sem energia elétrica, moradias de taipa ou alvenaria sem revestimento, entre outros. Em relação à vizinhança, a Ma4 é a mais vulnerável, 72% da população, que nela reside, não tem pavimentação urbana nas vias e coleta de lixo (Tabela 1).

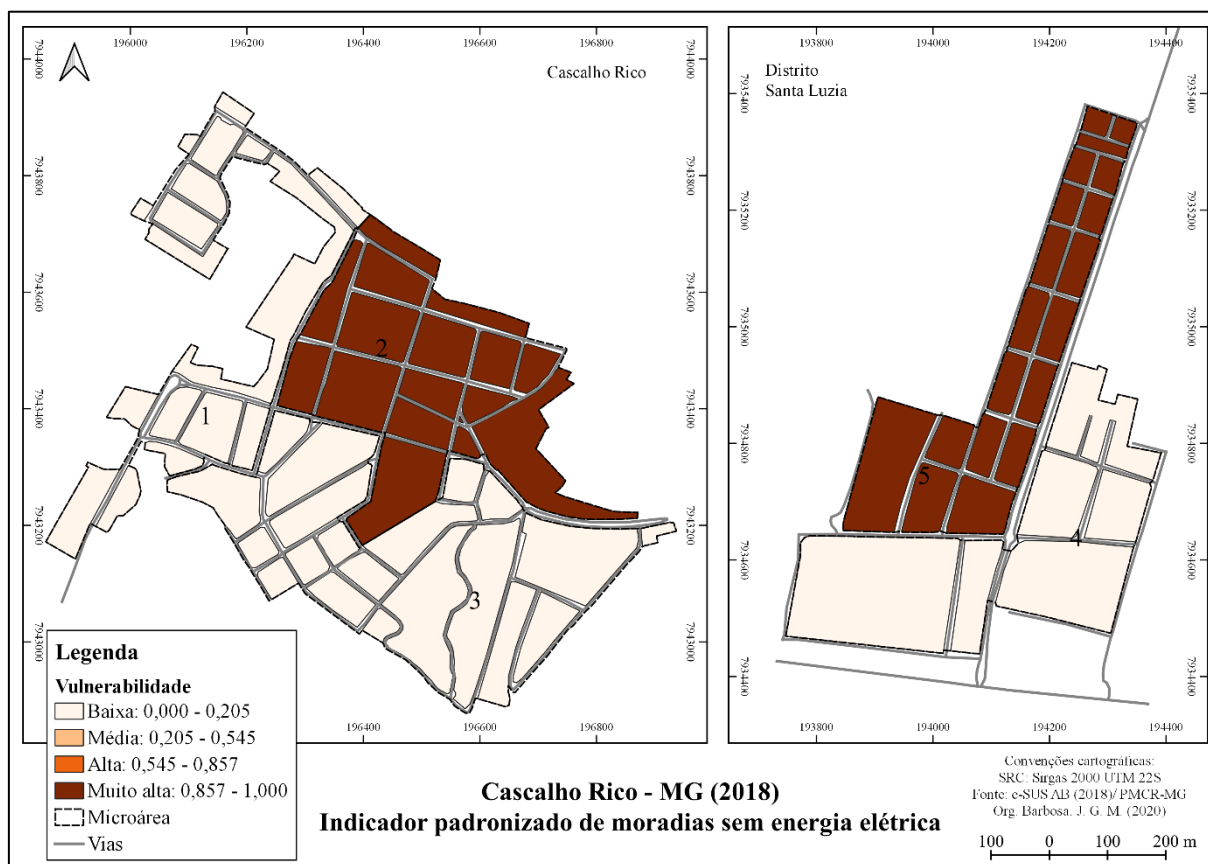
**Mapa 31 - Indicador de moradias sem rede encanada até o domicílio**

**Organização:** Autores

No município de Cascalho Rico, pouco mais de 1% da população não possui rede encanada até o domicílio, do qual 0,6% está na Ma5, a mais vulnerável no quesito desse indicador. Nas microáreas 1, 4 e 3, classificadas como de baixa vulnerabilidade, 0,14% das residências não são atendidas, ao passo que na Ma2 todas possuem rede encanada até o domicílio. Em números absolutos, 6 residências na Ma5 e 1 nas microáreas 1, 4 e 3. Essa é uma questão facilmente solucionável, caso haja mobilização do poder público municipal.

Essa não é uma questão diretamente relacionada ao setor da saúde, mas afeta as condições de saúde da população. A água é fundamental para a vida humana, desde o consumo até a higienização. Dessa forma, é necessário trabalho intersetorial dentro da cidade em prol da infraestrutura urbana e construção de uma cidade mais saudável. O setor de saúde tem papel fundamental, nessa articulação, ao apresentar os dados e endossar a relação entre as condições de saúde e o acesso à infraestrutura urbana.

**Mapa 32 - Indicador de moradias sem energia elétrica**



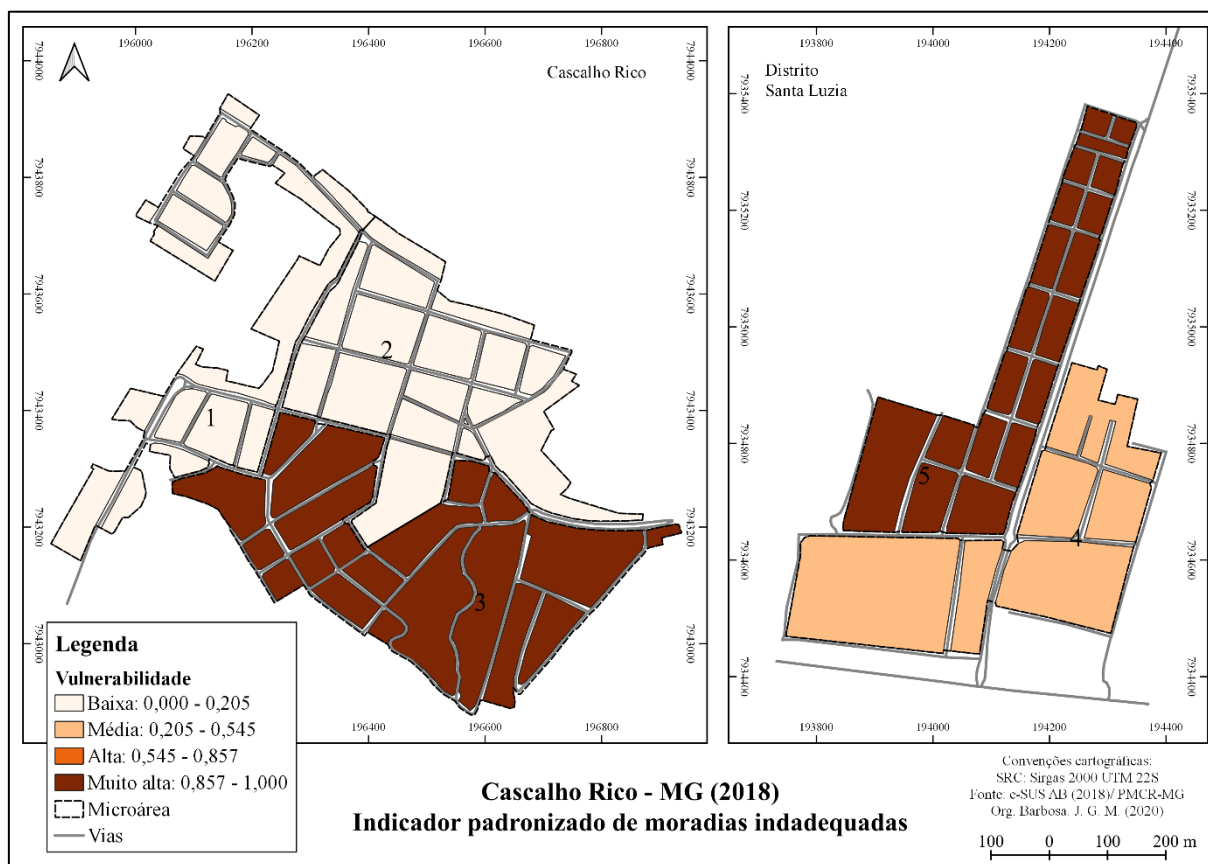
**Organização:** Autores

Apenas duas moradias não possuem energia elétrica na área urbana, uma na Ma2 e outra na Ma5. Essas microáreas foram classificadas como de muito alta vulnerabilidade, pois as demais não possuem nenhuma residência nessa condição. Logo, intervir na condição dessas famílias trará melhores condições de vida, a custos baixos e pouco esforço por parte do poder público ou até mesmo por meio da mobilização de entidades sociais.

São consideradas moradias inadequadas as construídas de taipa ou alvenaria sem revestimento. Residências nessas condições oferecem riscos à saúde, vista a possibilidade maior de transmissão de doenças zoonóticas que se abrigam em brechas das casas de taipa, como o barbeiro transmissor da doença de Chagas.



**Mapa 33 - Indicador de moradias inadequadas**



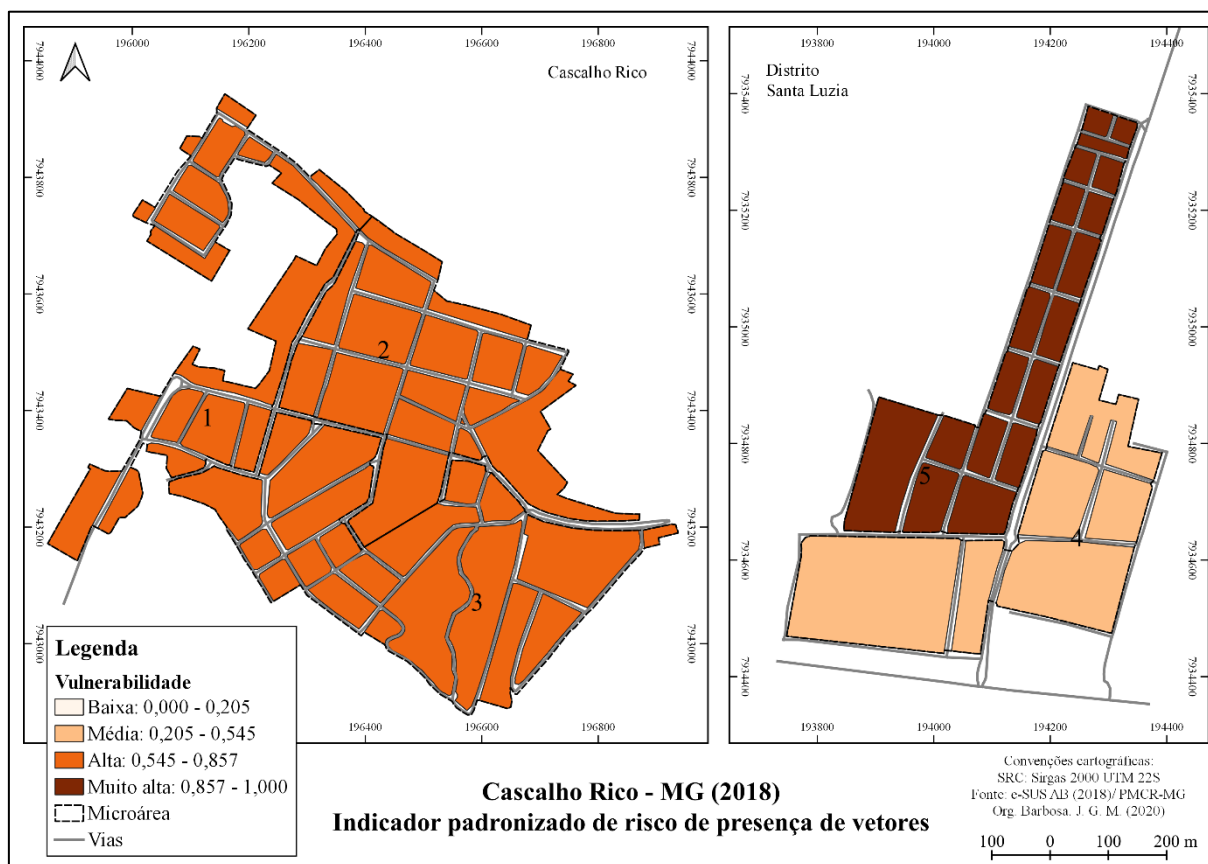
**Organização:** Autores

Além disso, o conforto térmico é parte fundamental da qualidade de vida, principalmente no que se refere às casas de alvenaria sem revestimento. O poder público municipal, as instituições religiosas e sociais, apoiados pela comunidade, podem oferecer melhores condições de moradia a partir de ações coletivas destinadas à população mais vulnerável. É necessária a iniciativa, pois pequenos municípios costumam apresentar maior coesão social e senso de comunidade.

Pouco mais de 2,7% das moradias do município são consideradas inadequadas e estão presentes nas microáreas mais vulneráveis, na 3 e 5, em números absolutos, 10 moradias em cada uma. Na Ma5, duas são de taipa e as demais de alvenaria sem revestimento, enquanto na Ma3 todas são de alvenaria e sem revestimento. A Ma4 apresenta média vulnerabilidade e as microáreas 1 e 2 apresentam baixa vulnerabilidade. Aliás, a Ma1 não apresenta moradia que se encaixe nesse padrão construtivo.



**Mapa 34 - Indicador de risco de presença de vetores**

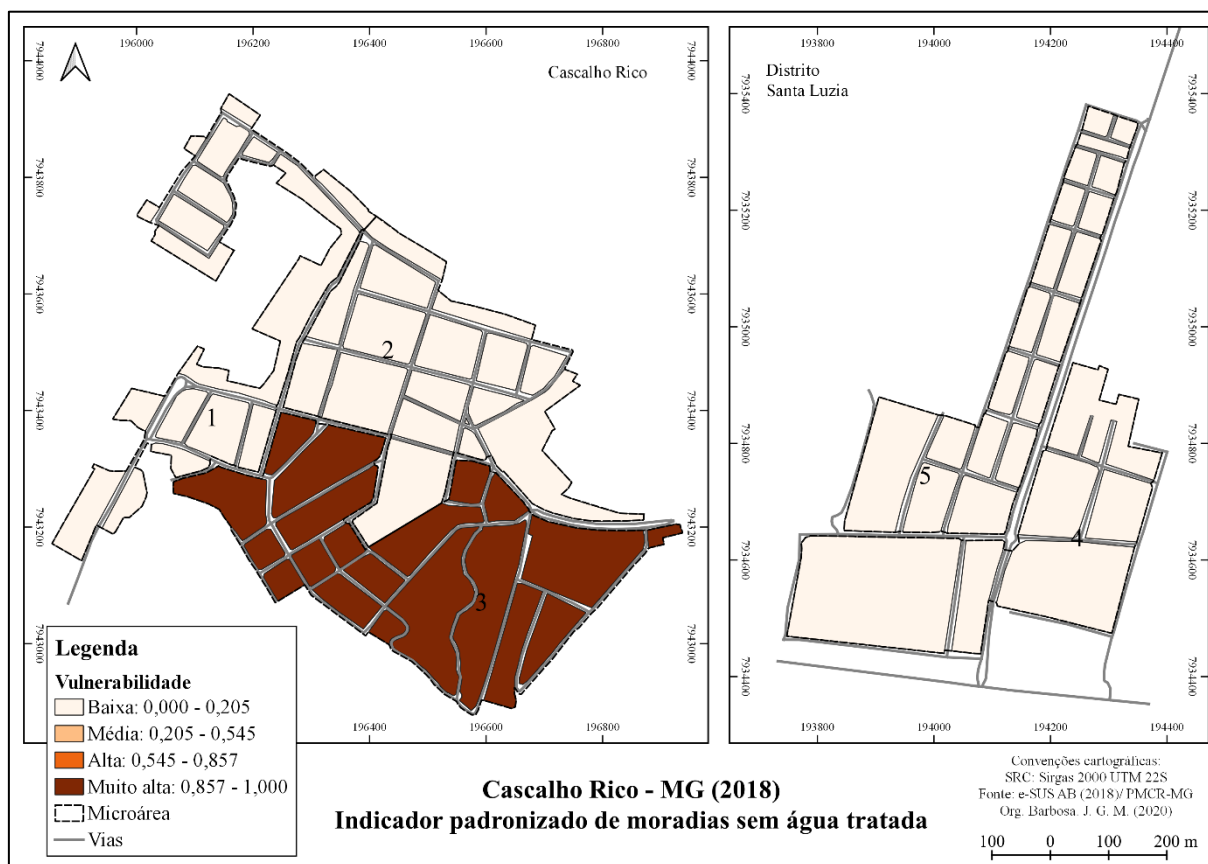


**Organização:** Autores

Para risco de presença de vetores, foram considerados cachorros, gatos, pássaros ou outro animal presente no domicílio. Ao todo, 42,2% da população do município possuem algum animal. A presença de um animal não afeta diretamente a condição de saúde, mas é considerado um fator de risco, visto que eles podem ser vetores de doenças transmissíveis.

A Ma5 é a mais vulnerável, 12% dos domicílios, com risco de presença de vetores, está nessa microárea. As microáreas 1, 2 e 3 foram classificadas como de alta vulnerabilidade, com proporção acima de 7,5%. A Ma4 apresentou média vulnerabilidade, com 3,6% dos municípios nessa situação. Além disso, foram observados, em visita de campo ao município, diversos cães nas ruas, principalmente nas microáreas 4 e 5.

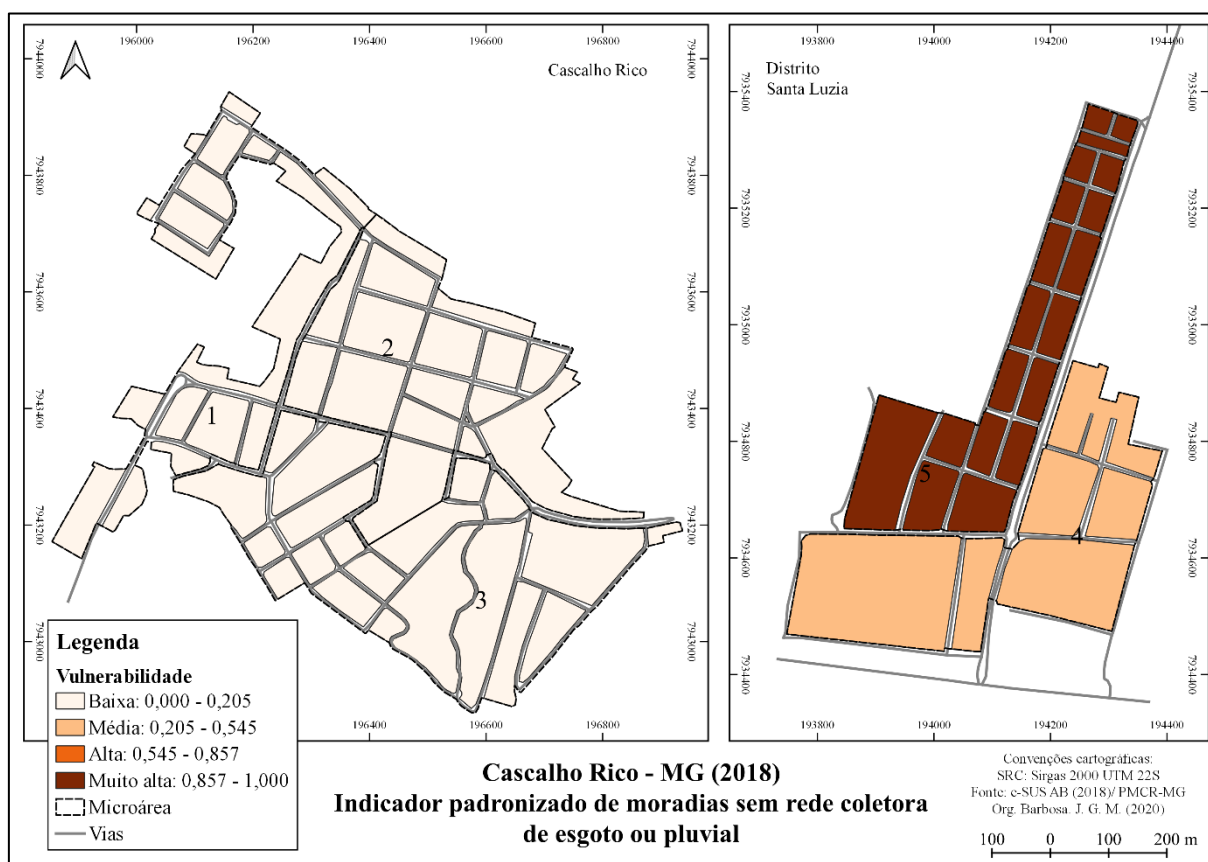
**Mapa 35 - Indicador de moradias sem água tratada**



**Organização:** Autores

Quanto às moradias sem tratamento de água para o consumo, foram consideradas tratadas as que passam por filtração, fervura ou cloração. Assim, a Ma3 é a mais vulnerável, com uma moradia sem água tratada, ao passo que nas demais microáreas não há nenhuma outra moradia com esse perfil. Intervir nesta condição exige esforço mínimo, sendo de fácil resolubilidade por parte do poder público municipal. Vale ressaltar que as moradias que recebem água encanada até o município a recebem cloretada; logo, é considerada tratada.

**Mapa 36 - Indicador de moradias sem rede coletora de esgoto ou pluvial**



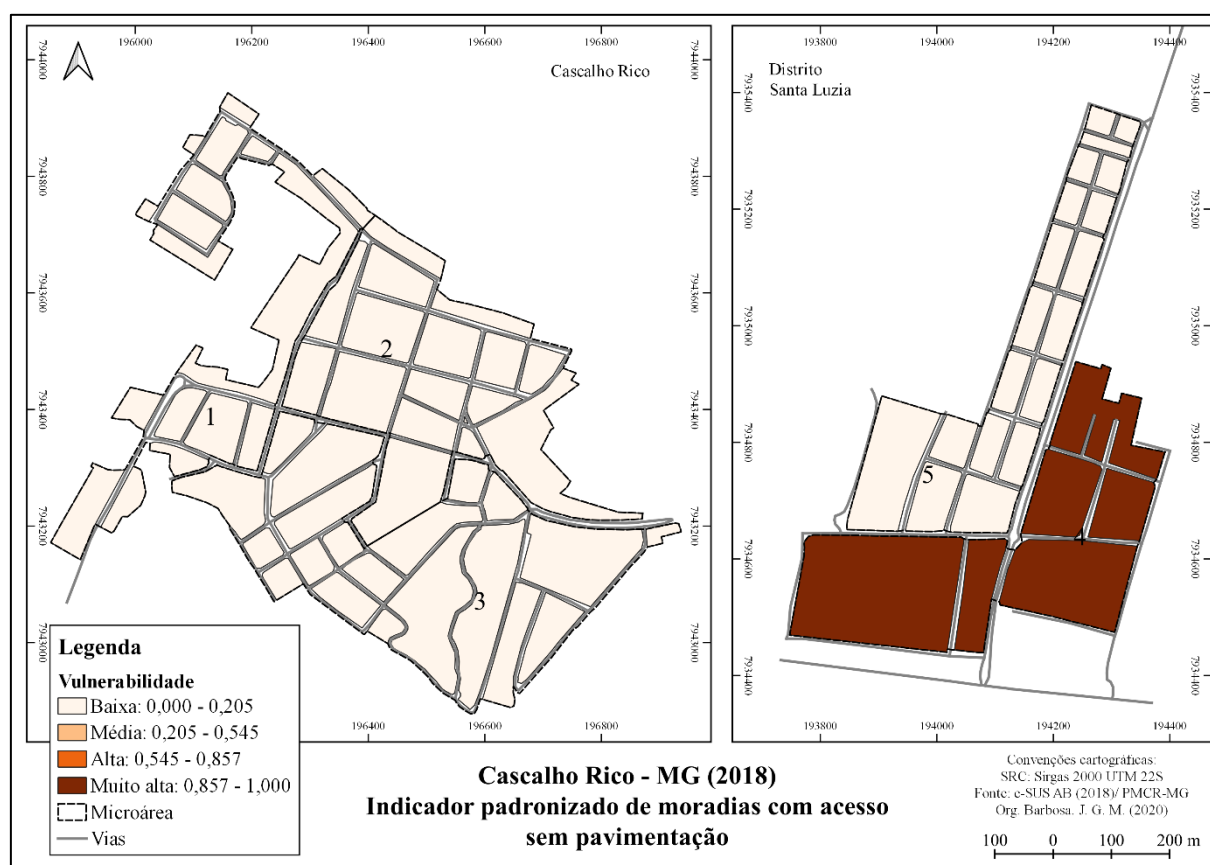
**Organização:** Autores

Ao todo, mais de 39% das moradias do município não possuem rede coletora de esgoto ou pluvial. Dessa forma, o esgoto e a água da chuva são redirecionados para valas a céu aberto ou fossas. As microáreas 1, 2 e 3 são as menos vulneráveis, juntas somam menos de 2% desse total. Contudo, a Ma5 é a mais vulnerável, 27,5% das moradias nessa condição estão nessa microárea, outras 9,7% na Ma4, classificada como de média vulnerabilidade.

A questão do saneamento básico, no Brasil, é um problema crônico de décadas e afeta diretamente a saúde da população que convive com a falta de estrutura urbana adequada para abastecimento de água potável e esgotamento sanitário. No município de Cascalho Rico, as microáreas mais afetadas são as que possuem os piores indicadores sociodemográficos de educação e moradia.

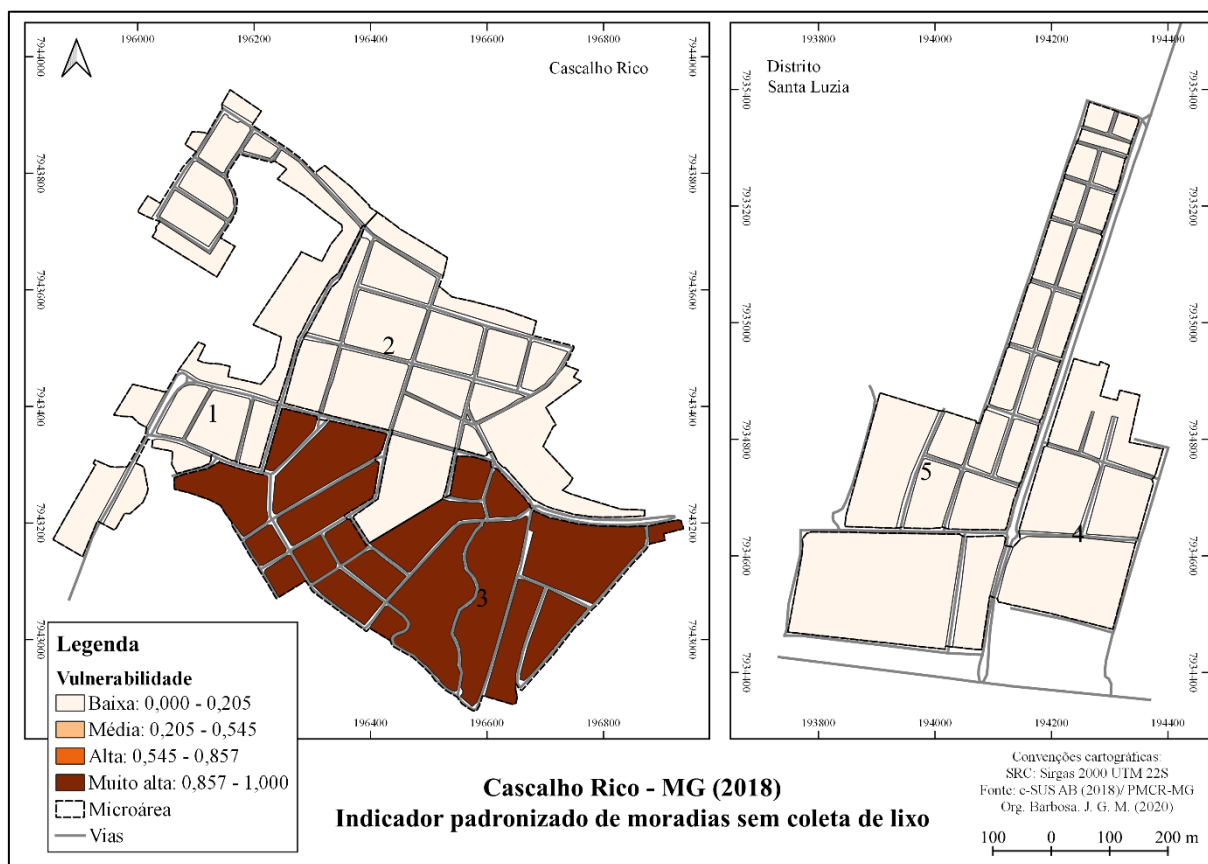
Essa condição interfere na qualidade de vida das pessoas, afetando o bem-estar físico, mental e social. Diversas doenças infecciosas e parasitárias têm no meio ambiente uma fase do seu ciclo, sem o controle sanitário adequado, a conjuntura de saúde da população é afetada. Bovolato (2010) diz que é possível afirmar que se o saneamento no Brasil fosse mais adequado, haveria melhoria substancial no quadro de saúde da população.

**Mapa 37 - Indicador de moradias com acesso sem pavimentação**



**Organização:** Autores

Boa parte do município porta vias pavimentadas, com algumas exceções nas microáreas 2, 3, 4 e 5. Consta-se que a Ma4 é a mais vulnerável em relação a esse indicador. Das 9,38% das moradias com acesso, por via sem pavimentação, mais de 7% estão nessa microárea. A segunda microárea, com maior proporção, é a 5, com 1,2% das moradias. E a menos vulnerável é a Ma1, com acesso por vias pavimentadas em todas as ruas.

**Mapa 38 - Indicador de moradias sem coleta de lixo**

**Organização:** Autores

Menos de 0,5% do município detém coleta de lixo, a única microárea que não é atendida por esse serviço é a 3. As demais microáreas possuem coleta de lixo em todas as moradias. Essa é uma questão simples de ser resolvida, mas nem sempre as informações chegam ao poder público municipal. Esses dados e a atuação dos ACS, juntos à comunidade, servem como ponte entre o povo e o poder público. Por isso, espera-se, em uma cidade saudável, uma população autônoma com voz e participação ativa na sociedade, o que deve partir de iniciativas do poder público, prezando pela escuta, algo fundamental nas políticas de promoção da saúde.

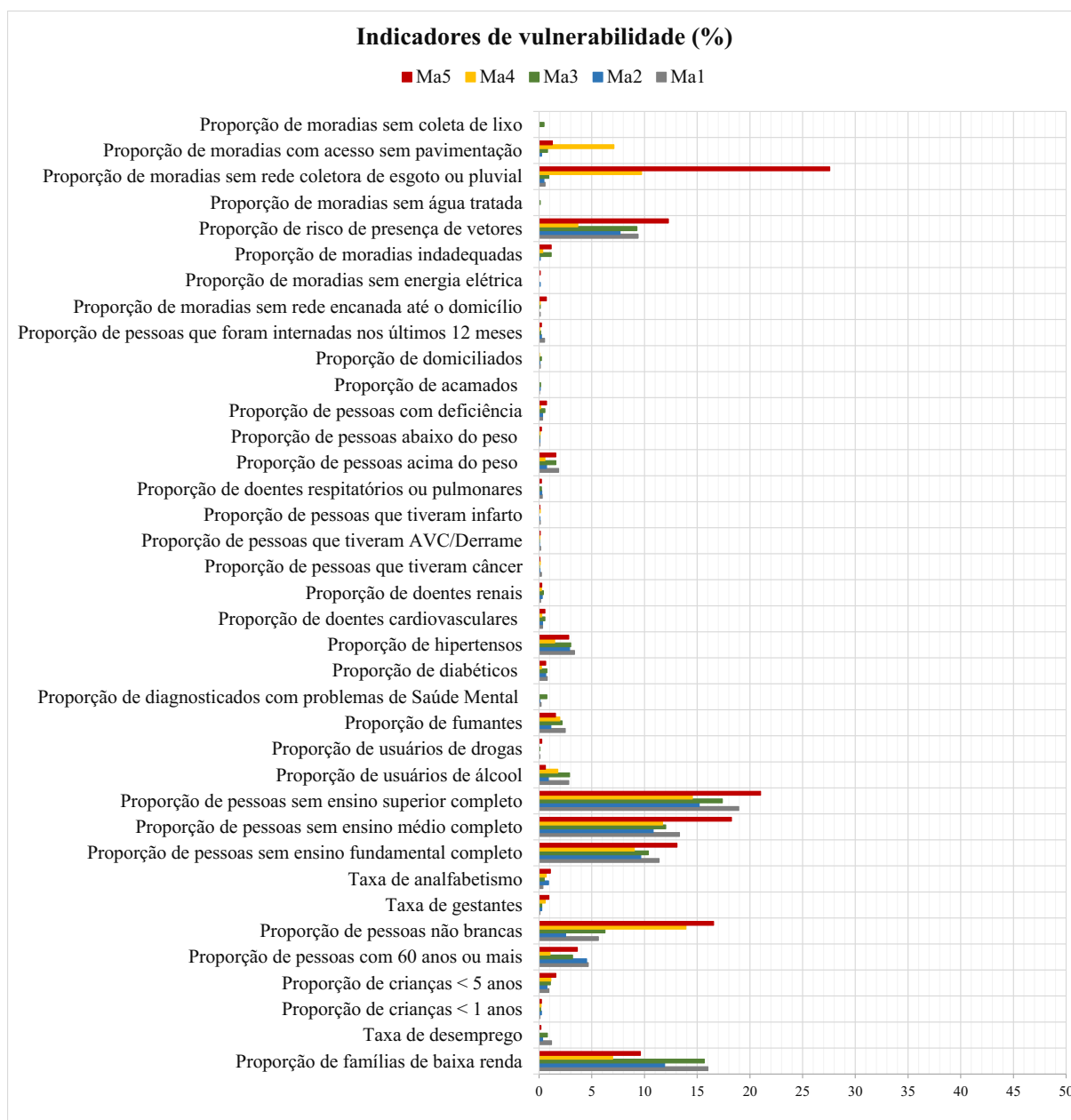
O Gráfico 2 tem o objetivo de demonstrar a proporção de cada indicador já analisado, sendo possível observar como alguns são mais significativos quanto à proporção de ocorrência. Além disso, é possível comparar, entre as microáreas, e ver como algumas são bem mais vulneráveis que outras em alguns quesitos. De forma geral, os indicadores de proporção de moradias sem rede coletora de esgoto ou pluvial, a proporção de risco de presença de vetores,

proporção de hipertensos e fumantes, os indicadores de educação, a proporção de pessoas não brancas e de famílias de baixa renda são os de maior incidência sobre a população.

A correlação de Pearson indicou correlação positiva moderada entre o contexto do lugar e da população, suscitando algumas observações necessárias. A Ma5 apresentou muito alta vulnerabilidade no contexto do lugar e da população, ao passo que a Ma2 é a menos vulnerável e apresentou alta vulnerabilidade no contexto da população e baixa no contexto do lugar. Foi observado que essa relação não se repete para as demais áreas, como em Ma1, a qual possui muito alta vulnerabilidade no contexto da população e média no contexto do lugar.

Os índices de vulnerabilidade, do lugar das pessoas e do território, são formados a partir das múltiplas dimensões que refletem o contexto de vida da população. Foi verificado, no município de Cascalho Rico, que o contexto da população apresentou maior vulnerabilidade (Tabela 3). Ainda assim, é possível notar forte relação entre o IVP e o IVL.

Na Tabela 3, podemos observar que a Ma5 é a mais vulnerável no contexto do lugar e da população, essa relação só não se aplica à Ma1 e a Ma4. A Ma1 é a segunda mais vulnerável no contexto da população e a segunda menos vulnerável no contexto do lugar. Vale considerar que ela possuiu a maior proporção de idosos e de famílias de baixa renda, ainda que a maioria das famílias com renda superior a 4 salários mínimos resida nessa microárea.

**Gráfico 2 - Indicador de vulnerabilidade (%)**

**Organização:** Autores

Quanto à Ma4, é a segunda mais vulnerável no contexto do lugar e a quarta no contexto da população. Devemos considerar que é a menor proporção de idosos e de famílias de baixa renda do município, o que influencia diretamente na condição de saúde e, conseqüentemente, na vulnerabilidade da população. Isso evidencia a necessidade de um plano estratégico para reduzir as iniquidades nas diferentes dimensões da vida cotidiana, contribuindo para redução da vulnerabilidade territorial como um todo.

**Tabela 3** - Índices de vulnerabilidade normalizado por microárea

<b>Índice (%)</b>	<b>IVP normalizado</b>	<b>IVL normalizado</b>	<b>IVT normalizado</b>
<b>Microárea 1</b>	0,900	0,234	0,694
<b>Microárea 2</b>	0,679	0,199	0,531
<b>Microárea 3</b>	0,846	0,298	0,677
<b>Microárea 4</b>	0,697	0,487	0,632
<b>Microárea 5</b>	1,000	1,000	1,000

Baixa vulnerabilidade	Média vulnerabilidade	Alta vulnerabilidade	Muito alta vulnerabilidade
-----------------------	-----------------------	----------------------	----------------------------

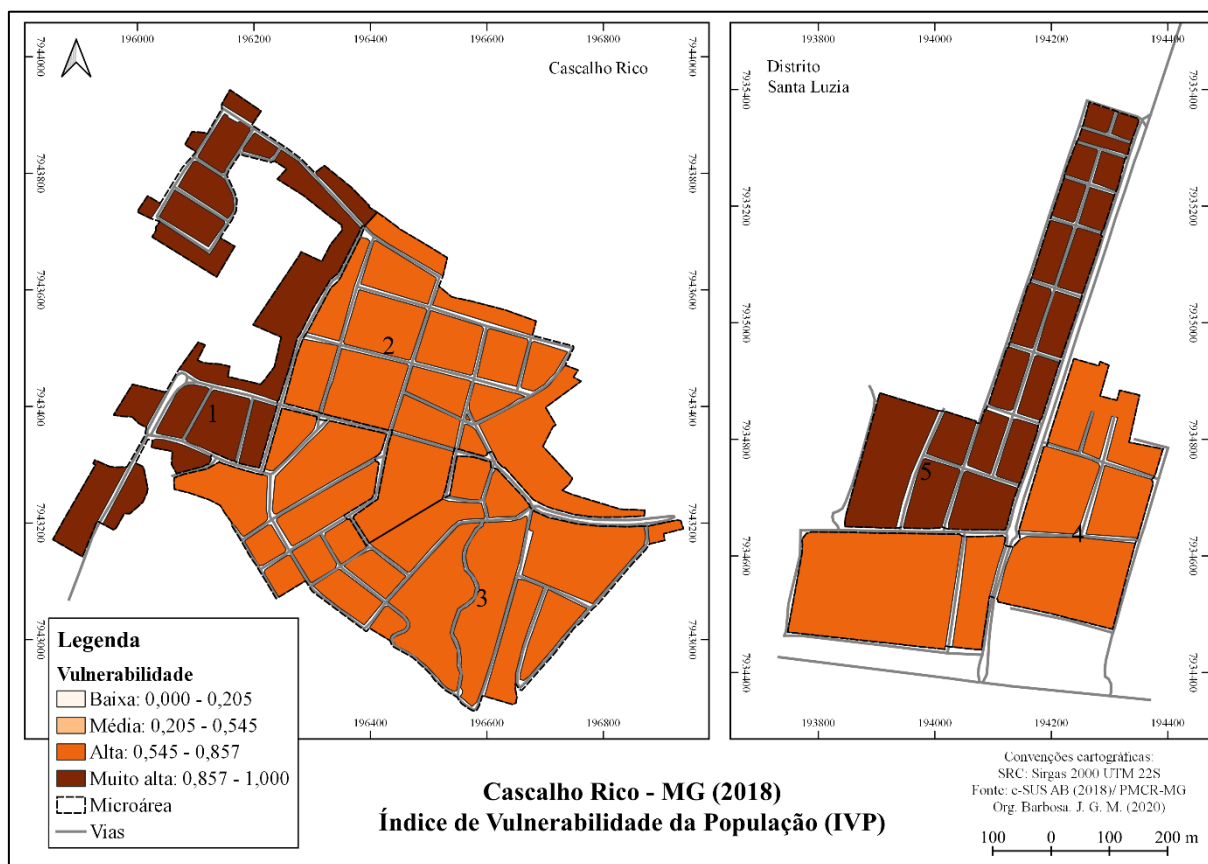
**Organização:** Autores

Dois regiões possuem muito alta vulnerabilidade em relação ao Índice de Vulnerabilidade da População (IVP). A análise das dimensões indica que os agravos à saúde da população são diferentes na Ma1 e na Ma5. No contexto da população, a Ma5 é a mais vulnerável na dimensão socioeconômica e educação, e com muito alta vulnerabilidade na dimensão da saúde. Em relação à Ma1, essa é a mais vulnerável na dimensão da renda familiar e na saúde (Tabela 1).

A avaliação percentual, no contexto da população, confirma que a Ma5 possui a maior quantidade de pessoas vulneráveis, 24% das pessoas em condição de maior vulnerabilidade residem nessa região e 22% na Ma1, a segunda nesse contexto. A Ma2 é a menos vulnerável, ainda assim é local de residência de 16% das pessoas em situação de vulnerabilidade no município (Gráfico 3).

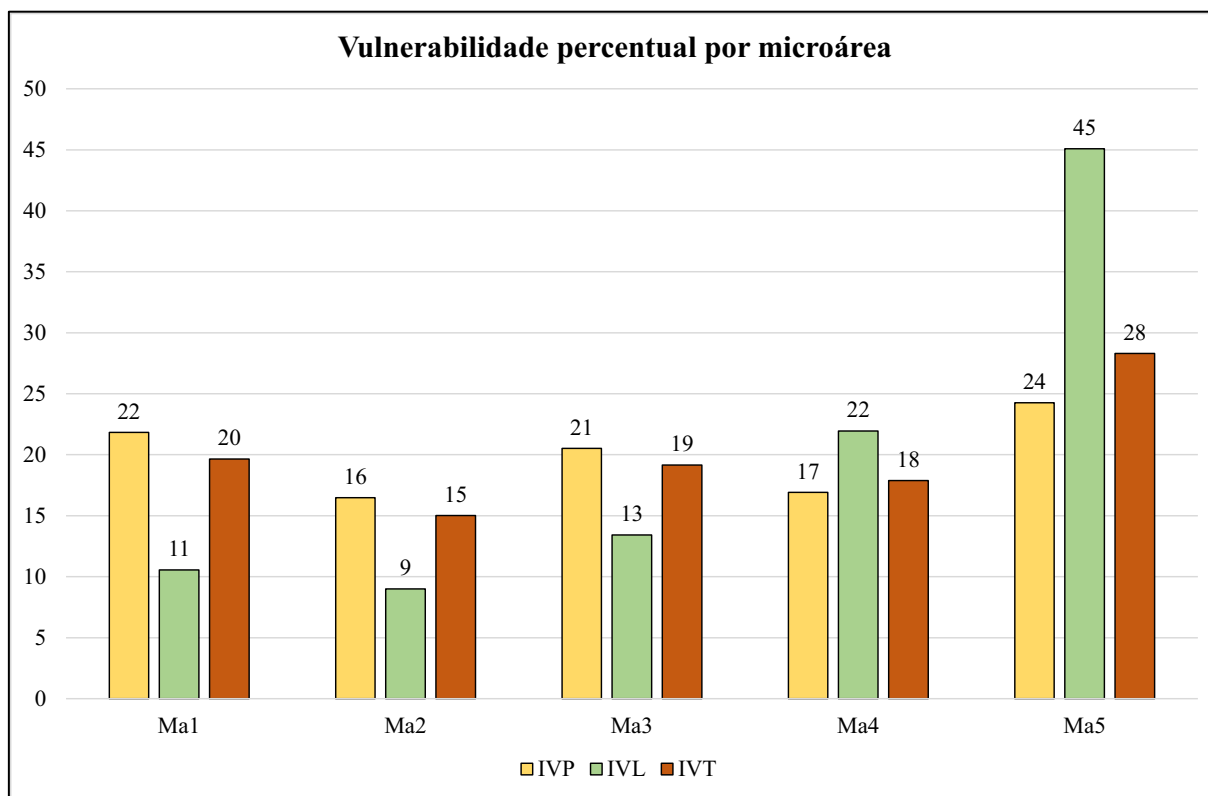


**Mapa 39 - Índice de Vulnerabilidade da População (IVP)**



**Organização:** Autores

As microáreas 2, 3 e 4 não são as mais vulneráveis. Entretanto, apresentaram IVP alto, com indicador normalizado superior a 0,6 (Tabela 3). A Ma3 está próxima do intervalo superior de muito alta vulnerabilidade, com 21% da população mais vulnerável residindo nessa área. Esse índice deve servir para definir microáreas prioritárias, pois reflete o acúmulo dos indicadores, nessa dimensão, que apontam para vulnerabilidade populacional.

**Gráfico 3 - Vulnerabilidade percentual por microárea**

**Organização:** Autores

No contexto do lugar, a proporção de pessoas, afetadas por algum dos problemas, é considerável. No município, 45% das moradias, com algum problema na dimensão do lugar, estão na Ma5 e apenas 9% estão na Ma2, a menos afetada. Segundo Barata (2009), indicadores de condição de vida, em determinado espaço geográfico, são um poderoso determinante situacional de saúde da população, e reflete o perfil, acesso e utilização aos serviços urbanos. A autora, ao analisar os indicadores da cidade de São Paulo, aponta que as desigualdades no interior da capital são maiores que as desigualdades entre capitais do país e entre países, evidenciando as desigualdades sociais e a má distribuição de recursos.

As iniquidades do lugar ampliam a vulnerabilidade da população no processo saúde-doença. Em estudo sobre a tuberculose, Alves Filho (2017) constatou correlação entre as desigualdades sociodemográficas e o lugar em que as pessoas vivem. Fato é que em lugares mais pobres há maior ocorrência da doença. Em estudo sobre a dengue, Silva, Lima e Lima (2018) concluíram que o lugar onde se vive é um dos determinantes comportamentais relativos

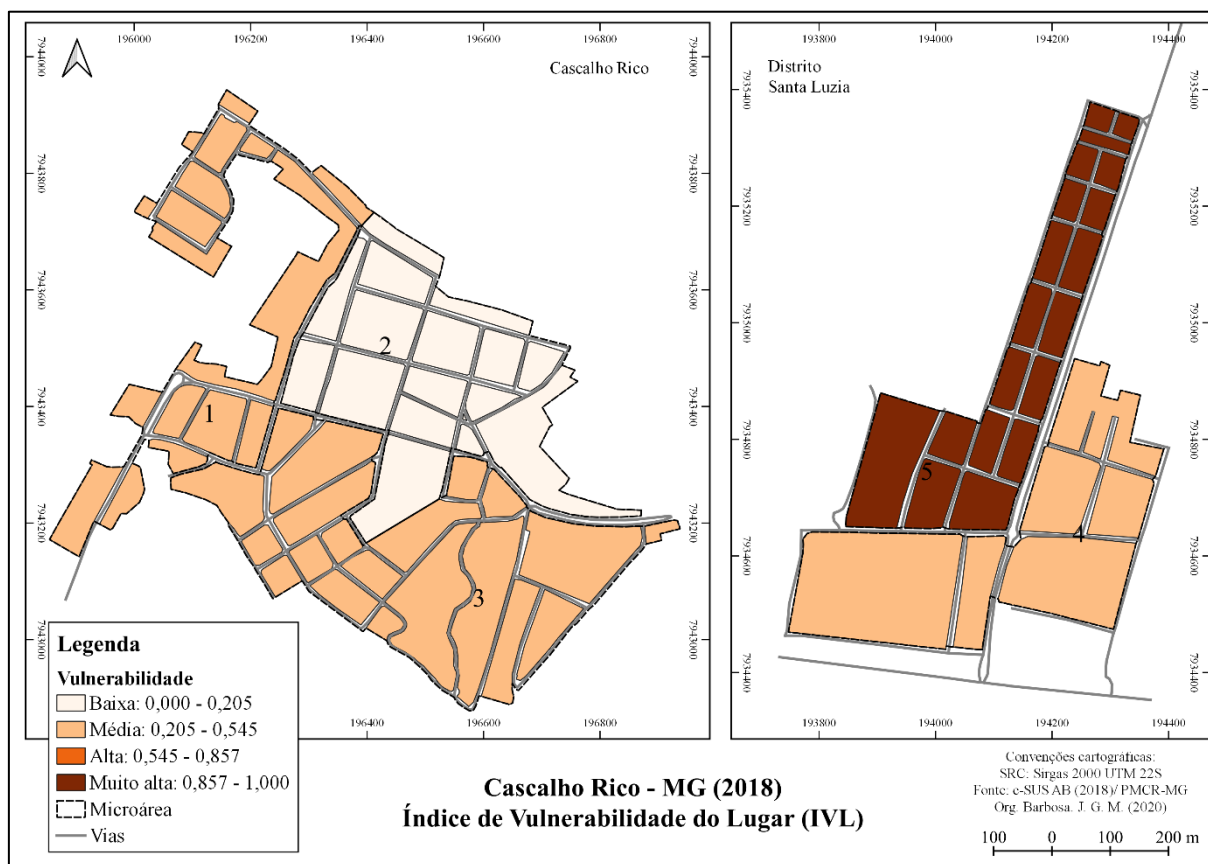
à saúde. Então, lugares de maior vulnerabilidade social estão mais sujeitos a doenças preveníveis.

Ou seja, a condição do lugar onde se vive, a vizinhança e a moradia contribuem para as injustiças em saúde, em diversas camadas. Primeiro, no nível de acesso aos serviços públicos, inclusive de saúde; segundo, em relação à infraestrutura urbana, como saneamento básico e hospitais; terceiro, risco à saúde em relação a doenças evitáveis e transmissíveis; quarto, fatores psicossociais que influenciam o comportamento das pessoas.

A análise do IVL, de Cascalho Rico, demonstra que a Ma5 é a mais vulnerável nesse contexto e também a mais vulnerável no contexto da população, vale lembrar que essa microárea possui a terceira maior proporção de idosos do município, além dos piores indicadores sociodemográficos e de educação. A Ma4 é a segunda mais vulnerável no contexto do lugar; no entanto, é a segunda menos vulnerável no contexto da população. Essas duas têm em comum o fato de serem microáreas localizadas no distrito de Santa Luzia e contarem com infraestrutura pior que as demais, localizadas no município.

Apesar disso, devemos levar em conta que a Ma4 detém a menor parcela de famílias de baixa renda e a menor de idosos, fatores que influenciam diretamente no contexto da saúde. De forma geral, o maior grau de vulnerabilidade da Ma4 está relacionado às condições de infraestrutura urbana. Ao compararmos as microáreas 1, 2 e 3, de infraestruturas urbanas semelhantes, notamos maior vulnerabilidade do lugar e das pessoas na Ma3, sendo ela a que apresenta a segunda maior proporção de famílias de baixa renda do município e a quarta maior proporção de idosos. Ao passo que a Ma2 possui a terceira menor proporção de famílias de baixa renda e a segunda menor proporção de idosos, sendo a menos vulnerável no contexto do lugar e das pessoas.

**Mapa 40 - Índice de Vulnerabilidade do Lugar (IVL)**



**Organização:** Autores

O Índice de Vulnerabilidade do Território (IVT) é a somatória dos indicadores do lugar e da população e o acúmulo das desigualdades analisadas nas múltiplas dimensões. Território é a abstração do contexto de vida das pessoas, isto é, como e onde elas vivem. Entender a condição de saúde de uma população é olhar para além do corpo, e ser capaz de compreender os determinantes sociais, econômicos e culturais que determinam o bem-estar dos sujeitos. Conhecer o território é apreender a realidade das pessoas, e essa não é uma tarefa fácil. Intervir sobre as iniquidades em saúde, manifestas no território, segundo Lima (2016), é o caminho para alcançar a integralidade da atenção a ela, isso inclui ações voltadas para os indivíduos, no contexto populacional e do lugar.

A Ma5 é a mais vulnerável em números percentuais, 28% da população mais vulnerável do município residem nessa microárea (Gráfico 3), sendo que o IVL pesou mais na composição do IVT do que o IVP. Percentualmente, a Ma1 é o segundo território mais vulnerável, o IVP

contribuiu mais para esse valor que o IVL, configurado principalmente pelos indicadores de saúde da população.

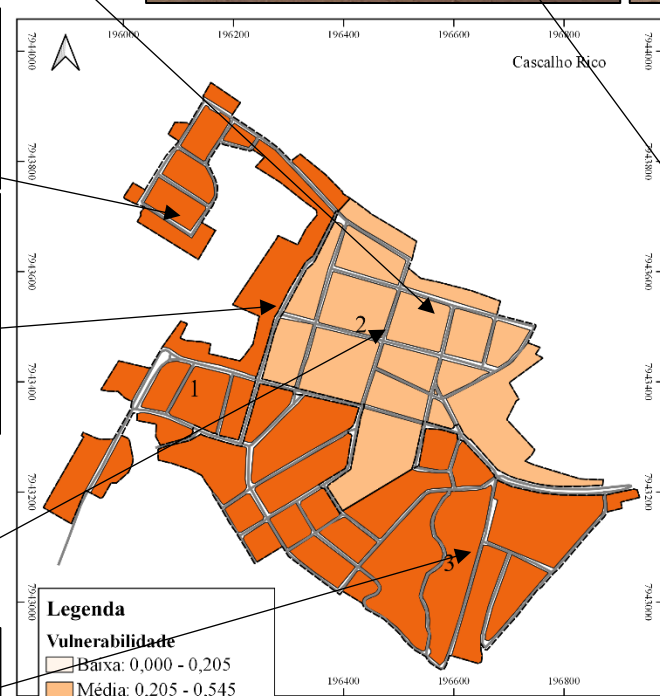
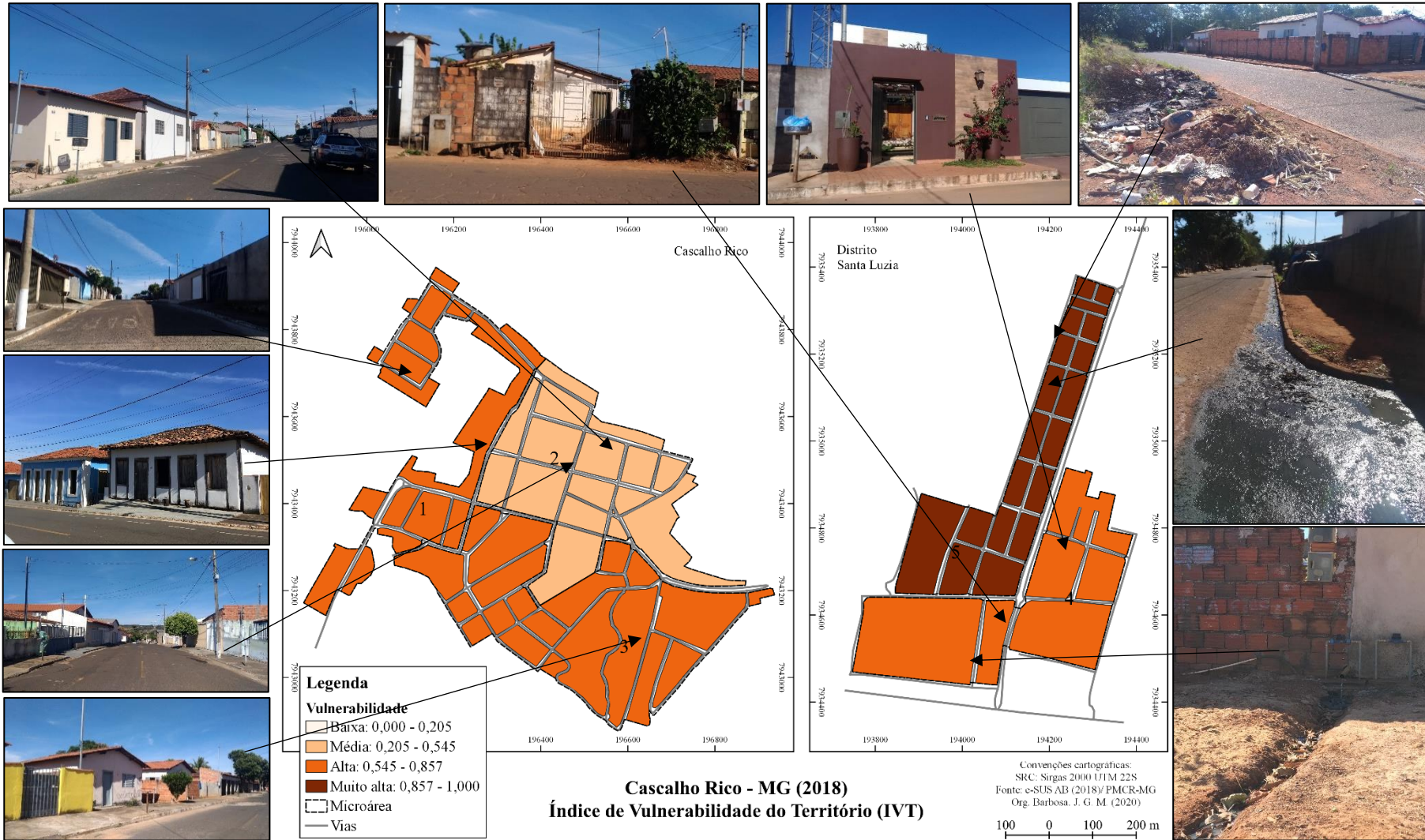
O Índice de Vulnerabilidade do Território (IVT), de Cascalho Rico, apresenta microáreas em três condições diferentes (Mapa 41). A Ma5 é a mais vulnerável, as microáreas 1, 3 e 4 estão classificadas como de alta vulnerabilidade, sendo que a Ma3 é a terceira mais vulnerável, com IVT de 0,69 (Tabela 3). A Ma2 é a única do município com média vulnerabilidade do território, pois possui a menor vulnerabilidade do lugar e da população.

Ao compararmos as microáreas 1, 2 e 3, que possuem condições do lugar muito semelhantes, a Ma2 detém menor proporção de famílias de baixa renda em relação às microáreas 1 e 3. Quanto à proporção de pessoas com mais de 60 anos, a Ma2 possui 4,5% da população idosa do município, atrás apenas da Ma1, com 4,6%; ainda assim, a Ma2 tem o segundo melhor indicador de saúde (Tabela 1), atrás apenas da Ma4, com a menor proporção de idosos e de famílias de baixa renda.

Dessa forma, podemos indicar que existe relação entre as múltiplas dimensões do contexto de vida nas condições de saúde da população de Cascalho Rico. A renda familiar e a questão etária influenciam diretamente nas condições de saúde da população, sendo que as pessoas com melhores condições de renda são menos vulneráveis, como verificado no caso da Ma2. Ao passo que o acúmulo de iniquidades tende a gerar piores condições de saúde, como verificado na Ma5, a qual possui as piores condições de vida para a população do município.

Em trabalho de campo realizado no município, verificou-se certa heterogeneidade no que condiz às condições de moradia e vizinhança na Ma4, como pode ser observado nas fotos no Mapa 41. Quanto às demais microáreas, existe certa homogeneidade referente à paisagem e à estrutura urbana.

**Mapa 41 - Índice de Vulnerabilidade do Território (IVT)**



Organização: Autores

Por fim, após diagnóstico da condição de saúde do território de Cascalho Rico, propomos um painel de prioridades que deve servir para traçar ações e metas para um plano de intervenção sobre o território. O plano de intervenção é parte do projeto de cidades saudáveis. Para Lima (2016), o objetivo do plano é transformar a situação de saúde que expõe a população aos riscos e à vulnerabilidade.

As instituições municipais e as pessoas/técnicos responsáveis devem traçar o plano de intervenção, envolvendo os múltiplos setores do poder público e da sociedade civil organizada, de maneira a estabelecer um plano de intervenção municipal (Quadro 2) com cronograma e plano de metas, com atribuições e responsabilidades, conforme proposto por Lima (2016). O envolvimento da sociedade não é opcional, é fundamental no processo de construção de uma cidade saudável.

**Quadro 2 – Plano de intervenção municipal**

Indicador	Microárea	Ações	Metas	Setores envolvidos	Grupos sociais envolvidos	Cronograma	Recursos financeiros	Pessoal responsável

**Fonte:** Adaptado de Lima (2016).

O objetivo do painel de prioridades (Tabela 4) é ranquear, com base em critérios técnicos e científicos, as dimensões que mais contribuem para a vulnerabilidade da população. O objetivo não é substituir a escuta, o povo tem propriedade e direito de apontar aos gestores municipais o que mais afeta seu cotidiano. Portanto, ouvir a população deve ser parte do projeto, ainda que não tenha feito parte dessa etapa do estudo. Não pretendemos, com o painel, definir as prioridades, mas apresentar mais um instrumento para a tomada de decisão, bem como para o processo de escuta da população.



Tabela 4 – Painel de indicadores de prioridades

Dimensão	Indicadores	Ranking	Ranking (% populacional)	1º grau de prioridade	2º grau de prioridade	3º grau de prioridade	4º grau de prioridade	5º grau de prioridade
Saúde	Proporção de hipertensos	1º	13,525	Ma1: 3,363	Ma3: 2,993	Ma2: 2,882	Ma5: 2,809	Ma4: 1,478
	Proporção de fumantes	2º	9,276	Ma1: 2,476	Ma3: 2,183	Ma4: 1,959	Ma5: 1,552	Ma2: 1,109
	Proporção de usuários de álcool	3º	8,943	Ma3: 2,882	Ma1: 2,809	Ma4: 1,774	Ma2: 0,887	Ma5: 0,591
	Proporção de pessoas acima do peso	4º	6,282	Ma1: 1,848	Ma5: 1,589	Ma3: 1,589	Ma2: 0,702	Ma4: 0,554
	Proporção de diabéticos	5º	2,993	Ma1: 0,776	Ma3: 0,739	Ma5: 0,628	Ma2: 0,628	Ma4: 0,222
	Proporção de pessoas com deficiência	6º	2,069	Ma5: 0,702	Ma3: 0,554	Ma2: 0,333	Ma1: 0,333	Ma4: 0,148
	Proporção de doentes cardiovasculares	7º	2,033	Ma5: 0,554	Ma3: 0,554	Ma2: 0,333	Ma1: 0,333	Ma4: 0,259
	Proporção de doentes renais	8º	1,330	Ma3: 0,407	Ma2: 0,296	Ma5: 0,259	Ma4: 0,222	Ma1: 0,148
	Proporção de pessoas que foram internadas nos últimos 12 meses	9º	1,183	Ma1: 0,517	Ma5: 0,222	Ma2: 0,222	Ma3: 0,148	Ma4: 0,074
	Proporção de doentes respiratórios ou pulmonares	10º	0,998	Ma1: 0,296	Ma2: 0,259	Ma5: 0,222	Ma3: 0,222	Ma4: 0
	Proporção de diagnosticados com problemas de Saúde Mental	11º	0,998	Ma3: 0,739	Ma1: 0,185	Ma2: 0,074	Ma5: 0	Ma4: 0
	Proporção de pessoas abaixo do peso	12º	0,554	Ma5: 0,222	Ma4: 0,111	Ma3: 0,074	Ma2: 0,074	Ma1: 0,074
	Proporção de pessoas que tiveram câncer	13º	0,517	Ma1: 0,222	Ma4: 0,111	Ma5: 0,074	Ma2: 0,074	Ma3: 0,037
	Proporção de domiciliados	14º	0,443	Ma3: 0,222	Ma1: 0,111	Ma2: 0,074	Ma4: 0,037	Ma5: 0
	Proporção de usuários de drogas	15º	0,407	Ma5: 0,259	Ma3: 0,074	Ma1: 0,074	Ma4: 0	Ma2: 0
	Proporção de pessoas que tiveram AVC/Derrame	16º	0,407	Ma1: 0,148	Ma5: 0,111	Ma4: 0,074	Ma3: 0,037	Ma2: 0,037
	Proporção de pessoas que tiveram infarto	17º	0,370	Ma4: 0,111	Ma1: 0,111	Ma5: 0,074	Ma2: 0,074	Ma3: 0
	Proporção de acamados	18º	0,296	Ma3: 0,148	Ma2: 0,111	Ma1: 0,037	Ma5: 0	Ma4: 0
Vizinhança	Proporção de moradias com acesso sem pavimentação	1º	9,382	Ma4: 7,094	Ma5: 1,259	Ma3: 0,801	Ma2: 0,229	Ma1: 0
	Proporção de moradias sem coleta de lixo	2º	0,458	Ma3: 0,458	Ma5: 0	Ma4: 0	Ma2: 0	Ma1: 0
Moradia	Proporção de risco de presença de vetores	1º	42,220	Ma5: 12,243	Ma1: 9,382	Ma3: 9,268	Ma2: 7,666	Ma4: 3,661
	Proporção de moradias sem rede coletora de esgoto ou pluvial	2º	39,245	Ma5: 27,574	Ma4: 9,725	Ma3: 0,915	Ma1: 0,572	Ma2: 0,458
	Proporção de moradias inadequadas	3º	2,746	Ma5: 1,144	Ma3: 1,144	Ma4: 0,343	Ma2: 0,114	Ma1: 0
	Proporção de moradias sem rede encanada até o domicílio	4º	1,030	Ma5: 0,686	Ma4: 0,114	Ma3: 0,114	Ma1: 0,114	Ma2: 0
	Proporção de moradias sem energia elétrica	5º	0,229	Ma5: 0,114	Ma2: 0,114	Ma4: 0	Ma3: 0	Ma1: 0
	Proporção de moradias sem água tratada	6º	0,114	Ma3: 0,114	Ma5: 0	Ma4: 0	Ma2: 0	Ma1: 0
Sociodemografia	Proporção de pessoas não brancas	1º	44,863	Ma5: 16,556	Ma4: 13,932	Ma3: 6,245	Ma1: 5,617	Ma2: 2,513
	Proporção de pessoas com 60 anos ou mais	2º	16,999	Ma1: 4,656	Ma2: 4,508	Ma5: 3,622	Ma3: 3,178	Ma4: 1,035
	Proporção de crianças < 5 anos	3º	5,432	Ma5: 1,589	Ma4: 1,109	Ma3: 1,072	Ma1: 0,924	Ma2: 0,739
	Taxa de gestantes	4º	2,092	Ma5: 0,921	Ma4: 0,586	Ma3: 0,251	Ma2: 0,251	Ma1: 0,084
	Proporção de crianças < 1 anos	5º	0,850	Ma5: 0,222	Ma2: 0,222	Ma4: 0,185	Ma3: 0,148	Ma1: 0,074
Educação	Proporção de pessoas sem ensino superior completo	1º	87,072	Ma5: 21,008	Ma1: 18,941	Ma3: 17,388	Ma2: 15,191	Ma4: 14,544
	Proporção de pessoas sem ensino médio completo	2º	66,102	Ma5: 18,245	Ma1: 13,311	Ma3: 12,014	Ma4: 11,715	Ma2: 10,818
	Proporção de pessoas sem ensino fundamental completo	3º	53,506	Ma5: 13,086	Ma1: 11,389	Ma3: 10,362	Ma2: 9,647	Ma4: 9,022
	Taxa de analfabetismo	4º	3,484	Ma5: 1,072	Ma2: 0,893	Ma4: 0,674	Ma3: 0,491	Ma1: 0,357
Renda Familiar	Proporção de famílias de baixa renda	1º	60,183	Ma1: 16,018	Ma3: 15,675	Ma2: 11,899	Ma5: 9,611	Ma4: 6,979
	Taxa de desemprego	2º	2,473	Ma1: 1,181	Ma3: 0,787	Ma2: 0,337	Ma5: 0,169	Ma4: 0

Organização: Autores



O painel foi organizado pensando na redução das iniquidades, definindo como prioridade o campo da saúde, pois as medidas de vigilância e promoção sanitária, nessa dimensão, é o que determina o risco de morte. Depois, os indicadores foram ranqueados e distribuídos com base na incidência percentual de cada microárea, dentro de cada extensão.

Na coluna *ranking*, dentro da dimensão da saúde, a hipertensão é o indicador com maior incidência entre a população do município, a Ma1 é a mais vulnerável e a Ma4 a menos vulnerável. Desse modo, ações e projetos de intervenção podem ser elaborados e direcionados às microáreas mais frágeis.

As demais dimensões não seguem uma hierarquia de prioridade definida, porém, o município deve priorizar as intervenções que podem gerar melhorias na qualidade de vida da população, como as melhorias relacionadas à infraestrutura urbana. Ações voltadas para melhorar as condições do lugar influenciam a condição de saúde das pessoas e pode trazer benefícios duradouros e de longo prazo à população.

Na dimensão da vizinhança, a Ma4 possui a maior proporção de moradias sem acesso por via pavimentada, e a Ma3 é a única microárea urbana com moradias sem coleta de lixo. Na dimensão da moradia, a Ma5 é a mais afetada, com 27% das residências sem rede de coleta de esgoto de todo o município; ao todo, 39,24% não possuem esse serviço urbano. Intervenções nesses indicadores podem trazer vantagens imediatas à qualidade de vida dos sujeitos, dependendo da vontade do poder público municipal.

Os indicadores na dimensão sociodemográfica indicam que a população está em condição de maior vulnerabilidade por questões étnicas e etária. Novamente, a Ma5 apresenta a maior quantidade de indicadores negativos nesse quesito. Dos 44% de pessoas não brancas do município, 16,5% estão nessa microárea, que também tem a maior proporção de crianças abaixo de 1 e 5 anos, e a maior taxa de gestantes. Outro indicador importante é o de pessoas com mais de 60 anos, a Ma1 detém o maior percentual dentre todas.

A educação, ou nível de escolaridade, interfere diretamente sobre a renda e a condição de saúde, assim como a questão ética e de gênero, conforme apontado por Barata (2009), em seu livro. Devido a isso, são questões sensíveis e demandam esforços de longo prazo no combate às iniquidades. A Ma5 porta os maiores percentuais em todos os indicadores de educação, sendo fundamentais programas e ações de incentivo a ela e controle da evasão escolar nessa microárea. Na dimensão da renda familiar, a maior proporção de famílias reside na Ma1, refletindo na maior taxa de desemprego.

Os indicadores já foram analisados individualmente, mas, ao observar o painel de classificação de prioridades, é evidente a necessidade de interferência nas condições de vida das pessoas que residem na microárea 5, por intermédio de ações coordenadas e amparadas por informações. Os gráficos, tabelas e mapas, aqui apresentados, servem não somente ao diagnóstico de situação, mas também ao processo de vigilância da condição de saúde da população. Deve servir à gestão municipal e aos profissionais da ESF, do município, para a elaboração de um plano estratégico que vise reduzir as desigualdades no interior do município.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os princípios que norteiam a organização do SUS, por meio de atenção universal e cuidado integral aos sujeitos, implicam em intervenções na condição de saúde dos indivíduos e das populações, não só para tratar as doenças, mas também para evitá-las. Por isso, o SUS deve oferecer o atendimento individual nas clínicas de atenção básica, nas unidades de atendimento de urgência e emergência, e nos hospitais; mas também deve realizar vigilância em saúde para identificar e neutralizar os fatores de risco e as vulnerabilidades que possam fragilizar as condições de vida dos sujeitos e grupos, com ações de prevenção e promoção da saúde.

Há tempos que na compreensão da saúde, no campo teórico e normativo, o modelo biomédico já foi superado pela concepção de determinação social. Vulnerabilidade social e condições de saúde estão diretamente relacionadas, de modo que nos territórios mais vulneráveis, que possuem piores indicadores sociais e um modo de vida precário, a situação de saúde da população é, também, precária. Ao contrário, nos territórios de menor vulnerabilidade social, que apresentam melhores indicadores socioeconômicos, as populações vivem em contextos mais favoráveis a uma melhor situação sanitária.

Mas, na prática, as unidades de saúde da atenção primária, que deveriam incorporar essa concepção para intervir com vigilância no território, para reduzir os riscos e a vulnerabilidade social que afetam a saúde, só conseguem tratar doença.

Pesquisas geográficas, com abordagem sobre o risco e a vulnerabilidade social na perspectiva da saúde, podem oferecer instrumentos de análise para a compreensão da situação de saúde populacional, servindo-se para o estabelecimento de estratégias de intervenção nos territórios da atenção básica, mais especificamente nas áreas de abrangência das UBSF.

Para análises e diagnósticos de situação de saúde, seja em nível nacional, regional ou municipal, é necessário se apoiar em informações. No SUS, cotidianamente, é produzida uma

quantidade muito grande de dados, a maioria em nível municipal, são armazenados em sistemas de informações hierarquizadas, municipal, estadual e federal.

No caso específico da atenção básica, dados e informações valiosíssimas são produzidas pelos ACS nas visitas domiciliares. Dois instrumentos de coleta de dados dos indivíduos e da população nas UBSF são o cadastro individual e o cadastro domiciliar/territorial, os quais poderiam ser utilizadas para a compreensão da situação de saúde das famílias. Mas, infelizmente, a equipe de profissionais de saúde da UBSF está assoberbada com o atendimento da doença, de tal maneira que não é capaz nem de olhar para esses dados.

Uma possibilidade seria ampliar a equipe com profissionais capazes de organizar, mapear e interpretar esses dados para melhorar não só o atendimento da doença, mas estabelecer efetivamente vigilância, prevenção e promoção da saúde. Adicionalmente, os municípios deveriam recorrer a convênios com as universidades para que professores e estudantes de graduação e pós-graduação pudessem ajudar nessa tarefa.

Consonante com o que é previsto na PNAB (2017) e com os princípios do SUS, nesta pesquisa analisamos e mapeamos os múltiplos indicadores que se relacionam ao contexto de vida e os determinantes sociais da saúde nos territórios da atenção básica, no município de Cascalho Rico em Minas Gerais.

O mapeamento possibilitou identificar os territórios mais vulneráveis e as dimensões que mais afetam as condições de vida da população. É inegável que a dimensão da saúde é prioridade; contudo, políticas de promoção e vigilância, voltadas para as demais dimensões, são os meios para se alcançar bons indicadores de saúde. A atuação sobre os determinantes sociais é o caminho para reduzir as iniquidades de seu perfil e melhorar as condições de vida.

Em Cascalho Rico, existem duas realidades distintas, a do município sede e do distrito de Santa Luzia. A sede municipal possui melhores condições de infraestrutura urbana e isso se

converte em melhores condições de saúde e menor vulnerabilidade no contexto do lugar que tem duas dimensões, o da moradia e da vizinhança.

A única microárea com IVL altíssimo é a 5, o lugar mais vulnerável na dimensão da moradia. Ao todo, 27% das moradias não possuem rede coletora de esgoto ou pluvial, uma realidade para todas as microáreas, a menor proporção é o da microárea 2, com 0,45%. Além disso, 0,68% das moradias da MA5 não possuem rede encanada até o domicílio.

O lugar menos vulnerável é o da microárea 2, situada no município de Cascalho Rico, é o único lugar com rede de abastecimento hídrico público em todos os domicílios. Ademais, apresentou as menores proporções em todos os indicadores no contexto do lugar, com exceção para a proporção de moradias sem energia elétrica, uma moradia nessa microárea não possuía energia, assim como na microárea 5.

No contexto da população, foram avaliadas as dimensões da renda familiar, sociodemografia, educação e saúde, a microárea mais vulnerável é a 5, com exceção das dimensões de renda familiar e saúde. Alguns dos indicadores mais relevantes, para entendermos as iniquidades sociais e em saúde, condizem à questão étnica, e a maior proporção de pessoas não brancas reside justamente na microárea de número 5, mais de 16% do total. Outro critério é a educação, em todos os indicadores analisados nessa dimensão, a 5 é a mais vulnerável, com a maior taxa de analfabetismo do município e a menor proporção de pessoas com ensino superior completo.

A população da microárea 5 é a mais vulnerável em relação a indicadores de exposição ao risco, com maior proporção de crianças abaixo de 5 anos, maior taxa de gestantes, proporção de usuários de drogas, pessoas abaixo do peso e pessoas com deficiência. Além disso, apresentou muito alta vulnerabilidade no contexto da saúde, atrás das microáreas 1 e 3 que possuem maior proporção de idosos e de famílias de baixa renda.

A microárea 1 também apresentou muito alta vulnerabilidade na dimensão da população, sendo mais vulnerável que a microárea 5 no contexto da renda familiar e da saúde. A maior proporção de famílias de baixa renda e de desempregados reside nesse território, o qual apresenta a maior quantidade de idosos. No contexto da saúde, é a microárea mais vulnerável, na qual pesam os indicadores de doenças crônicas, como diabetes, hipertensão, AVC e derrame, problemas cardiovasculares e respiratórios que podem ser associados à faixa etária e agravados pelos determinantes sociais da saúde.

A população menos vulnerável do município reside na microárea 2, de melhores indicadores sociodemográficos e de saúde. Mesmo tendo a terceira menor proporção de famílias de baixa renda e a segunda maior proporção de idosos do município, quesitos superiores aos da microárea 5, possui índices satisfatórios em vulnerabilidade do lugar e da população, sendo assim o território menos vulnerável do município.

Em síntese, a microárea 5 é a mais vulnerável no município, com muito alta vulnerabilidade e a microárea 2 é a menos, com média vulnerabilidade territorial. As microáreas 1, 3 e 4 apresentaram alta vulnerabilidade territorial, média no contexto do lugar e alta no da população, com exceção da microárea 1 que apresentou muito alta vulnerabilidade nesse contexto.

Portanto, no município de Cascalho Rico, o território mais vulnerável, no contexto do lugar, é também o mais vulnerável no contexto da população, realidade oposta para o território menos vulnerável. Podemos considerar que os determinantes sociais da saúde, percebidos por meio dos indicadores do lugar, possuem forte relação com o processo saúde-doença da população. Sendo assim, melhores condições de infraestrutura urbana e serviços públicos se convertem em territórios menos vulneráveis e com melhores condições de saúde para a população e lugares saudáveis.

Investir na melhoria dos indicadores, na dimensão da moradia e da vizinhança, tem potencial de reduzir imediatamente a vulnerabilidade social da população e mudar os resultados deste estudo preliminar. Investimentos em infraestrutura urbana, como rede de água encanada até o domicílio, pavimentação urbana, rede coletora de esgoto e pluvial, trazem mais dignidade e melhores condições sanitárias à população mais vulnerável, diminuindo o risco de adoecer e conseqüentemente melhorias na situação sanitária.

Investimentos em educação são para o futuro, a longo prazo há potencial de melhorar o contexto da renda familiar e o da saúde. Em relação à renda familiar, o maior nível de escolaridade amplia as possibilidades de melhor remuneração, além de proporcionar experiências e conhecimento adequado às possibilidades de empreender e gerar riqueza. Uma população com melhores condições de educação tende a ser mais crítica e ciente de seu papel social e engajada politicamente, apta a entender os determinantes sociais da saúde e pronta para exigir seus direitos.

Ao buscar redução das iniquidades, vigilância e promoção da saúde em um projeto de cidade saudável, o município deve investir em infraestrutura urbana, criando lugares mais saudáveis, almejando transformar o contexto de vida da população a partir dos indicadores relacionados à própria infraestrutura urbana.

Estabelecer uma agenda saudável é assumir a responsabilidade de construir uma cidade para todos, atuando sob a determinação social da saúde que mantém a população mais vulnerável em uma situação de iniquidade. A construção de uma cidade saudável se dá por meio de políticas integradoras e participativas, que aproximam os setores da administração pública das entidades e organizações sociais, a partir de um planejamento estratégico situacional. A análise de situação é o ponto de partida para a definição das ações; assim, as pessoas e as comunidades devem ser ouvidas, e questionadas sobre os problemas e os contextos que afetam a qualidade de vida e saúde.

Nesse processo, os ACS são fundamentais, pois são eles que possuem o maior vínculo com a comunidade e devem sempre buscar uma relação de proximidade e empatia com as pessoas que se encontram em condições desfavoráveis. Os servidores municipais e as equipes que compõem a ESF têm papel fundamental na mudança social proposta e são o material humano responsável pela transformação da realidade das pessoas mais vulneráveis.

Os dados produzidos pelos ACS, via cadastro individual e domiciliar/territorial, são relevantes e fundamentais para análise territorial das condições de saúde da população e podem servir ao propósito de orientar as ações e práticas de vigilância e promoção da saúde nos territórios em diferentes níveis, municipal, regional e estadual. No entanto, as informações ainda são de baixa confiabilidade, são necessárias melhorias no processo de obtenção, armazenamento, organização e disponibilização dos dados sanitários.

Esses dados possuem imenso potencial no planejamento público, não só para o setor de saúde, mas para a cidade como um todo. É desejada uma gestão de dados mais eficientes, que possa dar suporte a informações cada vez mais confiáveis e fidedignas.

Em relação ao processo de obtenção e preenchimento dos cadastros, o Ministério da Saúde disponibiliza o aplicativo e-SUS AB Território para dispositivo móvel, e serve para automação do trabalho, agilizando e evitando retrabalho para os ACS, além de reduzir as chances de erros de digitação no módulo CDS.

Quanto mais desagregado for o dado, maior é seu potencial informacional. Poder identificar as famílias, ou mesmo as pessoas mais vulneráveis em um território, amplia consideravelmente as possibilidades de intervenção. Os dados individualizados possibilitam relacionar as informações etárias, de escolaridade, étnicas e de renda, a cada grupo familiar, além de identificar as moradias mais vulneráveis e as pessoas que nelas habitam, direcionando os recursos necessários de forma mais pontual e eficiente. Além disso, amplia a possibilidade



de representação cartográfica e conseqüentemente torna o processo de tratamento e manipulação dos dados mais complexo.

Os dados das fichas de cadastro são um excelente começo, porém é desejável ampliar a quantidade de indicadores, sobretudo no que se refere à dimensão do lugar. É possível incorporar os dados do Sistema de Vigilância em Saúde, gerados pelos ACE, que também fazem parte da ESF, além do prontuário eletrônico, integrando ações de promoção da saúde e vigilância na Atenção Básica.

Foi verificado que existe dificuldade em remover os dados dos usuários que deixaram a microárea por motivo de mudança ou óbito, além da possibilidade de registros duplicados. Isso distorce os dados e dificulta a gestão da informação. Ademais, a forma como o sistema retorna os dados consolidados à gestão municipal dificulta sua manipulação por parte dos usuários que não possuem conhecimento em banco de dados. Essa é uma realidade de municípios pequenos que não têm um corpo técnico ampliado e especializado. Essa parceria entre a universidade e o município é mais que desejável, é fundamental na construção de conhecimento para enfrentamento das questões sociais.

A vulnerabilidade territorial, que conjuga a vulnerabilidade do lugar com a vulnerabilidade da população, foi capaz de sintetizar as iniquidades sociais levando em consideração o contexto de vida das populações. Os dados oriundos do sistema de saúde, não refletem somente a condição de estar ou não doente, são poderosos e muito valiosos. Serviram para análises não só na dimensão da saúde, mas em diversas. Seu potencial é imenso para a gestão municipal, deve ser melhor tratado e incorporado em diagnósticos e nas ações de políticas públicas.

É necessário avançar cientificamente, em relação aos índices e indicadores, ampliando as variáveis analisadas em cada dimensão, além de considerar dados de outras fontes. A base de dados numérica e vetorial foi organizada e pode servir à gestão pública de Cascalho Rico. O

diagnóstico possibilitou identificar os territórios mais vulneráveis e os atributos responsáveis pela situação, possibilitando a adoção de um plano de intervenção. Quanto ao projeto de cidade saudável, muito ainda deve ser feito, principalmente no que diz respeito a participação popular e gestão da informação. Acreditamos que um projeto de cidade saudável perpassa pelo SUS e toda sua estrutura.

O SUS é o maior sistema público, universal e gratuito do mundo, considerado uma política social de redução das iniquidades. É fruto de uma histórica mobilização social e se mantém pela resistência da sociedade civil organizada. Mas o que se vê é um SUS sob o ataque de governos que abraçaram a cartilha neoliberal, influenciados pelas grandes corporações, ávidas pela privatização desse sistema.

A saúde da população não pode ser entregue ao mercado que lucra com a doença. Para a lógica do capital no Brasil, quanto maiores os gastos com medicamentos, equipamentos, hospitais e menor o investimento na qualidade de vida das pessoas, melhor. O SUS existe para oferecer melhores condições de vida às pessoas; desse modo, lutar pelo SUS não é uma opção, é a única saída para uma sociedade menos injusta.

É papel de todo cidadão defender um SUS completamente público, gratuito e de qualidade, cabendo aos profissionais de saúde e pesquisadores desenvolver soluções que permitam melhorá-lo e aos governantes a criação de instrumentos para monitorar a qualidade do serviço prestado e alocação de recursos para melhoria do sistema.

Espera-se que esta pesquisa possa servir ao município de Cascalho Rico e também aos municípios vizinhos, como inspiração para um projeto regional de cidades saudáveis que vise reorganizar sua rede de atenção básica, incorporando ações de vigilância, prevenção e promoção da saúde de base territorial. Acreditamos que, dessa forma, todos os envolvidos serão amplamente beneficiados, com mais recurso e infraestrutura para o poder público e melhores condições de saúde para mais pessoas.

## 6. REFERÊNCIAS

- ADRIANO, Jaime Rabelo et al. A construção de cidades saudáveis: uma estratégia viável para a melhoria da qualidade de vida?. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, p. 53-62, 2000. <https://doi.org/10.1590/S1413-8123200000100006>
- ALMEIDA FILHO, Naomar de. **O que é saúde?**. 1ª ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011. <https://doi.org/10.7476/9788575413432>
- ALMEIDA, Erika Rodrigues de et al. Política Nacional de Atenção Básica no Brasil: uma análise do processo de revisão (2015–2017). **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 42, p. e180, 2018. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.180>
- ALMEIDA-FILHO, Naomar de; COUTINHO, Denise. Causalidade, contingência, complexidade: o futuro do conceito de risco. **Physis: revista de saúde coletiva**, v. 17, p. 95-137, 2007. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312007000100007>
- ALVES FILHO, Pedro et al. Desigualdades socioespaciais relacionadas à tuberculose no município de Itaboraí, Rio de Janeiro. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 20, p. 559-572, 2017. <https://doi.org/10.1590/1980-5497201700040001>
- ARANTES, Luciano José; SHIMIZU, Helena Eri; MERCHÁN-HAMANN, Edgar. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, p. 1499-1510, 2016. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015215.19602015>
- ARAÚJO, Juliana Cristina de. **Memórias e significados da banda de música de Cascalho Rico–MG**. 2005.
- Atlas de Desenvolvimento Humano no Brasil, disponível em :<[http://atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil\\_m/1537](http://atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_m/1537)>. Acessado em 10/02/2020. ISBN: 978-85-7811-317-9
- AYRES, J. R. C. M.. Prevenção de agravos, promoção da saúde e redução de vulnerabilidade. In: Martins MA, Carrilho FJ, Alves, VAF, Castilho EA, Cerri GG. (Org.). **Clínica Médica - Volume 1**. 2ed.Barueri: Manole, 2016, v. 1, p. 436-454. ISBN: 978-85-204-3614-1
- AYRES, J.R.; CALAZANS, G. J.; SALETTI FILHO, Haraldo Cesar; FRANÇA JUNIOR, Ivan . Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In: Gastão Wagner de Souza Campos; Maria Cecília de Souza Minayo; Marco Akerman; Marcos Drumond Júnior; Yara Maria de Carvalho. (Org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. 1ed.São Paulo; Rio de Janeiro: Editora Hucitec; Editora Fiocruz, 2006, v. , p. 375-417. ISBN: 852710704X
- AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita et al. O Conceito de Vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, Dina; DE FREITAS, Carlos Machado. **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. 2ª ed. Editora FIOCRUZ, 2009. Edição do Kindle. <https://doi.org/10.7476/9788575413531>
- AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **Ciência & saúde coletiva**, v. 6, p. 63-72, 2001. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232001000100005>

BARROS, F. P. C.; SOUSA, M. F. de Equidade: seus conceitos, significações e implicações para o SUS. **Saúde Soc.** São Paulo, v.25, n.1, p.9-18, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v25n1/1984-0470-sausoc-25-01-00009.pdf>>. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902016146195>

BATISTELLA, Carlos. Abordagens contemporâneas do conceito de saúde. In: **O território e o processo saúde-doença**, p. 51-86, 2007. ISBN: 978-85-98768-21-2

BELO HORIZONTE. **Índice de Vulnerabilidade à Saúde - 2012**. Org.: Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. Prefeitura Municipal de Belo Horizonte, 2013.

BERNARDELLI, Camila. **Os efeitos sócio-espaciais da usina hidrelétrica de emborcação no município de Cascalho Rico (MG)**. 2007. Monografia (Bacharel em Geografia) – Instituto de Geografia, Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2009.

BOVOLATO, Luís Eduardo. Saneamento básico e Saúde. **Escritas: Revista do Curso de História de Araguaína**, v. 2, 2010. <https://doi.org/10.20873/vol2n0>

BRASIL, Casa Civil. **Lei nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da união, v. 20, 1990.

BRASIL. **Constituição 1988**. Congresso Nacional. Câmara dos Deputados. Centro de Documentação e Informação, Coordenação de Publicações, 2003.

BRASIL. Declaração de Alma-Ata. Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde. **Alma-ata**, URSS, 1978. Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao\\_alma\\_ata.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_alma_ata.pdf)>.

BRASIL. Decreto nº 6.135, de 26 de junho de 2007. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 26 de jun. 2007.

BRASIL. **Guia Política Nacional de Atenção Básica**. Módulo 1: Integração Atenção Básica e Vigilância em Saúde. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. **Lei n. 12.864** de 24 de setembro de 2013. Altera o caput do art. 3º da Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Diário Oficial da União, 2013.

BRASIL. **Lei nº 13.097**, de 19 de janeiro de 2015. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 19 jan. 2015. Acesso em 09 de novembro 2019, disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2015-2018/2015/Lei/L13097.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2015/Lei/L13097.htm)>.

BRASIL. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, 21 de set. 2017.

BRAVO, Maria Inês Souza et al. Política de saúde no Brasil. In. **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**, v. 3, p. 1-24, 2006. ISBN: 8524912669

BREWER, Cynthia A.; PICKLE, Linda. Evaluation of methods for classifying epidemiological data on choropleth maps in series. **Annals of the Association of American Geographers**, v. 92, n. 4, p. 662-681, 2002. <https://doi.org/10.1111/1467-8306.00310>

BUSS, Paulo Marchiori. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência & saúde coletiva**, v. 5, p. 163-177, 2000. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232000000100014>

BUSS, Paulo Marchiori; PELLEGRINI FILHO, Alberto. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis: revista de saúde coletiva**, v. 17, p. 77-93, 2007. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312007000100006>

CAMPOS, Carlos Eduardo Aguilera. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, p. 569-584, 2003. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232003000200018>

CAPONI, S. A saúde como abertura ao risco. In: CZERESNIA, Dina; DE FREITAS, Carlos Machado. **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. 1ª ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009. <https://doi.org/10.7476/9788575413531>

CARTA DE OTTAWA. **Primeira Conferência Internacional Sobre Promoção da Saúde**. Ottawa, 1986.

CARVALHO, Marília Sá; SOUZA-SANTOS, Reinaldo. Análise de dados espaciais em saúde pública: métodos, problemas, perspectivas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 21, n. 2, p. 361-378, 2005. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2005000200003>

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8a, **Brasília, 1986**. Anais. Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987.

CONILL, Eleonor Minho. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, p. s7-s16, 2008. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008001300002>

CUTTER, Susan L. A ciência da vulnerabilidade: modelos, métodos e indicadores. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, n. 93, p. 59-69, 2011. <https://doi.org/10.4000/rccs.165>

CZERESNIA, Dina. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: CZERESNIA, Dina; DE FREITAS, Carlos Machado. **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. 2ª ed. Editora FIOCRUZ, 2009. Edição do Kindle. <https://doi.org/10.7476/9788575413531>

CZERESNIA, Dina. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. SciELO - Editora FIOCRUZ. 2009. Edição do Kindle. <https://doi.org/10.7476/9788575413531>

DE FREITAS, Carlos Machado. A vigilância da saúde para a promoção da saúde. In: CZERESNIA, Dina; DE FREITAS, Carlos Machado. **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. 2ª ed. Editora FIOCRUZ, 2009. Edição do Kindle. <https://doi.org/10.7476/9788575413531>

SCOREL, S. **Reviravolta da saúde: origem e articulação do movimento sanitário**. 1ª ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999. <https://doi.org/10.7476/9788575413616>

ESRI. Technical Support. Disponível em: <<https://support.esri.com/en/technical-article/000006743>>. Acessado em 16 de setembro de 2020.

FAO, OPS, WFP, UNICEF. **Panorama de la seguridad alimentaria y nutricional en América Latina y el Caribe**. Santiago, 2018. Disponível em: <<http://www.fao.org/3/CA2127ES/CA2127ES.pdf>>

FAUSTO, Márcia. C. R.; MATTA, Gustavo C. Atenção Primária à Saúde: histórico e perspectivas. In: MOROSINI, M. V. G. C.; CORBO, A. D. A. (Org.). **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p. 43-68. ISBN: 978859876824-3

FRANCO, Pedro Francisco Duarte, RAIMUNDO, Tiago Alexandre Jorge. Planejamento em saúde: aplicação do índice MAESP na área metropolitana de Lisboa. In: **Construindo cidades saudáveis: utopias e práticas**. v. 1, p. 385 – 419. Assis Editora, 2017. ISBN: 978856219299-9

GIOVANELLA, Lúcia et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 3, p. 783-794, 2009. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000300014>

GIOVANELLA, Lúcia et al. Sistemas municipais de saúde e a diretriz da integralidade da atenção: critérios para avaliação. In. **Saúde em debate**, 2002. 26<sup>a</sup> ed. p. 37-61.

GOLDENBERG, P.; MARSIGLIA, R. M. G.; GOMES, M. H. de A. **O clássico e o novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde**. 1<sup>a</sup> ed. Editora Fiocruz, 2003. <https://doi.org/10.7476/9788575412510>

GOMES, Clarice Brito, GUTIÉRREZ, Adriana Coser, SORANZ, Daniel. Política Nacional de Atenção Básica de 2017: análise da composição das equipes e cobertura nacional da Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 1327-1338, 2020. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.31512019>

GOMES, Paulo Cesar da Costa. **Geografia e modernidade**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 8<sup>a</sup> ed, 2010. 368p. ISBN: 8528605469

GONDIM, Grácia Maria de Miranda. **Territórios da atenção básica: múltiplos, singulares ou inexistentes?**. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2011.

GUIMARÃES, Raul Borges. **Saúde: fundamentos de geografia humana**. SciELO-Editora UNESP, 2014. <https://doi.org/10.7476/9788568334386>

GUTIERREZ, Paulo. Roberto ; OBERDIEK, Hermann Iark. . Concepções sobre a saúde e a doença. In: Selma Maffei de Andrade; Darli Antonio Soares; Luiz Cordon Junior. (Org.). **Bases da Saúde Coletiva**. 1ed.Londrina: EUEL/ABRASCO, 2001, v. 1, p. 1-25. ISBN: 978-85-7216-921-9

HAESBAERT, Rogério.. Território e Multiterritorialidade: um debate. **GEOgraphia** (UFF), v. 17, p. 19-45, 2007. <https://doi.org/10.22409/GEOgraphia2007.v9i17.a13531>

HARTZ, Zulmira M.; CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um " sistema sem muros". **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, p. S331-S336, 2004. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2004000800026>

HEIDMANN, Ivonete T.S. et al. Promoção à saúde: trajetória histórica de suas concepções. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 15, n. 2, p. 352-358, 2006. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072006000200021>

IBGE. **Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira**, 2018. Coordenação de População. Indicadores Sociais. Rio de Janeiro: IBGE, 2018.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Atlas da vulnerabilidade social nos municípios brasileiros**. Org.: COSTA, M. A., MARGUTI, B. O. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - IPEA, 2015.

JENKS, George F.; CASPALL, Fred C. Error on choroplethic maps: definition, measurement, reduction. **Annals of the Association of American Geographers**, v. 61, n. 2, p. 217-244, 1971. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8306.1971.tb00779.x>

LAWRENCE, Roderick J. Building healthy cities. In: **Handbook of urban health**. Springer, Boston, MA, p. 479-501, 2005. [https://doi.org/10.1007/0-387-25822-1\\_24](https://doi.org/10.1007/0-387-25822-1_24)

LIMA, Samuel do Carmo. A construção de Cidades Saudáveis a partir de estratégias de promoção da saúde. In: **Construindo cidades saudáveis**, v. 1, p. 25-41, 2013. ISBN: 978-85-62192-99-9

LIMA, Samuel do Carmo. **Território e promoção da saúde: Perspectivas para a Atenção Primária à Saúde**. Jundiaí/SP: Paco editorial, 2016. ISBN:9788546201167

MACHADO, Cristiani Vieira; LIMA, Luciana Dias de; BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria. Políticas de saúde no Brasil em tempos contraditórios: caminhos e tropeços na construção de um sistema universal. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, p. 143-161, 2017. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00129616>

MACHADO, Wiliam César Alves et al. Integralidade na rede de cuidados da pessoa com deficiência. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 27, n. 3, 2018. <https://doi.org/10.1590/0104-07072018004480016>

MARQUES DA COSTA, Eduarda. Cidades saudáveis, saúde e sustentabilidade: dos conceitos às orientações de política na União Europeia. In: **Construindo cidades saudáveis**, v. 1, p. 25-41, 2013. ISBN: 978-85-62192-99-9

MARQUES, Rosa Maria; PIOLA, Sérgio Francisco; CARRILLO ROA, Alejandra. Sistema de Saúde no Brasil: organização e financiamento. In: **Sistema de saúde no Brasil: organização e financiamento**. 1ª ed. Rio de Janeiro: ABrES, 2016. ISBN: 978-85-7967-115-9

MATSUMOTO, Patricia Sayuri Silvestre; DE CASTRO CATÃO, Rafael; GUIMARÃES, Raul Borges. Mentiras com mapas na Geografia da Saúde: métodos de classificação e o caso da base de dados de LVA do SINAN e do CVE. **Hygeia-Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, v. 13, n. 26, p. 211-225, 2017. <https://doi.org/10.14393/Hygeia132618>

MATTOS, R. A.. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Roseni Pinheiro; Ruben Mattos. (Org.). Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. 9ed. Rio de Janeiro: 2009, v. 01, p. 43-68. ISBN 978-85-89737-52-4



MELLO, Guilherme Arantes; FONTANELLA, Bruno José Barcellos; DEMARZO, Marcelo Marcos Piva. Atenção básica e atenção primária à saúde-origens e diferenças conceituais. **Revista de APS**, v. 12, n. 2, 2009.

MELO, Eduardo Alves et al. Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. **Saúde em Debate**, v. 42, p. 38-51, 2018. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018s103>

MILTON Santos, SILVEIRA Maria Laura. **O Brasil: Território e sociedade no início do século XXI**. ed. Vira vira 288. Rio de Janeiro: Best Bolso, 2011. <https://doi.org/10.5654/actageo2011.0001.0011>

MILTON Santos. **Por uma outra globalização: Do pensamento único à consciência universal**. ed. Vira vira 288. Rio de Janeiro: Best Bolso, 2011. ISBN: 9788501058782

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **e-Gestor AB: Informação e Gestão da Atenção Básica**. Disponível em <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/ acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml> Acesso em 10 de junho de 2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Secretaria de Atenção Primária à Saúde. e-SUS Atenção Básica: Manual do Sistema com Prontuário Eletrônico do Cidadão PEC – Versão 3.2** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Secretaria-Executiva. – Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

MONKEN Maurício, BARCELLOS Christovam. O território na Promoção e Vigilância em Saúde. In: Fonseca A, organizador. **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz; 2007. p. 177-224. ISBN: 9788598768212.

MONKEN, Maurício et al. O território na saúde: construindo referências para análises em saúde e ambiente. In: Miranda AC, Barcellos C, Moreira JC, Monken M, organizadores. **Território, ambiente e saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 23-41, 2008. ISBN: 9788575411599.

MONKEN, Maurício; BARCELLOS, Christovam. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 21, p. 898-906, 2005. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2005000300024>.

MOROSINI, Márcia Valéria Guimarães Cardoso; FONSECA, Angélica Ferreira; LIMA, Luciana Dias de. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, v. 42, p. 11-24, 2018. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201811601>

MOYSÉS, Simone Tetu; FRANCO DE SÁ, Ronice. Planos locais de promoção da saúde: intersectorialidade (s) construída (s) no território. **Ciência & saúde coletiva**, v. 19, p. 4323-4330, 2014. <https://doi.org/10.1590/1413-812320141911.11102014>

NAKAMURA, Helenice Yemi et al. PET saúde da família: avaliação da qualidade do preenchimento de cadastros na atenção básica. **Vita et Sanitas**, v. 7, n. 1, p. 99-110, 2013.

NERI, Marcelo; SOARES, Wagner. Desigualdade social e saúde no Brasil. **Cadernos de saúde pública**, v. 18, p. S77-S87, 2002. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2002000700009>.



NEVES, Rosália Garcia et al. Tendência temporal da cobertura da Estratégia Saúde da Família no Brasil, regiões e Unidades da Federação, 2006-2016. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 27, p. e2017170, 2018. <https://doi.org/10.5123/S1679-49742018000300008>.

OLIVEIRA, Ailton José de. (Sobre) vivências: espaço, política, saberes. As relações de compadrio em Cascalho Rico (1950-2000). 2002.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Declaração de Alma-Ata. In: **Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde**. Alma-Ata: URSS, 1978.

PAIM, Jairnilson et al. Saúde no Brasil. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **Veja**, v. 6736, n. 11, p. 60054-8, 2011. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60054-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60054-8).

PAIM, Jairnilson Silva. Equidade e reforma em sistemas de serviços de saúde: o caso do SUS. **Saúde e Sociedade**, v. 15, n. 2, p. 34-46, 2006. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902006000200005>.

PAIM, Jairnilson Silva. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 1723-1728, 2018. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.09172018>.

PEREIRA, Martha Priscila Bezerra; BARCELLOS, Christovam. O território no programa de saúde da família. **Hygeia-Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, v. 2, n. 2, 2006.

PINHEIRO, Roseni. Integralidade em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 3, p. 553-565, 2007. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232007000300002>.

PINTO, Luiz Felipe; GIOVANELLA, Ligia. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 1903-1914, 2018. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.05592018>.

POLIGNANO, Marcus Vinícius. História das políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão. **Cadernos do Internato Rural-Faculdade de Medicina/UFMG**, v. 35, p. 01-35, 2001.

PORTELA, Gustavo Zoio. Atenção Primária à Saúde: um ensaio sobre conceitos aplicados aos estudos nacionais. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 27, p. 255-276, 2017. <https://doi.org/10.1590/s0103-73312017000200005>.

RAMOS, Flávia Regina Souza et al. Integralidade em saúde: revisão de literatura. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 9, n. 3, p. 585-592, 2010. <https://doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v9i3.8726>.

RAWLS, John. Justiça como equidade: uma concepção política, não metafísica. **Lua Nova: Revista de Cultura e Política**, n. 25, p. 25-59, 1992. <https://doi.org/10.1590/S0102-64451992000100003>.

RIBEIRO, Marcos Aguiar et al. Oficina Mapa Vivo na atenção básica: estratégia de planejamento local ao combate ao *Aedes aegypti*. **Saúde em Debate**, v. 41, p. 338-346, 2017. <https://doi.org/10.1590/0103-11042017s228>.

SANTIAGO, A. C. A.; FRASCOLLI, L. A.; ZOBOLI, E. L. C. P.; SILVA, R. M. V. S. Indicadores sociais e de saúde para a operacionalização da Vigilância à Saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 42, n. 4, p. 798-803, 2008. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342008000400025>

SANTOS, Flávia de Oliveira, LIMA, Samuel do Carmo. Redescomunitárias locais como estratégia de promoção da saúde e construção de cidades saudáveis. In: **construindo cidades saudáveis: utopias e práticas**. v. 1, p. 421 – 446. Assis Editora, 2017. ISBN: 978-85-62192-99-9

SANTOS, Nelson Rodrigues dos. SUS 30 anos: o início, a caminhada e o rumo. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 1729-1736, 2018. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.06092018>.

SBAC. Sociedade Brasileira de Análises Clínicas. Disponível em: <<http://www.sbac.org.br/blog/2018/11/26/qual-a-situacao-da-diabetes-no-brasil/>>. Acesso em: 08 de junho 2020

SCHMID, Christian. A teoria da produção do espaço de Henri Lefebvre: em direção a uma dialética tridimensional. **GEOUSP: Espaço e Tempo (Online)**, n. 32, p. 89-109, 2012. <https://doi.org/10.11606/issn.2179-0892.geousp.2012.74284>.

SCHUMANN, Livia Rejane Miguel Amaral; MOURA, Leides Baroso Azevedo. Índices sintéticos de vulnerabilidade: uma revisão integrativa de literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, p. 2105-2120, 2015. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015207.10742014>

SICHE, Raúl et al. Índices versus indicadores: precisões conceituais na discussão da sustentabilidade de países. **Ambiente & sociedade**, v. 10, n. 2, p. 137-148, 2007. <https://doi.org/10.1590/S1414-753X2007000200009>

SILVA, A. F. da; LIMA, S. C; LIMA, F. A. Análise multinível e diagnóstico de situação de saúde para avaliação de risco e vulnerabilidade social. **Hygeia**, v. 14, n. 28, p. 114-120, 2018. <https://doi.org/10.14393/Hygeia142809>.

SOBRAL, André; FREITAS, Carlos Machado de. Modelo de organização de indicadores para operacionalização dos determinantes socioambientais da saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 19, n. 1, p. 35-47, 2010. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902010000100004>.

SOUSA, Maria Fátima de; HAMANN, Edgar Merchán. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta?. **Ciência & saúde coletiva**, v. 14, p. 1325-1335, 2009. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000800002>.

SOUZA, Marcelo Lopes de. **Os conceitos fundamentais da pesquisa sócio-espacial**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2013. ISBN-10 : 8528617327

SOUZA, Marcio Costa de et al. Integralidade na atenção à saúde: um olhar da Equipe de Saúde da Família sobre a fisioterapia. **O Mundo da Saúde, São Paulo**, p. 452-460, 2012.

SOUZA, Maria de Fátima Marinho de et al. Transição da saúde e da doença no Brasil e nas Unidades Federadas durante os 30 anos do Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 1737-1750, 2018. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.04822018>.

TAMANO, L. T. O. O Movimento Sanitarista no Brasil: a visão da doença como mal nacional e a saúde como redentora. **Khronos**, n. 4, p. 102-115, 2017. <https://doi.org/10.11606/khronos.v0i4.131909>.


VIEGAS, Selma Maria da Fonseca; DE MATTOS PENNA, Cláudia Maria. O vínculo como diretriz para a construção da integralidade na Estratégia Saúde da Família. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 13, n. 2, p. 375-385, 2012. ISSN: 2175-6783.

VIGITEL. **vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

WESTPHAL, Marcia Faria; MENDES, Rosilda. Cidade saudável: uma experiência de interdisciplinaridade e intersetorialidade. **Revista de Administração Pública**, v. 34, n. 6, p. 47-61, 2000.

ZAIONTZ, Charles. Real Statistics Resource Pack software. Versão (7.2), 2020, Disponível em: <http://www.real-statistics.com/multivariate-statistics/cluster-analysis/jenks-natural-breaks/>. Acesso em 26 de setembro de 2020.

## 7. ANEXOS

	<b>CADASTRO INDIVIDUAL</b>		DIGITADO POR:	DATA: / /
			CONFERIDO POR:	FOLHA Nº:

<b>CNS DO PROFISSIONAL*</b>	<b>CBO*</b>	<b>CNES*</b>	<b>INE*</b>	<b>DATA*</b>
_____	_____	_____	_____	/ /

<b>IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO/CIDADÃO</b>			
CNS DO CIDADÃO _____	CIDADÃO É O RESPONSÁVEL FAMILIAR? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	CNS DO RESPONSÁVEL FAMILIAR _____	<b>MICROÁREA*</b> <input type="checkbox"/> FA
<b>NOME COMPLETO:*</b> _____			
<b>NOME SOCIAL:</b> _____		<b>DATA DE NASCIMENTO:*</b> / /	<b>SEXO:*</b> <input type="radio"/> F <input type="radio"/> M
<b>RAÇA/COR:*</b> <input type="radio"/> Branca <input type="radio"/> Preta <input type="radio"/> Parda <input type="radio"/> Amarela <input type="radio"/> Indígena		<b>Etnia:**</b> _____	<b>Nº NIS (PIS/PASEP)</b> _____
<b>NOME COMPLETO DA MÃE:*</b> _____ <input type="checkbox"/> Desconhecido			
<b>NOME COMPLETO DO PAI:*</b> _____ <input type="checkbox"/> Desconhecido			
<b>NACIONALIDADE:*</b> <input type="radio"/> Brasileira <input type="radio"/> Naturalizado <input type="radio"/> Estrangeiro		<b>PAÍS DE NASCIMENTO:**</b> _____	<b>DATA DE NATURALIZAÇÃO:**</b> / /
<b>PORTARIA DE NATURALIZAÇÃO:**</b> _____		<b>MUNICÍPIO E UF DE NASCIMENTO:**</b> _____	
<b>DATA DE ENTRADA NO BRASIL:**</b> / /		<b>TELEFONE CELULAR:</b> ( ) _____	<b>E-MAIL:</b> _____

<b>INFORMAÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS</b>	
<b>RELAÇÃO DE PARENTESCO COM O RESPONSÁVEL FAMILIAR</b> <input type="radio"/> Cônjuge/Companheiro(a) <input type="radio"/> Filho(a) <input type="radio"/> Enteado(a) <input type="radio"/> Neto(a)/Bisneto(a) <input type="radio"/> Pai/Mãe <input type="radio"/> Sogro(a) <input type="radio"/> Irmão/Irmã <input type="radio"/> Genro/Nora <input type="radio"/> Outro parente <input type="radio"/> Não parente	
<b>FREQUENTA ESCOLA OU CRECHE?*</b> <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
<b>QUAL É O CURSO MAIS ELEVADO QUE FREQUENTA OU FREQUENTOU?</b> <input type="radio"/> Creche <input type="radio"/> Pré-escola (exceto CA) <input type="radio"/> Classe de Alfabetização - CA <input type="radio"/> Ensino Fundamental 1º a 4ª séries <input type="radio"/> Ensino Fundamental 5º a 8ª séries <input type="radio"/> Ensino Fundamental Completo <input type="radio"/> Ensino Fundamental Especial <input type="radio"/> Ensino Fundamental EJA - séries iniciais (Supletivo 1º a 4º)	<input type="radio"/> Ensino Fundamental EJA - séries finais (Supletivo 5º a 8º) <input type="radio"/> Ensino Médio, Médio 2º Ciclo (Científico, Técnico etc.) <input type="radio"/> Ensino Médio Especial <input type="radio"/> Ensino Médio EJA (Supletivo) <input type="radio"/> Superior, Aperfeiçoamento, Especialização, Mestrado, Doutorado <input type="radio"/> Alfabetização para Adultos (Mobral etc.) <input type="radio"/> Nenhum
<b>SITUAÇÃO NO MERCADO DE TRABALHO</b> <input type="radio"/> Empregador <input type="radio"/> Assalariado com carteira de trabalho <input type="radio"/> Assalariado sem carteira de trabalho <input type="radio"/> Autônomo com previdência social <input type="radio"/> Autônomo sem previdência social <input type="radio"/> Aposentado/Pensionista <input type="radio"/> Desempregado <input type="radio"/> Não trabalha <input type="radio"/> Servidor público/militar <input type="radio"/> Outro	
<b>OCUPAÇÃO</b> _____	

CRIANÇAS DE 0 A 9 ANOS, COM QUEM FICA? <input type="checkbox"/> Adulto Responsável <input type="checkbox"/> Outra(s) Criança(s) <input type="checkbox"/> Adolescente <input type="checkbox"/> Sozinha <input type="checkbox"/> Creche <input type="checkbox"/> Outro			
FREQUENTA CUIDADOR TRADICIONAL? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	PARTICIPA DE ALGUM GRUPO COMUNITÁRIO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	POSSUI PLANO DE SAÚDE PRIVADO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
É MEMBRO DE POVO OU COMUNIDADE TRADICIONAL? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não SE SIM, QUAL? _____			
<b>DESEJA INFORMAR ORIENTAÇÃO SEXUAL?</b> <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não SE SIM, QUAL? <input type="radio"/> Heterossexual <input type="radio"/> Bissexual <input type="radio"/> Outra <input type="radio"/> Homossexual (gay / lésbica)	<b>DESEJA INFORMAR IDENTIDADE DE GÊNERO?</b> <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não SE SIM, QUAL? <input type="radio"/> Homem transexual <input type="radio"/> Travesti <input type="radio"/> Mulher transexual <input type="radio"/> Outro	<b>TEM ALGUMA DEFICIÊNCIA?*</b> <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não SE SIM, QUAL(IS)? <input type="checkbox"/> Auditiva <input type="checkbox"/> Intelectual/Cognitiva <input type="checkbox"/> Outra <input type="checkbox"/> Visual <input type="checkbox"/> Física	

<b>SAÍDA DO CIDADÃO DO CADASTRO</b>	
<input type="radio"/> Mudança de território <input type="radio"/> Óbito	<b>SE ÓBITO, INDIQUE:</b> Data do óbito:** / / Número da DO: _____ - _____

<b>TERMO DE RECUSA DO CADASTRO INDIVIDUAL DA ATENÇÃO BÁSICA</b>	
Eu, _____, portador(a) do RG nº _____, gozando de plena consciência dos meus atos, recuso este cadastro, mesmo que isso facilite o acompanhamento a minha saúde e de meus familiares. Estou ciente de que essa recusa não implicará o não atendimento na unidade de saúde.	
_____ Assinatura	

## QUESTIONÁRIO AUTORREFERIDO DE CONDIÇÕES/SITUAÇÕES DE SAÚDE

CONDIÇÕES/SITUAÇÕES DE SAÚDE GERAIS		SE SIM, QUAL É A MATERNIDADE DE REFERÊNCIA?
ESTÁ GESTANTE? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		
SOBRE SEU PESO, VOCÊ SE CONSIDERA? <input type="radio"/> Abaixo do Peso <input type="radio"/> Peso Adequado <input type="radio"/> Acima do Peso		TEM DOENÇA RESPIRATÓRIA/NO PULMÃO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não SE SIM, INDIQUE QUAL(IS). ** <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> DPOC/Enfisema <input type="checkbox"/> Outra <input type="checkbox"/> Não Sabe
ESTÁ FUMANTE? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		ESTÁ COM HANSENÍASE? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
FAZ USO DE ÁLCOOL? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		ESTÁ COM TUBERCULOSE? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
FAZ USO DE OUTRAS DROGAS? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		TEM OU TEVE CÂNCER? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
TEM HIPERTENSÃO ARTERIAL? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		TEVE ALGUMA INTERNAÇÃO NOS ÚLTIMOS 12 MESES? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não SE SIM, POR QUAL CAUSA? _____
TEM DIABETES? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		TEVE AVC/DERRAME? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
TEVE INFARTO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		TEVE DIAGNÓSTICO DE ALGUM PROBLEMA DE SAÚDE MENTAL POR PROFISSIONAL DE SAÚDE? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
TEM DOENÇA CARDÍACA/DO CORAÇÃO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não SE SIM, INDIQUE QUAL(IS). ** <input type="checkbox"/> Insuficiência Cardíaca <input type="checkbox"/> Outra <input type="checkbox"/> Não Sabe		ESTÁ ACAMADO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
TEM OU TEVE PROBLEMAS NOS RINS? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não SE SIM, INDIQUE QUAL(IS). ** <input type="checkbox"/> Insuficiência Renal <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> Não Sabe		ESTÁ DOMICILIADO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
		USA PLANTAS MEDICINAIS? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não SE SIM, INDIQUE QUAL(IS). _____
		USA OUTRAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
OUTRAS CONDIÇÕES DE SAÚDE _____ 1 - QUAL? _____    2 - QUAL? _____    3 - QUAL? _____		

CIDADÃO EM SITUAÇÃO DE RUA		
ESTÁ EM SITUAÇÃO DE RUA? * <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não TEMPO EM SITUAÇÃO DE RUA? _____ <input type="radio"/> < 6 meses <input type="radio"/> 6 a 12 meses <input type="radio"/> 1 a 5 anos <input type="radio"/> > 5 anos		É ACOMPANHADO POR OUTRA INSTITUIÇÃO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não SE SIM, INDIQUE QUAL(IS). _____
RECEBE ALGUM BENEFÍCIO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		VISITA ALGUM FAMILIAR COM FREQUÊNCIA? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não SE SIM, QUAL É O GRAU DE PARENTESCO? _____
POSSUI REFERÊNCIA FAMILIAR? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		
QUANTAS VEZES SE ALIMENTA AO DIA? _____ <input type="radio"/> 1 vez <input type="radio"/> 2 ou 3 vezes <input type="radio"/> mais de 3 vezes		TEM ACESSO À HIGIENE PESSOAL? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não SE SIM, INDIQUE QUAL(IS). ** <input type="checkbox"/> Banho <input type="checkbox"/> Acesso ao Sanitário <input type="checkbox"/> Higiene Bucal <input type="checkbox"/> Outras
QUAL A ORIGEM DA ALIMENTAÇÃO? _____ <input type="checkbox"/> Restaurante Popular <input type="checkbox"/> Doação Restaurante <input type="checkbox"/> Outras <input type="checkbox"/> Doação Grupo Religioso <input type="checkbox"/> Doação de Popular		

**Legenda:**  Opção múltipla de escolha     Opção única de escolha (marcar X na opção desejada)


**Microárea:** usar **01** a **99** para o número da microárea.

**FA:** Fora de Área

\* **Campo obrigatório**

\*\* **Campo obrigatório condicionado à pergunta anterior**



	<b>CADASTRO INDIVIDUAL</b>	DIGITADO POR:	DATA: / /
		CONFERIDO POR:	FOLHA Nº:

CNS DO PROFISSIONAL*	CBO*	CNES*	INE*	DATA*
_____	_____	_____	_____	____/____/____

**IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO/CIDADÃO**

CNS DO CIDADÃO	CIDADÃO É O RESPONSÁVEL FAMILIAR? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	CNS DO RESPONSÁVEL FAMILIAR	MICROÁREA* <input type="checkbox"/> FA
_____		_____	

NOME COMPLETO:\* \_\_\_\_\_  
 NOME SOCIAL: \_\_\_\_\_ DATA DE NASCIMENTO:\* \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ SEXO:\*  F  M

RAÇA/COR:\*  Branca  Preta  Parda  Amarela  Indígena Etnia:\*\* \_\_\_\_\_ Nº NIS (PIS/PASEP) \_\_\_\_\_

NOME COMPLETO DA MÃE:\* \_\_\_\_\_  
 Desconhecido

NOME COMPLETO DO PAI:\* \_\_\_\_\_  
 Desconhecido

NACIONALIDADE:\*  Brasileira  Naturalizado  Estrangeiro PAÍS DE NASCIMENTO:\*\* \_\_\_\_\_ DATA DE NATURALIZAÇÃO:\*\* \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

PORTARIA DE NATURALIZAÇÃO:\*\* \_\_\_\_\_ MUNICÍPIO E UF DE NASCIMENTO:\*\* \_\_\_\_\_

DATA DE ENTRADA NO BRASIL:\*\* \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ TELEFONE CELULAR: ( ) \_\_\_\_\_ E-MAIL: \_\_\_\_\_

**INFORMAÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS**

RELAÇÃO DE PARENTESCO COM O RESPONSÁVEL FAMILIAR

Cônjuge/Companheiro(a)  Filho(a)  Enteado(a)  Neto(a)/Bisneto(a)  
 Pai/Mãe  Sogro(a)  Irmão/Irmã  Genro/Nora  Outro parente  Não parente

OCUPAÇÃO \_\_\_\_\_

FREQUENTA ESCOLA OU CRECHE?\*  Sim  Não

QUAL É O CURSO MAIS ELEVADO QUE FREQUENTA OU FREQUENTOU?

Creche  Ensino Fundamental EJA - séries finais (Supletivo 5º a 8º)  
 Pré-escola (exceto CA)  Ensino Médio, Médio 2º Ciclo (Científico, Técnico etc.)  
 Classe de Alfabetização - CA  Ensino Médio Especial  
 Ensino Fundamental 1º a 4º séries  Ensino Médio EJA (Supletivo)  
 Ensino Fundamental 5º a 8º séries  Superior, Aperfeiçoamento, Especialização, Mestrado, Doutorado  
 Ensino Fundamental Completo  Alfabetização para Adultos (Mobral etc.)  
 Ensino Fundamental Especial  Nenhum  
 Ensino Fundamental EJA - séries iniciais (Supletivo 1º a 4º)

SITUAÇÃO NO MERCADO DE TRABALHO

Empregador  
 Assalariado com carteira de trabalho  
 Assalariado sem carteira de trabalho  
 Autônomo com previdência social  
 Autônomo sem previdência social  
 Aposentado/Pensionista  
 Desempregado  
 Não trabalha  
 Servidor público/militar  
 Outro

CRIANÇAS DE 0 A 9 ANOS, COM QUEM FICA?  Adulto Responsável  Outra(s) Criança(s)  Adolescente  Sozinha  Creche  Outro

FREQUENTA CUIDADOR TRADICIONAL?  Sim  Não PARTICIPA DE ALGUM GRUPO COMUNITÁRIO?  Sim  Não POSSUI PLANO DE SAÚDE PRIVADO?  Sim  Não

É MEMBRO DE POVO OU COMUNIDADE TRADICIONAL?  Sim  Não SE SIM, QUAL? \_\_\_\_\_

DESEJA INFORMAR ORIENTAÇÃO SEXUAL?  
 Sim  Não  
 SE SIM, QUAL?  Heterossexual  Bissexual  Outra  Homossexual (gay / lésbica)

DESEJA INFORMAR IDENTIDADE DE GÊNERO?  
 Sim  Não  
 SE SIM, QUAL?  Homem transexual  Travesti  Mulher transexual  Outro

TEM ALGUMA DEFICIÊNCIA?\*

Sim  Não  
 SE SIM, QUAL(IS)?  Auditiva  Intelectual/Cognitiva  Outra  Visual  Física

SAÍDA DO CIDADÃO DO CADASTRO

Mudança de território  Óbito SE ÓBITO, INDIQUE: \_\_\_\_\_  
 Data do óbito:\*\* \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Número da D.O.: \_\_\_\_\_

**TERMO DE RECUSA DO CADASTRO INDIVIDUAL DA ATENÇÃO BÁSICA**

Eu, \_\_\_\_\_, portador(a) do RG nº \_\_\_\_\_, gozando de plena consciência dos meus atos, recuso este cadastro, mesmo que isso facilite o acompanhamento a minha saúde e de meus familiares. Estou ciente de que essa recusa não implicará o não atendimento na unidade de saúde.

\_\_\_\_\_

Assinatura

<b>e-SUS</b> Atenção Básica	<b>CADASTRO DOMICILIAR</b>	DIGITADO POR:	DATA: / /
		CONFERIDO:	FOLHA:

Nº DO CARTÃO SUS DO PROFISSIONAL*	Cód. CNES UNIDADE*	Cód. EQUIPE (INE)*	MICROÁREA	DATA:* / /
-----------------------------------	--------------------	--------------------	-----------	---------------

ENDEREÇO / LOCAL DE PERMANÊNCIA		NOME DO LOGRADOURO:*		Nº:*
TIPO DE LOGRADOURO:		BAIRRO:*		
COMPLEMENTO:		UF:*	CEP:*	
MUNICÍPIO:*				

TELEFONES PARA CONTATO	TELEFONE DE REFERÊNCIA: ( )
TELEFONE RESIDENCIAL: ( )	

CONDIÇÕES DE MORADIA	
SITUAÇÃO DE MORADIA / POSSE DA TERRA*	
<input type="radio"/> Próprio <input type="radio"/> Financiada <input type="radio"/> Alugada <input type="radio"/> Arrendado <input type="radio"/> Cedido <input type="radio"/> Ocupação <input type="radio"/> Situação de Rua <input type="radio"/> Outra	
LOCALIZAÇÃO*	
<input type="radio"/> Urbana <input type="radio"/> Rural	

TIPO DE DOMICÍLIO	EM CASO DE ÁREA DE PRODUÇÃO RURAL: Condição de Posse e Uso da Terra
<input type="radio"/> Casa <input type="radio"/> Apartamento <input type="radio"/> Cômodo <input type="radio"/> Outro	<input type="radio"/> Proprietário <input type="radio"/> Parceiro(a) / Meeiro(a) <input type="radio"/> Assentado(a) <input type="radio"/> Posseiro <input type="radio"/> Arrendatário(a) <input type="radio"/> Comodatário(a) <input type="radio"/> Beneficiário(a) do Banco da Terra <input type="radio"/> Não se aplica
Nº de Moradores: _____ Nº de Cômodos: _____	

TIPO DE ACESSO AO DOMICÍLIO	MATERIAL PREDOMINANTE NA CONSTRUÇÃO DAS PAREDES EXTERNAS DE SEU DOMICÍLIO
<input type="radio"/> Pavimento <input type="radio"/> Chão Batido <input type="radio"/> Fluvial <input type="radio"/> Outro	Alvenaria/Tijolo:   Taipa:   Outros: <input type="radio"/> Com Revestimento <input type="radio"/> Com Revestimento <input type="radio"/> Madeira Aparelhada <input type="radio"/> Palha <input type="radio"/> Sem Revestimento <input type="radio"/> Sem Revestimento <input type="radio"/> Material Aproveitado <input type="radio"/> Outro Material
Disponibilidade de Energia Elétrica? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	

ABASTECIMENTO DE ÁGUA	TRATAMENTO DE ÁGUA NO DOMICÍLIO
<input type="radio"/> Rede Encanada até o Domicílio <input type="radio"/> Poço / Nascente no Domicílio <input type="radio"/> Cisterna <input type="radio"/> Carro Pipa <input type="radio"/> Outro	<input type="radio"/> Filtração <input type="radio"/> Fervura <input type="radio"/> Cloração <input type="radio"/> Sem Tratamento
FORMA DE ESCOAMENTO DO BANHEIRO OU SANITÁRIO	DESTINO DO LIXO
<input type="radio"/> Rede Coletora de Esgoto ou Pluvial <input type="radio"/> Fossa Séptica <input type="radio"/> Fossa Rudimentar <input type="radio"/> Direto para um Rio, Lago ou Mar <input type="radio"/> Céu Aberto <input type="radio"/> Outra Forma	<input type="radio"/> Coletado <input type="radio"/> Queimado/Enterrado <input type="radio"/> Céu Aberto <input type="radio"/> Outro

ANIMAIS NO DOMICÍLIO?	QUAL(IS)?	Quantos: _____
<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	<input type="checkbox"/> Gato <input type="checkbox"/> Cachorro <input type="checkbox"/> Pássaro <input type="checkbox"/> De Criação (porco, galinha...) <input type="checkbox"/> Outros	

FAMÍLIAS						
Nº PRONTUÁRIO FAMILIAR	Nº CARTÃO SUS DO RESPONSÁVEL	DATA DE NASCIMENTO DO RESPONSÁVEL	RENDA FAMILIAR (SAL. MÍNIMO)	NÚMERO DE MEMBROS DA FAMÍLIA	RESIDE DESDE [MÊS] [ANO]	MUDOU-SE
	_____	/ /	¼½1234+	_____	_____/____/	<input type="checkbox"/>
	_____	/ /	¼½1234+	_____	_____/____/	<input type="checkbox"/>
	_____	/ /	¼½1234+	_____	_____/____/	<input type="checkbox"/>
	_____	/ /	¼½1234+	_____	_____/____/	<input type="checkbox"/>

TERMO DE RECUSA DO CADASTRO DOMICILIAR DA ATENÇÃO BÁSICA
Eu, _____ portador do RG nº _____, gozando de plena consciência dos meus atos, recuso este cadastro, mesmo que isso facilite o acompanhamento a minha saúde e de meus familiares. Estou ciente de que essa recusa não implicará no não atendimento na unidade de saúde.
_____ Assinatura

Legenda:  Opção de Múltipla Escolha    Opção de Única Escolha (Marcar X na opção desejada)  
 \* Campo Obrigatório