



CENTRO UNIVERSITÁRIO DE ANÁPOLIS -
UniEVANGÉLICA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIEDADE, TECNOLOGIA E
MEIO AMBIENTE

**TERRITÓRIO E SAÚDE: ESTUDO DO TERRITÓRIO DE
ABRANGÊNCIA DA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA BAIRRO DE
LOURDES, ANÁPOLIS/GO**

Mestrando: Osmar Pereira dos Santos
Orientadora: Prof.^a Dra. Giovana Galvão Tavares

Anápolis – GO
2014

OSMAR PEREIRA DOS SANTOS

**TERRITÓRIO E SAÚDE: ESTUDO DO TERRITÓRIO DE
ABRANGÊNCIA DA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA BAIRRO DE
LOURDES, ANÁPOLIS/GO.**

Dissertação apresentada à banca examinadora como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Sociedade, Tecnologia e Meio Ambiente do Centro Universitário de Anápolis – UniEVANGÉLICA, sob a orientação da Prof.^a Dra. Giovana Galvão Tavares.

Anápolis – GO

2014

S237

Santos, Osmar Pereira dos.

Território e saúde: estudo do território de abrangência da Unidade de Saúde da Família Bairro de Lourdes, Anápolis-GO / Osmar Pereira dos Santos – Anápolis: UniEvangélica, 2014. 120 p.; il.

Orientador: Prof. Dra. Giovana Galvão Tavares.

Dissertação (mestrado) – Programa de pós-graduação em Sociedade, Tecnologia e Meio Ambiente – Centro Universitário de Anápolis – UniEvangélica, 2014.

Catálogo na Fonte

Elaborado por Hellen Lisboa de Souza CRB1/1570

OSMAR PEREIRA DOS SANTOS

**TERRITÓRIO E SAÚDE: ESTUDO DO TERRITÓRIO DE
ABRANGÊNCIA DA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA BAIRRO DE
LOURDES, ANÁPOLIS/GO**

Banca Examinadora

Dra. Dulcinéia Maria Barbosa Campos (UniEvangélica – Examinadora Interna)

Dra. Giovana Galvão Tavares (UniEvangélica – Orientadora)

Dra. Josana de Castro Peixoto (UniEvangélica – Suplente)

Dra. Roseli Vieira Pires (Faculdades Aphoniano, FacUnicamps – Examinadora Externa)

DEDICATÓRIA

Dedico esta Dissertação a Deus, e à minha mãe, a pessoa que mais amo na vida, e que me apoia em todos os momentos de minha vida.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, em primeiro lugar, pois sem ele esta jornada não seria cumprida.

A minha orientadora professora Dra. Giovana Galvão Tavares, que sempre acreditou em meu potencial, apoiou, incentivou e proporcionou grandes oportunidades de aprendizagem.

Aos meus queridos professores do mestrado: Clarimar, Francisco Itami, Genilda, Giovana, José Paulo, Ricardo Teixeira, Sandro, pela paciência e ensinamento com tanta competência.

Aos meus pais pelo carinho e amor.

Aos colegas e amigos do mestrado: Áurea, Cácia, Caio, Francisco, Hallan, Meirilaine, Marilyn, Maria de Fátima, Mara Isabela e Natasha, pelo apoio e carinho.

A minha querida família, em especial a minha irmã Cacilda, ao meu irmão Sinomar e a minha cunhada Sônia, pelo apoio, ajuda e compreensão durante minha ausência.

Aos meus amigos: Ana Lúcia, Cristhiany, Hélio, Lídia, Mirian, Ricardo, Telma, pelo apoio em todas as horas, principalmente as mais difíceis.

A todos muito obrigado e eterna gratidão!

RESUMO

A saúde constitui um direito social básico para as condições de cidadania da população brasileira. Partindo dessa concepção esta pesquisa teve por objetivo geral: estudar o território de abrangência da Unidade Saúde da Família – USF Bairro de Lourdes (Anápolis/GO) e sua territorialidade, bem como o entendimento de suas configurações demográficas, epidemiológicas, socioculturais, econômicas, ambientais e riscos pelos gestores e profissionais de saúde. Para tanto, foram elaborados os seguintes objetivos específicos: Compreender os conceitos de território e territorialidade, e sua utilização para a delimitação das abrangências nas estratégias de Saúde da Família; Analisar o entendimento dos conceitos de território e territorialidade pelos profissionais atuantes nas unidades Saúde da Família da cidade de Anápolis; Mapear o território de abrangência, áreas e microáreas das USFs, destacando suas áreas de riscos; Identificar os principais programas de saúde existentes nas USFs, bem como sua relevância para a melhoria da saúde da população local. Para atingir os objetivos propostos percorreram-se os seguintes passos metodológicos: pesquisa bibliográfica, documental, observação de campo, entrevistas semi-estruturada com uma amostra de 14 profissionais de saúde, produção de mapas utilizando o software ArcGis. A dissertação está dividida em três capítulos. Na discussão dos capítulos foi abordado o processo histórico de implantação do SUS e da ESF, no Brasil e no município de Anápolis. Foi realizado o mapeamento do território de abrangência da USF Bairro de Lourdes e identificado as variáveis: lazer, equipamentos sociais, organização urbana, saneamento, e degradação ambiental. Foram abordados os conceitos território e territorialidade, seu entendimento e sua aplicabilidade pelos profissionais de saúde, e como resultados os profissionais de saúde apresentaram muitas dificuldades no entendimento e na diferenciação destes dois conceitos. Por fim, identificaram-se os principais programas de saúde existentes na Unidade de Saúde, a saber: Saúde da Criança, Crescimento e Desenvolvimento da Criança, Programa Nascer Sorrindo, Programa Nacional de Imunização – PNI, Programa Saúde nas Escolas – PSE, Programa Saúde da Mulher, e o Programa das Gestantes, todos estes programas foram mencionados pelos profissionais entrevistados.

Palavras Chave: Território, Territorialidade, Estratégia Saúde da Família, Atenção Básica.

ABSTRACT

Health is a basic social right for the conditions of citizenship of the population. From this research was to design this overall objective: to study the coverage area of the Family Health Unit - USF Quarter of Lourdes (Anapolis / GO) and its territoriality and the understanding of their demographic settings, epidemiological, socio-cultural, economic, environmental and risks of managers and health professionals. To this end, the following specific objectives were developed: Understanding the concepts of territory and territoriality, and its use for defining the scopes in the health strategies of the Family; Analyze the understanding of the concepts of territory and territoriality for professionals working in the health units of the Family of the city of Anapolis; Map the territory covered, areas and micro areas of USFs, highlighting their areas of risk; Identify key health programs existing in USFs and its relevance to improving the health of the local population. To achieve the proposed objectives have come to the following methodological steps: bibliographical research, field observation, semi-structured interviews common sample of 14 health professionals, production of maps using ArcGIS software. The dissertation is divided into three chapters. In the discussion of the chapters was approached the historical process of the SUS implementation and the ESF, in Brazil and in the city of Anapolis. Was carried out to map the territory covered the UBSF neighborhood de Lourdes and identified the variables: leisure, social facilities, urban organization, sanitation, and environmental degradation. The concepts territory and territoriality were approached, their understanding and their applicability by health professionals, and how health professionals results presented many difficulties in understanding and differentiation of these two concepts. Finally, we identified the main health programs existing at the Health Unit, namely: Children's Health, Growth and Development of Children Program Sunrise Smiling, National Immunization Program - PNI, Health in Schools Program - PSE, Health Program Women, and the Program of pregnant women, all of these programs were mentioned by respondents professionals.

Key Words: Territory, Territoriality, the Family Health Strategy, Primary Care.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AB - Atenção Básica

ACS - Agente Comunitário de Saúde

AIS - Ações Integradas em Saúde

APS - Atenção Primária à Saúde

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

CCI - Centro de Convivência do Idoso

CD - Crescimento e Desenvolvimento da Criança

CEREST - Centro de Referência em Saúde do Trabalhador

CFB - Constituição Federal Brasileira

CREFA - Centro de Reabilitação e Fisioterapia Dr. Syrio Quinam

DAB - Departamento de Atenção Básica

DAIA - Distrito Agroindustrial de Anápolis

DENV - Dengue Vírus

DCC - Dengue com complicações

ESF - Estratégia Saúde da Família

FHD - Febre Hemorrágica da Dengue

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

MDDA - Monitoramento de Doenças Diarréicas Agudas

NASF - Núcleo de Apoio a Saúde da Família.

NOAS - Norma Operacional da Assistência à Saúde

OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde

PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PNI - Programa Nacional de Imunização

PSE - Programa Saúde nas Escolas

PCB - Partido Comunista Brasileiro

PMAQ - Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica.

PPI/VS - Programação Pactuada Integrada de Vigilância em Saúde

PSF - Programa Saúde da Família

SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SEGPLAN - Secretaria de Estado de Gestão e Planejamento

SCD - Síndrome do Choque da Dengue

SUDS - Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

USF - Unidade Saúde da Família

UBS - Unidade Básica Saúde

UBSF - Unidade Básica Saúde da Família

VMP - Valores Máximos Permissíveis

LISTA DE FIGURAS

Figura 01. Localização de Anápolis-GO, no Eixo Goiânia/Anápolis/Brasília.....	33
Figura 02. Composição do Território de Abrangência da USF Bairro de Lourdes do Município de Anápolis, Goiás, Brasil, 2014.....	36
Figura 03. Território de abrangência da USF Bairro de Lourdes – variável lazer, Anápolis – GO, Brasil, 2014.....	46
Figura 04. Território de abrangência da USF Bairro de Lourdes – variável lazer, Anápolis/GO, Brasil, 2014.....	47
Figura 05. Território de abrangência da USF Bairro de Lourdes – variável lazer Anápolis/GO, Brasil, 2014.....	48
Figura 06. Equipamentos Sociais presentes no Território de abrangência da USF Bairro de Lourdes, Anápolis/GO, Brasil, 2014.....	50
Figura 07. Equipamentos Sociais presentes no Território de abrangência da USF Bairro de Lourdes, Anápolis/GO, Brasil, 2014.....	51
Figura 08. Equipamentos Sociais presentes no Território de abrangência da USF Bairro de Lourdes, Anápolis/GO, Brasil, 2014.....	52
Figura 09. Organização Urbana do Território de abrangência da USF Bairro de Lourdes, Anápolis/GO, Brasil, 2014	58
Figura 10. Organização Urbana do Território de abrangência da USF Bairro de Lourdes, Anápolis/GO, Brasil, 2014.....	59
Figura 11. Organização Urbana do Território de abrangência da USF Bairro de Lourdes, Anápolis/GO, Brasil, 2014.....	60
Figura 12. Registros fotográficos de lotes de baldios no território de abrangência de USF Bairro de Lourdes em Anápolis/GO, Brasil, 2014.....	61
Figura 13. Quantitativo de Dengue confirmado no Território de abrangência da USF Bairro de Lourdes no município de Anápolis, estado de Goiás, Brasil, 2013.....	63
Figura 14. Distribuição do Saneamento no Território de abrangência da USF Bairro de Lourdes, Anápolis/GO, Brasil, 2014.....	65
Figura 15. Distribuição do saneamento no Território de abrangência da USF Bairro de Lourdes, Anápolis/GO, Brasil, 2014.....	66

Figura 16. Distribuição do saneamento no Território de abrangência da USF Bairro de Lourdes, Anápolis/GO, Brasil, 2014.....	67
Figura 17. Quantitativo de Diarreia no Território de abrangência da USF Bairro de Lourdes, Anápolis/GO, Brasil, 2013.....	72
Figura 18. Degradação Ambiental presente no Território de abrangência da USF Bairro de Lourdes, Anápolis/GO, Brasil, 2014.....	74
Figura 19. Degradação Ambiental presente no Território de abrangência da USF Bairro de Lourdes, Anápolis/GO, Brasil, 2014.....	75
Figura 20. Registro fotográfico do Ferro Velho encontrado no território de abrangência Bairro de Lourdes, Anápolis/GO, Brasil, 2014.....	78
Figura 21. Unidade Básica Saúde da Família Bairro de Lourdes da cidade de Anápolis/GO, Brasil, 2014.....	81

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 01. População cadastrada no SIAB, por sexo e faixa etária, atendida no UBS Bairro de Lourdes, Anápolis/GO, Brasil, 2013.....	41
Gráfico 02. Doenças/Condições referidas por Usuários da USB Bairro de Lourdes, Anápolis/GO, Brasil, 2013.....	42
Gráfico 03. Perfil dos Profissionais atuantes na UBSF Bairro de Lourdes, Anápolis/GO, Brasil, 2014.....	82
Gráfico 04. Número de Famílias atendidas, segundo os profissionais vinculados à UBSF em Anápolis/GO, Brasil, 2014.....	90

LISTA DE QUADROS

Quadro 01. Organização dos Princípios e Diretrizes do SUS.....	24
Quadro 02. Organização da Rede de Atenção Básica no Município de Anápolis, Goiás, Brasil, 2014.....	35
Quadro 03. A organização do território das práticas de saúde na ESF no Brasil.....	40
Quadro 04. Quantidade de equipamentos sociais presentes no território da ESF Bairro de Lourdes, Anápolis/GO, Brasil, 2014.....	54
Quadro 05. Principais doenças com transmissão vinculadas a água.....	77
Quadro 06. Programas de Saúde existentes, segundo os profissionais entrevistados da UBSF Bairro de Lourdes, Anápolis/GO, Brasil, 2014.....	93

SUMÁRIO

Introdução	15
Capítulo I – Criação do Sistema Único de Saúde – SUS: Da Reforma Sanitária Brasileira à Implantação da Estratégia de Saúde da Família	20
1.1. <i>A Reforma Sanitária Brasileira, o surgimento do SUS e a criação da Estratégia de Saúde da Família</i>	20
1.2. <i>Anápolis: História e a Implantação da Estratégia Saúde da Família no Município</i>	31
Capítulo II - Território e Saúde: análise do território de abrangência da Unidade de Saúde do Bairro de Lourdes Anápolis-GO	38
Capítulo III - Território e Territorialidade: conceitos à luz dos profissionais de saúde da UBSF do Bairro de Lourdes Anápolis-GO	80
Considerações Finais	100
Referências	106
Apêndices e Anexos	116
Apêndice I – Entrevista semi-estruturada.....	117
Apêndice II – <i>Termo de Consentimento Livre e Esclarecido</i>	120
Anexo I – <i>Declaração da Instituição Co-participante</i>	122
Anexo II – <i>Parecer Consubstanciado do CEP – Aprovado</i>	123

INTRODUÇÃO

No Brasil, o setor saúde passou por várias transformações nos últimos 40 anos. Com início na década de 1970, o movimento da Reforma Sanitária foi considerado um grande marco na história da saúde no país. O movimento ganhou força e novas conquistas foram acontecendo como a promulgação da Constituição Brasileira, a regulamentação do Sistema Único de Saúde – SUS, a criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS e do Programa Saúde da Família - PSF.

Tais mudanças não ficaram restritas ao setor de saúde, mas também houve reflexos em outras áreas do conhecimento, como é o caso da educação, que tem um papel importante no processo de formação de profissionais para atuação na área da saúde, principalmente na saúde pública.

No âmbito da graduação em enfermagem, que é minha área de formação, a disciplina Saúde Pública foi pouco explorada, no que se refere às questões relacionadas aos usos do “território”, dando ênfase somente aos aspectos históricos da saúde no Brasil. Pouco se estudou sobre o atual modelo de atenção à saúde que é a Estratégia Saúde da Família – ESF, bem como a atuação dos profissionais de saúde neste Programa, no que se refere aos conhecimentos sobre o território da saúde e suas diversas configurações existentes na literatura. Vale ressaltar que o relato acima se refere somente a minha graduação, não significando que esta experiência acadêmica permaneça até os dias atuais no curso do qual sou egresso, e nem que esta metodologia se estenda a todos os cursos de enfermagem no Brasil.

Ao ingressar no Programa de Pós-graduação em Sociedade, Tecnologia e Meio Ambiente (PPSTMA) da UniEVANGÉLICA, em Anápolis/GO, tive a oportunidade de conhecer e estudar sobre território da saúde, deixando evidente que este tema precisa ser melhor explorado e divulgado para que os profissionais que atuam na ESF possam entender e apreender os significados das configurações do território e territorialidade, bem como o uso de cada configuração: demográficas, epidemiológicas, socioculturais, econômicas, ambientais e riscos, que podem ser colocados em prática para a melhoria da qualidade da assistência à saúde do indivíduo e da comunidade em que estes profissionais estão inseridos.

Diante do exposto, a proposta deste trabalho torna-se relevante por contribuir com as pesquisas acadêmicas e para o planejamento das políticas públicas no município de Anápolis.

O território de saúde envolvido nesta pesquisa está localizado na periferia da cidade de Anápolis. A proposta foi trabalhar com a área de abrangência que envolve o território da Unidade de Saúde da Família Bairro de Lourdes. Trata-se de um subprojeto de um projeto intitulado Cidade e Território da Saúde: estudo da territorialidade e práticas das equipes das Unidades de Saúde da Família de Anápolis-Goiás (2001 – 2010), que se propôs a trabalhar com outras Unidades de Saúde da Família, sendo que a escolha da Unidade de Saúde da Família do Bairro de Lourdes justifica-se por ser região carente, populosa e que sofre a falta de infraestrutura.

Como Objetivo Geral buscou-se estudar o território de abrangência da Unidade Saúde da Família – USF Bairro de Lourdes (Anápolis/GO) e sua territorialidade, bem como o entendimento de suas configurações demográficas, epidemiológicas, socioculturais, econômicas, ambientais e riscos pelos gestores e profissionais de saúde. Para tanto, foram elaborados os seguintes objetivos específicos:

- Compreender os conceitos de território e territorialidade, e sua utilização para a delimitação das abrangências nas estratégias de Saúde da Família;
- Analisar o entendimento dos conceitos de território e territorialidade pelos profissionais atuantes nas unidades Saúde da Família da cidade de Anápolis;
- Mapear o território de abrangência, áreas e microáreas das USFs, destacando suas áreas de riscos;
- Identificar os principais programas de saúde existentes nas USFs, bem como sua relevância para a melhoria da saúde da população local.

Para o alcance dos objetivos, a pesquisa proposta é qualitativa com caráter exploratório. Segundo Minayo (2002), a pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ela se preocupa, nas ciências, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, trata-se de uma pesquisa que trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis. A pesquisa qualitativa exploratória será utilizada para esta pesquisa por tratar-se de um assunto ainda pouco estudado sobre o município de Anápolis.

Para realização da pesquisa, seguiram-se os seguintes passos. O primeiro passo diz respeito ao levantamento bibliográfico de autores que tem abordado as temáticas: Anápolis (POLONIAL, 2007; BERNARDES & TAVARES, 2010); estratégia da saúde da família

(BRASIL, 1997; CAMPOS, 2002; CARMONA, 2003; ESCOREL, 2007; PISTELL, 2003; RODRIGUES, 2008); território (BRASIL, 2008; CAMPOS, 2002; GONDIN et. al., 2012; GONDIN & BARCELLOS, 2008; LIMONGI, et. al., 2008; MONKEN & BARCELLOS, 2008; PESTANA & MENDES, 2004; PEREIRA, 2006); territorialidade (BRASIL, 2007; GONDIM et al.; GONDIN & BARCELLOS, 2008; PEREIRA, 2006); processo saúde-doença (BATISTELLA, 2007; BRASIL, 2002; BRAVO, 2001); riscos ambientais e sociais (BRASIL, 2002; BUSS, 2000) e promoção de saúde (BRASIL, 2010; BRAVO, 2001; FRANCO NETO & CARNEIRO, 2002). Foram pesquisados os relatórios de pesquisa, teses, dissertações, documentos oficiais e sites que têm abordado as temáticas.

No segundo passo: foram feitas consultas em bases de fontes secundárias para o levantamento de pesquisa documental (Constituição Federal 1988; Lei n.º 8.080/90; Lei nº 8.142/90; Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde - NOB/01/96; Portaria nº 692/94; Portaria GM/MS n.º 1.882/97; Portaria GM/MS n.º 1.886/97; Portaria GM/MS nº 3.925/98; Portaria GM/MS n.º 95/01- Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS-SUS 01/01; Portaria GM/MS n.º 373/02 - Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS-SUS 01/02; Portaria n.º 399/06/GM; Portaria nº 2.488/11), para fundamentar nossa pesquisa, no que se refere aos aspectos históricos.

O terceiro passo refere-se às entrevistas que foram utilizadas para captar a percepção dos gestores públicos, dos profissionais das equipes de saúde, especialmente, mas não somente, do agente comunitário sobre a compreensão do território e territorialidade. Tais instrumentos foram semiestruturados em quantidades e cotas estatisticamente definidas. A proposta foi trabalhar com a seguinte amostra de entrevistados: 03 enfermeiras, sendo que uma das enfermeiras exerce a função de gestora, 03 médicos, 16 Agentes Comunitários de Saúde. Esse número contempla toda a equipe mínima de saúde que atua na Estratégia Saúde da Família Bairro de Lourdes. Porém desta amostra inicial apenas 14 profissionais responderam as entrevistas. As entrevistas aconteceram in loco após a aprovação do comitê de ética na UniEVANGÉLICA, parecer nº 545.252 de 21/02/2014.

Os critérios de inclusão dos sujeitos participantes da pesquisa foram baseados, em relação aos gestores, profissionais de saúde e agentes comunitários de saúde, em tempo mínimo de seis meses de serviço dentro da unidade básica de saúde, ou já ter atuado neste tipo de estratégia em período equivalente, e aceitar a participar da pesquisa, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Para atingir o primeiro objetivo específico, foram realizadas leituras bibliográficas e análise de documentos oficiais de governo federal como: Leis, portarias, cadernos de saúde, e outros, para uma fundamentação teórica do projeto.

O segundo objetivo específico se atendeu com as entrevistas, realizadas com os gestores, profissionais de saúde e os ACS atuantes na Unidade Saúde da Família do Bairro de Lourdes. Para atingir o terceiro objetivo específico, foram usadas as entrevistas e a cartografia do mapa de área da região em estudo. Para a ampliação do entendimento dos territórios selecionados foram realizadas consultas de fontes secundárias (pesquisa documental) acerca de caracterização populacional (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, Censo 2010), ocupação espacial, equipamentos sociais (Plano Diretor de Anápolis) e produção econômica (SEGPLAN). Após a coleta dos dados secundários, foi utilizada a base digital do limite do município de Anápolis, disponibilizada pelo IBGE (Censo, 2010), acrescida das informações de localização das rodovias e ferrovias (Sistema Estadual de Estatística e Informações Geográfica de Goiás, 2012) para localização do território de abrangência do Bairro de Lourdes.

As coletas de pontos de localização da USF foram realizadas *in loco*, utilizando-se o GPS (Global Positioning System). Também, *in loco*, foi delimitado o território de abrangência, suas áreas, microáreas (conforme informações de delimitação fornecida pela Secretaria Municipal de Saúde) e pontuadas as seguintes variáveis: os equipamentos sociais (praças, parques, escolas, posto policial, hospitais etc.), lazer (campo de futebol, pista de caminhada, clube, etc.), infraestrutura urbana (asfalto, rede de abastecimento de água, esgoto, etc.), áreas degradadas e riscos (voçoroca, lote baldio, corpo d'água poluído etc.). Tais informações foram agrupadas em planilhas de dados formatadas de modo a permitir a importação para software ArcGIS, utilizado para produzir os mapas. Foram gerados 14 mapas contendo as variáveis informadas acima no território de abrangência pesquisado. As informações cartográficas geradas foram sobrepostas àquelas epidemiológicas disponibilizadas pela Vigilância Epidemiológica e pela Coordenação da Estratégia da Saúde da Família do município de Anápolis.

Já o quarto e o último objetivo específico se atendeu com as entrevistas e análises de documentos sobre a região do Bairro de Lourdes, sendo o último gerado e disponibilizado pelo município de Anápolis. Como fontes suplementares, foram utilizadas observações de campo e pesquisas em jornais do município de Anápolis/GO.

Com o levantamento bibliográfico fundamentou-se a escolha dos objetivos e a construção da metodologia empregada no estudo; com isso, estabeleceu-se a organização da dissertação em três capítulos, conforme mostrado a seguir:

O primeiro capítulo, *Criação do Sistema Único de Saúde – SUS: Da Reforma Sanitária Brasileira à Implantação da Estratégia de Saúde da Família*, é destinado ao cenário do setor saúde na década de 1970 e 1980, que influenciou o surgimento do movimento da Reforma Sanitária, grupo que se dedicou, através de muitas lutas, à diminuição das desigualdades sociais e criação de um novo modelo de assistência à saúde no Brasil. Faz referências a 8ª Conferência Nacional de Saúde e à criação do Sistema Único de Saúde – SUS. Dentro deste modelo (O SUS), destaca-se a universalidade da assistência à saúde e a criação do PACS e do PSF. Por fim, faz-se uma abordagem da história do surgimento do município de Anápolis/GO, criação do PSF e organização da Atenção Básica à Saúde no município anapolino.

O segundo capítulo, *Território e Saúde: análise do território de abrangência da Unidade de Saúde do Bairro de Lourdes Anápolis-GO*, destina-se à análise de quatorze mapas temáticos do território em estudo, relacionados com as seguintes variáveis: lazer, equipamentos sociais, organização urbana, saneamento e degradação ambiental.

Já o terceiro capítulo, *Território e Territorialidade: conceitos à luz dos profissionais de saúde da UBSF do Bairro de Lourdes Anápolis-GO*, buscou-se o entendimento dos conceitos território e territorialidade pelos profissionais atuantes na UBSF Bairro de Lourdes, bem como identificar os principais programas existentes na unidade para o atendimento da população vincula a essa unidade de saúde.

Capítulo I

Criação do Sistema Único de Saúde – SUS: Da Reforma Sanitária Brasileira à Implantação da Estratégia de Saúde da Família

1.1. A Reforma Sanitária Brasileira, o surgimento do SUS e a criação da Estratégia de Saúde da Família

O sistema de saúde brasileiro, durante um longo gradiente temporal, esteve pautado no modelo biomédico, sendo um sistema excludente, atendendo apenas a uma população restrita. Insatisfeitos com esse modelo de assistência à saúde iniciaram-se um movimento de luta contra as injustiças sociais e processo de democratização no Brasil. Esse movimento ficou conhecido como Reforma Sanitária Brasileira, com início em meados da década de 70.

Nesse contexto, inscreve-se o processo de reformulação do setor saúde que culminou com a proposta da Reforma Sanitária brasileira. Teve início em meados dos anos 70 e trouxe como liderança intelectual e política o autodenominado Movimento Sanitário. Tratava-se de um grupo restrito de intelectuais, médicos e lideranças políticas do setor saúde provenientes em sua maioria do Partido Comunista Brasileiro (PCB). Este exerceu papel destacado de oposição ao regime militar, assim como trajetória política própria na área da saúde (GERSCHMAN, 2004. p. 53).

A Reforma Sanitária Brasileira foi proposta num momento de intensas mudanças e sempre pretendeu ser mais do que apenas uma reforma setorial. Almejava-se, desde seus primórdios, que pudesse servir à democracia e à consolidação da cidadania no País. A realidade social, nos meados da década de 70 e início de 80, era exclusão da maior parte dos cidadãos do direito à saúde, que se constituía na assistência prestada pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), restrita aos trabalhadores que para ele contribuía, prevalecendo à lógica contra prestacional e da cidadania regulada (BRASIL, 2010).

Vale lembrar que o termo “Reforma Sanitária” foi usado, pela primeira vez, no país, em função da reforma sanitária italiana, movimento que inspirou o modelo brasileiro. A expressão ficou esquecida por um tempo até ser recuperada nos debates prévios à VIII

Conferência Nacional de Saúde¹, quando foi usada para se referir ao conjunto de ideias que se tinha em relação às mudanças e transformações necessárias na área da saúde (GERSCHMAN, 2004; PAIM, 2009).

Essas mudanças não abarcavam apenas o sistema, mas todo o setor saúde, introduzindo uma nova ideia na qual o resultado final era entendido como sendo a melhoria das condições de vida da população brasileira. No início das articulações, o movimento pela reforma sanitária não tinha uma denominação específica. Segundo a ENSP (2013), era um conjunto de pessoas com ideias comuns para o campo da saúde. Em uma reunião na Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), em Brasília, esse grupo de pessoas, entre os quais estava Sérgio Arouca², foi chamado de forma pejorativa de “partido sanitário” (FIOCRUZ, 2013).

A compreensão do processo da reforma sanitária, no Brasil, deve considerar ao menos dois aspectos iniciais. Em primeiro lugar, o fato de que, nas duas últimas décadas, o Brasil passou por profundas mudanças, tanto no âmbito da economia, resultado das transformações estruturais decorrentes das políticas de ajuste econômico, quanto no âmbito sociopolítico, resultado da consolidação da democracia. O setor saúde é diretamente influenciado por essas transformações, dada a relação intrínseca entre políticas sociais e distintos contextos políticos e econômicos. O segundo aspecto refere-se ao alcance da reforma proposta, que visava alterar, de forma considerável, o cenário da estrutura setorial consolidada durante décadas e, particularmente, no período ditatorial (LOBATO, 2000).

¹A segunda metade da década de 80 viu surgir um Brasil diferente. Um país com uma população destemida, que ia às ruas reivindicar seus direitos e ocupar o espaço que há 20 anos lhe era negado. A ditadura, desmoralizada, ainda mostrava a sua força, mas já não tinha mais como frear o movimento pela redemocratização que varria o território verde-amarelo de Norte a Sul, de Leste a Oeste, e mobilizava milhões de brasileiros nas ruas, nas praças, nas universidades, nos sindicatos, nas igrejas e onde quer que houvesse alguém disposto a contribuir, da forma que pudesse, com a derrota daquele regime sombrio e opressor. Os políticos de oposição ganhavam voz e mais cadeiras no Congresso Nacional. A intelectualidade — ou o que sobrou dela depois das prisões, das torturas, dos “desaparecimentos” —, que desde o fim dos anos 70 se reaglutinara dos escombros, vinha estabelecendo um diálogo frutífero com a sociedade civil e com os seus representantes e debatendo propostas para um novo Brasil, livre e soberano. Foi neste cenário que se instalou a VIII Conferência Nacional de Saúde, sendo considerada como um divisor de águas para o setor saúde (FIOCRUZ, 2013).

²Antônio Sérgio da Silva Arouca (1941-2001), médico sanitário que se destacou pela contribuição decisiva para a melhoria das condições de saúde da população. Sérgio Arouca formou-se em Medicina, em Ribeirão Preto, em 1966. Desde então, Arouca conciliou a profissão com a política.” Filiado ao Partido Comunista, desde os quinze anos de idade, militante de sonhos e utopias gestadas ainda na adolescência, ele expressou de maneira singular um traço marcante de muitos de sua geração: viver até as últimas consequências o sonho de mudar o mundo e de melhorar as condições de vida e saúde do conjunto da população (ABREU, 2012). Sendo considerado como um idealizador do Sistema Único de Saúde – SUS

Diante das lutas do Movimento Sanitário as conquistas começaram a surgir, com a proposta de inovação do setor saúde. Uma das primeiras conquistas foi o Programa de Ações Integradas em Saúde (AIS), em 1982, propondo um privilégio no financiamento do setor público de saúde. Propõe, também, alterar o modelo médico-assistencial, com prioridade na assistência ambulatorial, visando melhorias na qualidade da assistência à saúde e ao acesso desses serviços pelos usuários. As AIS foram implantadas, em alguns estados e municípios, de maneira incipiente com a existência de instâncias de participação da população na gestão dos serviços de saúde, o que constituiria uma primeira tentativa de descentralização do Sistema de Saúde no Brasil (GERSCHMAN, 2004).

A Reforma Sanitária, que resultou no ideário de saúde presente na Constituição Federal Brasileira – CFB foi responsável pelo profundo questionamento do modelo vigente até então. Inúmeros aspectos foram objetos de reflexão por parte dos sanitaristas e dos seguimentos da sociedade, como arcabouços institucionais, o controle social, a descentralização do sistema, o financiamento do setor e o modelo assistencial em saúde (CAMPOS, 2002). Sendo assim, a Constituição Federal Brasileira estabelece que saúde é um direito de todos e dever do Estado, sendo considerado como a primeira conquista da população brasileira no que tange à saúde pública no Brasil:

Art. 196. 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 (BRASIL, 2013. p.33).

O Movimento democrático, assim também conhecido, ganhou forças e ampliou suas propostas de reformulação de sistema de saúde, sendo proposto e definido o projeto da Reforma Sanitária Brasileira, na 8ª Conferência Nacional de Saúde.

[...] Tal crescimento adquiriu sua mais acabada expressão com a VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, a qual definiu o projeto da Reforma Sanitária Brasileira, que introduziu mudanças no setor saúde de forma a torná-lo democrático, acessível, universal e socialmente equitativo (GERSCHMAN, 2004. p.55).

Durante a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, foram sistematizados e debatidos por quase cinco mil participantes, diversos estudos e proposições para a Reforma Sanitária Brasileira. O relatório final do evento inspirou o capítulo da Seguridade Social, e

dentro deste capítulo uma seção para a Saúde, presente no Título VIII – Da Ordem Social, Capítulo II, Seção II – Da Saúde, artigos 196 a 200 presentes na CFB de 1988, desdobrando-se, posteriormente, nas leis orgânicas da saúde que permitiram a criação e implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) no país (PAIM, 2009).

Vale ressaltar que, no ano de 1987, um ano após a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde (REIS et al., 2007), foi criado Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) que tinham como principais diretrizes: universalização e equidade no acesso aos serviços de saúde; integralidade dos cuidados assistenciais; descentralização das ações de saúde; implementação de distritos sanitários. Trata-se de um momento marcante, pois, pela primeira vez, o Governo Federal começou a repassar recursos para os Estados e Municípios ampliarem suas redes de serviços e, retirando a centralidade da União, prenunciando a municipalização que viria com o SUS. Nesse movimento de descentralização, houve a aproximação das secretárias estaduais de saúde com os municípios, que recebiam recursos financeiros federais de acordo com uma programação de aproveitamento máximo de capacidade física instalada, começando a valorização do sistema local de saúde. Podemos afirmar que o SUDS foi o antecessor imediato da criação do SUS.

Para atender aos preceitos constitucionais, foi estabelecido como modelo de política de saúde o Sistema Único de Saúde (SUS), regulamentado através das Leis Nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e Nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde, representando um marco na luta pelos direitos de cidadania (SANTOS et al., 2008).

O SUS tem, em sua constituição, princípios e diretrizes que visam à organização dos serviços de saúde e que devem ser seguidos e respeitados de forma igualitária e universal em todas as esferas: federal, estadual e municipal. Para Paim (2008), os princípios são aspectos que valorizam as relações sociais, a maioria derivados da moral, da ética, da filosofia, da política e do direito. São valores que orientam os nossos pensamentos e as nossas ações. Funcionam, ou pelo menos deveriam funcionar como se fossem os mandamentos no caso das religiões. Já as diretrizes são orientações gerais de caráter organizacional ou técnico que auxiliam diferentes partes que compõem o sistema de saúde a seguirem na mesma direção ou, talvez, no mesmo caminho.

Quadro 01 – Organização dos Princípios e Diretrizes do SUS

PRINCÍPIOS E DIRETRIZES DO SUS	
Doutrinários	Organizativos
<ol style="list-style-type: none">1. Universalidade2. Equidade3. Integralidade <p><i>- Promoção</i></p> <p><i>- Proteção</i></p> <p><i>- Recuperação da saúde</i></p>	<ol style="list-style-type: none">1. Regionalização e Hierarquização2. Resolutividade3. Descentralização4. Participação da Comunidade5. Complementariedade do Setor Privado6. Intersetorialidade

Fonte: Brasil, 1990. Adaptado

A universalidade é a garantia de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência (BRASIL, 1990). É o direito à assistência à saúde do indivíduo assegurado, independentemente de cor, raça, religião, opção sexual, local de moradia, perfil econômico, e entre outros, sendo que todos possuem os mesmos direitos de acesso aos serviços de saúde.

A equidade é a garantia de ações e serviços em todos os níveis, de acordo com a complexidade e exigidas em cada caso, sem privilégios e sem barreiras. Nesse processo, os recursos aplicados na saúde devem ser disponibilizados de acordo com a necessidade de cada um (FIGUEIREDO & TONINI, 2010). Tem como objetivo diminuir as desigualdades, ou seja, é tratar igualmente os desiguais no que se refere à assistência à saúde.

A integralidade é entendida como a organização de serviços e a execução de práticas de saúde que integrem um conjunto de estratégias para a prevenção de agravos e promoção da saúde e para as ações curativas e de reabilitação, individuais e coletivas, na perspectiva da promoção, proteção e recuperação da saúde da população (BRASIL, 2010). Nesse processo de execução da integralidade, o ser humano deve ser visto e tratado de forma holística, ou seja, um ser humano biopsicossocial.

Os entendimentos por Regionalização e Hierarquização devem estar relacionados com os níveis de organização e complexidade tecnológica crescente dos serviços de saúde, dispostos em uma área geográfica delimitada e com a definição da população a ser atendida. Nesse princípio, a organização dos serviços deve seguir um fluxo de acordo com a complexidade, sendo a atenção primária, secundária e terciária. É na atenção primária que está inserida a saúde da família.

A resolutividade em saúde é uma maneira de se avaliar os serviços de saúde prestados a partir dos resultados obtidos do atendimento ao usuário (TURRINI et al., 2008). É a exigência de que, quando um indivíduo busca o atendimento ou quando surge um problema de impacto coletivo sobre a saúde, o serviço correspondente deve estar apto a enfrentá-lo e resolvê-lo.

A descentralização da gestão do sistema implica a transferência de poder de decisão sobre a política de saúde do nível federal para os estados e municípios. Esta transferência ocorre a partir da redefinição das funções e responsabilidades de cada nível de governo com relação à condução político-administrativa do sistema de saúde em seu respectivo território (nacional, estadual, municipal), com a transferência, concomitante, de recursos financeiros, humanos e materiais para o controle das instâncias governamentais correspondentes (TEIXEIRA, 2011).

O Ministério da Saúde define a participação da comunidade na gestão do SUS. Através de suas entidades representativas, participará do processo de formulação das políticas de saúde e do controle da sua execução, em todos os níveis, desde o federal até o local, através dos respectivos Conselhos e Conferências de Saúde.

Na complementariedade do setor privado, segundo o Artigo 24, da Lei 8080/90, quando as suas disponibilidades forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área, o Sistema Único de Saúde poderá recorrer aos serviços ofertados pela iniciativa privada.

No SUS, desafio permanente é possibilitar o acesso de todos os usuários de forma universal, garantindo a integralidade, equidade, humanização e qualidade na atenção à saúde (PISTELLI, 2008).

A criação oficial do SUS, tendo a universalidade como princípio, proporcionou diferentes iniciativas para a reformulação do modelo de assistência à saúde: o modelo dos “Distritos Sanitários”; o movimento “Em defesa da Vida”; “Ação Programática em Saúde” e, “Programa de Médicos de Família de Niterói”. A iniciativa realizada em Niterói foi uma das

inspiradoras do surgimento nacional do Programa de Saúde da Família. Destaca-se também que a experiência mais importante para delineá-lo ocorreu no nordeste brasileiro em 1989 com a criação pelo governo federal do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Segundo Aguiar (2010, p. 21):

O PACS teve como referencial diversas experiências comunitárias, religiosas e ligadas a organizações não governamentais. Baseava-se no trabalho do Agente Comunitário de Saúde ou ACS – profissionais que deveriam ser recrutados entre pessoas da própria comunidade alvo, dotados de capacidade de liderança, relacionamento pessoal e ação política.

O PACS é o ponto de partida para o enfoque na família como objeto de atenção primária à saúde (APS) e como introdução do conceito de cobertura territorial para assistências às famílias. A ação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) vinculados ao PACS proporcionou, no nordeste brasileiro, a diminuição da mortalidade infantil e seus resultados acabaram servindo como incentivo, ao lado do programa Médico de Família de Niterói, para a ampliação da proposta através do Programa de Saúde da Família (PSF) lançado em janeiro de 1994.

O PSF sofreu influências internas dos modelos brasileiros de Atenção Primária à Saúde, descritas anteriormente, e influências externas dos modelos canadense, cubano e inglês, as quais são diferentes das propostas pela APS. Ambos os modelos contribuíram significativamente para a consolidação do programa no Brasil (MENDES, 2011).

Em 1999, o PSF passou a ser considerado pelo Ministério da Saúde como uma importante estratégia para o alcance dos objetivos da Atenção Básica (AB), o programa agora recebe a nomenclatura de Estratégia Saúde da Família (ESF) em todo território brasileiro. O termo programa foi substituído por apresentar atividade com início, desenvolvimento e finalização (AGUIAR, 2010; BRASIL, 2008; VIANA & DAL POZ, 1998).

A ESF apresenta os seguintes princípios: Caráter substitutivo dos modelos assistenciais de Atenção Primária à Saúde (APS) no país; Programas de saúde pública; Atendimento à demanda espontânea; Integralidade; Intersetorialidade — trabalho intersetorial, integrando projetos sociais e setores afins, voltados para a promoção da saúde da comunidade, desenvolvidas nas Unidades Básicas de Saúde da Família — UBSF.

A UBSF deve trabalhar com a definição de um território de abrangência, que significa a área sob sua responsabilidade e ainda a ideia de territorialidade. As discussões acerca dos conceitos mencionados são extensas e intensas. Várias correntes do pensamento geográfico

posicionaram-se, diante de bases paradigmáticas e epistemológicas, e no percurso da história da ciência geográfica tiveram outros significados (CLAVAL, (2004); RAFFESTIN, (1993); MESQUITA, (1995); SANTOS, (2001). Essa proposta inclui estudar como os conceitos território e territorialidade foram apropriados pelo campo da saúde e, hoje, são utilizados na produção e organização do território que envolve o processo saúde-doença.

Assim sendo, iniciaremos tomando de empréstimo a compreensão de território de Santos (2001, p.22), o qual afirma:

O território em si, para mim, não é um conceito. Ele só se torna um conceito utilizável para a análise social quando o consideramos a partir do seu uso, a partir do momento em que o pensamos juntamente com aqueles atores que dele se utilizam.

Pensar o território usado envolve considerar as relações econômicas, sociais, culturais e políticas que nele se estabelecem e também questões espaciais e temporais. É impossível falar de território sem falar de seu uso, incluindo os atores que dele fazem parte, caracterizando-o como espaço humano, habitado por pessoas que agem sobre ele.

Para Santos (2001), o território é lugar onde forças sociais se utilizam de mecanismo de inclusão e exclusão e é espaço de poder, de ação e de resistência. Portanto, o território e territorialidade estão em constante transformação e, conseqüentemente, são essencialmente dinâmicos.

Para Souza (2000), os territórios são construídos e desconstruídos dentro de escalas temporais (séculos, décadas, anos, meses ou dias) e podem ter caráter permanente ou ter uma existência periódica cíclica, podem ser contínuos ou descontínuos. O autor aponta ideias de territorialidades, quais sejam: a territorialidade pode ser campo de força, uma teia ou rede de relações sociais que, a par de sua complexidade interna, define um limite ou alteridade; ou ainda pode ser definida por sua temporalidade: territorialidade cíclica (em um dia, dois momentos distintos); ou, ainda, por sua espacialidade: territorialidade móvel (aumento da área de utilização).

O território também aparece em outras perspectivas: parcial, integradora, relacional e multiterritorial (HAESBAERT, 2004). A perspectiva parcial diz respeito ao entendimento político, cultural, econômico e naturalista, cada qual percebido de forma isolada. Na integradora, o território é entendido como revelador de parte ou de todas as dimensões sociais, sejam econômica, política, cultural. Na relacional, o território é entendido como movimento, fluidez, interconexão, proporcionando o processo de territorialização/desterritorialização/

reterritorialização⁴. E, por último, na perspectiva da multiterritorialidade, pode-se considerá-la como as diferentes formas como o território se apresenta dentro do espaço, ou ainda, como um processo constante de reterritorialização (HAESBAERT, 2004).

Os conceitos de território e territorialidade, especialmente na década de 1990, foram apropriados e utilizados pelo campo da saúde. Segundo Pereira & Barcellos (2006, p. 51):

A distribuição dos serviços de saúde segue a uma lógica de delimitação de áreas de abrangência, que devem ser coerentes com os níveis de complexidade das ações de atenção. As diretrizes estratégicas do SUS têm uma forte relação com a definição do território. O município representa o nível inferior onde é exercido o poder de decisão sobre a política de saúde no processo de descentralização. Nesse território, as práticas de saúde avançam para a integração sobre os problemas sejam também sobre as condições de vida das populações. A organização desses serviços segue os princípios da regionalização e hierarquização, delimitando uma base territorial formada por agregações sucessivas como a área de atuação dos agentes de saúde, da equipe de saúde da família e a área de abrangência de postos de saúde.

Para Monken & Barcellos (2005), o território deve ser entendido a partir de seu uso e de quem usa. Nele ocorre a interação população/serviço de saúde no nível local. Para os autores, o reconhecimento do território é um passo básico para a caracterização da população e de seus problemas de saúde e da avaliação do impacto dos serviços prestados à comunidade. O reconhecimento do uso do território torna-se importante porque é nele que ocorre a materialização das interações humanas, dos problemas de saúde e das ações de saúde pelos órgãos públicos. Ainda para os autores supracitados:

A globalização proporcionou o reaparecimento do lugar e dos significados da realidade social através da consideração do cotidiano que proporcionam as características da vizinhança, da intimidade, da emoção, da cooperação e da socialização. A análise do cotidiano permite perceber as ações e práticas sociais, compreendendo os usos do território e ações e formas que podem favorecer contextos para a saúde (MONKEN & BARCELLOS, 2005, p. 901).

Assim, é do território da vida cotidiana que emerge a territorialidade da saúde, compreendida desde o domicílio, área de abrangência e territórios comunitários. Tal território envolve um conjunto indissociável de objetos utilizados como recurso para a produção da habitação, circulação, cultura, associação e lazer. Esse território e sua territorialidade formam

⁴Para melhor esclarecimento deve-se considerar que a territorialização é entendida como uma estratégia de posse de um espaço geográfico e a desterritorialização seria o abandono espontâneo ou forçado da territorialização e a reterritorialização constitui-se na construção de uma nova territorialização. Recomenda-se a leitura do Rogério Haesbaert, (2002; 2004).

o que podemos denominar de território da vida, no qual estão os fixos e os fluxos que produzem elementos espaciais básicos para a vida cotidiana.

Diante do exposto, a ESF, tendo com base o território, organiza-se para atuar com uma ou mais equipes de profissionais, dependendo do número de famílias a ela vinculadas. Recomenda-se (BRASIL, 1997, BRASIL, 2000) que número de equipe por unidade não seja superior a três, facilitando a identificação da equipe e organizando melhor o fluxo dos usuários. Recomenda-se que, no âmbito de abrangência da unidade básica, uma equipe seja responsável por uma área onde residam de 600 a 1.000 famílias, com o limite máximo de 4.000 habitantes. Esse critério deve ser flexibilizado em razão da diversidade sociopolítica e econômica das regiões, levando-se em conta fatores como densidade populacional e acessibilidade aos serviços, além de outros considerados como de relevância local. É o que mostra também o estudo de (GONDIM, et.al. 2010, p.12):

A estratégia Saúde da Família define e é responsável por um recorte territorial, que corresponde à área de atuação das equipes de saúde da família, ou dos agentes comunitários de saúde, segundo agregados de famílias a serem atendidas (no máximo 1.000 famílias ou 4.000 pessoas), que pode compreender um bairro, parte dele, ou de vários bairros, nas áreas urbanas ou em várias localidades, incluindo população esparsa em áreas rurais.

A ESF conta com uma equipe mínima de atuação dentro do programa sendo: um médico generalista, ou especialista em saúde da família, um enfermeiro, um técnico ou auxiliar de enfermagem, de 04 a 06 agentes comunitários de saúde, outros profissionais como odontólogos, fisioterapeutas, farmacêuticos, psicólogos e entre outros, que podem ser incorporados ao programa de acordo com as necessidades da população atendida. Cada profissional tem suas atribuições e responsabilidades definidas no campo de atuação, estabelecidas pelo Ministério da Saúde, vinculadas ao trabalho em equipe.

O trabalho em equipe tem como objetivo a obtenção de impactos sobre os diferentes fatores que interferem no processo saúde-doença. A ação interdisciplinar pressupõe a possibilidade de interagir com a prática do outro, ambos sendo transformados para a intervenção na realidade em que estão inseridos (ARAÚJO & ROCHA, 2007).

A criação do ESF significou um processo de mudanças na atenção à saúde, resgatando conceitos fundamentais de vínculo, humanização, corresponsabilidade e outros, que apontam para a reorientação do modo de operar os serviços de saúde da Atenção Básica no país (PISTELLI, 2008; RODRIGUES, 2008).

A ESF implica novos papéis e desafios para as equipes de saúde da família, apoiando-se em atitudes e posturas de atuação não discutidas na formação habitual dos profissionais. Estes, pela natureza da tarefa a eles atribuída, devem ser capazes de atuar não só com problemas biológicos e de morbidade individual em saúde, mas também com problemas coletivos, socioculturais, numa atuação feita em consultórios e também em territórios, junto às redes sociais e à população (PAGAMIN & ANDRADE, 2012).

O foco da atenção, na ESF, está voltado para a família, entendida e percebida a partir do seu ambiente físico e social, o que possibilita às equipes de saúde uma compreensão do processo saúde-doença e da necessidade de intervenção que vão além de práticas curativas, dentro de seu território de abrangência (RODRIGUES, 2008). A ESF representa o primeiro contato da população com o serviço de saúde do município, ou seja, caracteriza-se como porta de entrada do sistema local de saúde, assegurando a referência e contra-referências para os diferentes níveis do sistema, uma vez identificada à necessidade de maior complexidade tecnológica para a resolução dos problemas levantados.

No novo modelo de atenção à saúde, a ESF é organizada em uma base territorial delimitada; nesta perspectiva, o território pode ser entendido como o espaço onde vivem grupos sociais, suas relações e condições de subsistência, de trabalho, de renda, de habitação, de acesso à educação e o seu saber preexiste, como parte do meio ambiente, possuidor de uma cultura, de concepções sobre saúde e doença, de família, de sociedade (CAMPOS, 2003).

Para compreender o trabalho em equipe dentro da ESF, torna-se necessário um estudo sobre a organização desse trabalho, que, segundo o Ministério de Saúde (2006), são características específicas do processo de trabalho na ESF:

- I - Manter atualizado o cadastramento das famílias e dos indivíduos e utilizar, de forma sistemática, os dados para a análise da situação de saúde, considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território;
- II - Definição precisa do território de atuação, mapeamento e reconhecimento da área adstrita, que compreenda o segmento populacional determinado, com atualização contínua;
- III - Diagnóstico, programação e implementação das atividades segundo critérios de Risco à saúde, priorizando solução dos problemas de saúde mais frequentes;
- IV - Prática do cuidado familiar ampliado, efetivada por meio do conhecimento da estrutura e da funcionalidade das famílias, que visa propor intervenções que influenciem os processos de saúde-doença dos indivíduos, das famílias e da própria comunidade;

V - Trabalho interdisciplinar e em equipe, integrando áreas técnicas e profissionais de diferentes formações;

VI - Promoção e desenvolvimento de ações intersetoriais, buscando parcerias e integrando projetos sociais e setores afins, voltados para a promoção da saúde, de acordo com prioridades e sob a coordenação da gestão municipal;

VII - Valorização dos diversos saberes e práticas na perspectiva de uma abordagem integral e resolutiva, possibilitando a criação de vínculos de confiança com ética, compromisso e respeito;

VIII - Promoção e estímulo à participação da comunidade no controle social, no planejamento, na execução e na avaliação das ações;

IX - Acompanhamento e avaliação sistemática das ações implementadas visando à readequação do processo de trabalho.

Dentro da equipe, cada membro exerce suas funções de acordo com suas competências, porém deve haver um espírito de trabalho em equipe e os conhecimentos compartilhados entre todas as categorias. Segundo Junqueira (2013, p.147):

Todas as categorias profissionais integrantes da ESF participam deste processo, cada qual com sua atribuição específica, mas é importante frisar que a construção deste processo só ocorre mediante a participação de toda a equipe nas reuniões semanais, para a organização e discussão do próprio processo.

A maior função da Equipe de Saúde da Família está vinculada à prestação de assistência à saúde contínua, à comunidade, acompanhamento integralmente à saúde da criança, do adulto, da mulher, dos idosos, enfim, de todas as pessoas que vivem no território sob sua responsabilidade, seja rural ou urbano.

1.2. Anápolis: História e a Implantação da Estratégia Saúde da Família no Município

O município de Anápolis configura-se como a terceira maior potência de estado de Goiás, devido aos números populacionais, econômicos e de desenvolvimento dos últimos anos, o que pode ser justificado pela localização privilegiada no estado, ficando entre duas grandes potências, sendo a cidade Goiânia e o Distrito Federal.

Os princípios da povoação de Anápolis, nos meados do século XVIII, tiveram como responsável a movimentação de tropeiros que demandavam de diferentes províncias em

direção às lavras de ouro de Meia Ponte (Pirenópolis), Corumbá de Goiás, Santa Cruz, Bonfim (Silvânia) e Vila Boa (Cidade de Goiás). Os principais cursos de água que cortam a região de Anápolis — João Cezário, Góis e Antas — tinham dupla importância no traslado desses garimpeiros: eram sítios de descanso e serviam como referência e orientação na viagem (ANÁPOLIS, 2013).

Historicamente, o município de Anápolis conta com figuras importantes para o seu surgimento. Segundo o IBGE (2013), o naturalista francês Auguste de Saint-Hilaire, no século XIX, fez anotações em seu diário de viagem em que descrevia uma fazenda "*que era um engenho de açúcar do qual dependia um rancho muito limpo, no qual nos alojamos*". Era o ano de 1819 e, o lugar descrito pelo estudioso francês, a Fazenda das Antas. O certo é que pelos idos de 1833, os fazendeiros de há muito tempo fixados às margens do Riacho das Antas, tinham por costume se reunir em casa de Manoel Rodrigues dos Santos, um dos primeiros moradores do lugar, e aí realizavam novenas e orações. Registros históricos da época confirmam que, no ano de 1859, a área de terras que constituía propriedade de Manoel Rodrigues dos Santos era um aglomerado de quinze casas (POLONIAL, 2010).

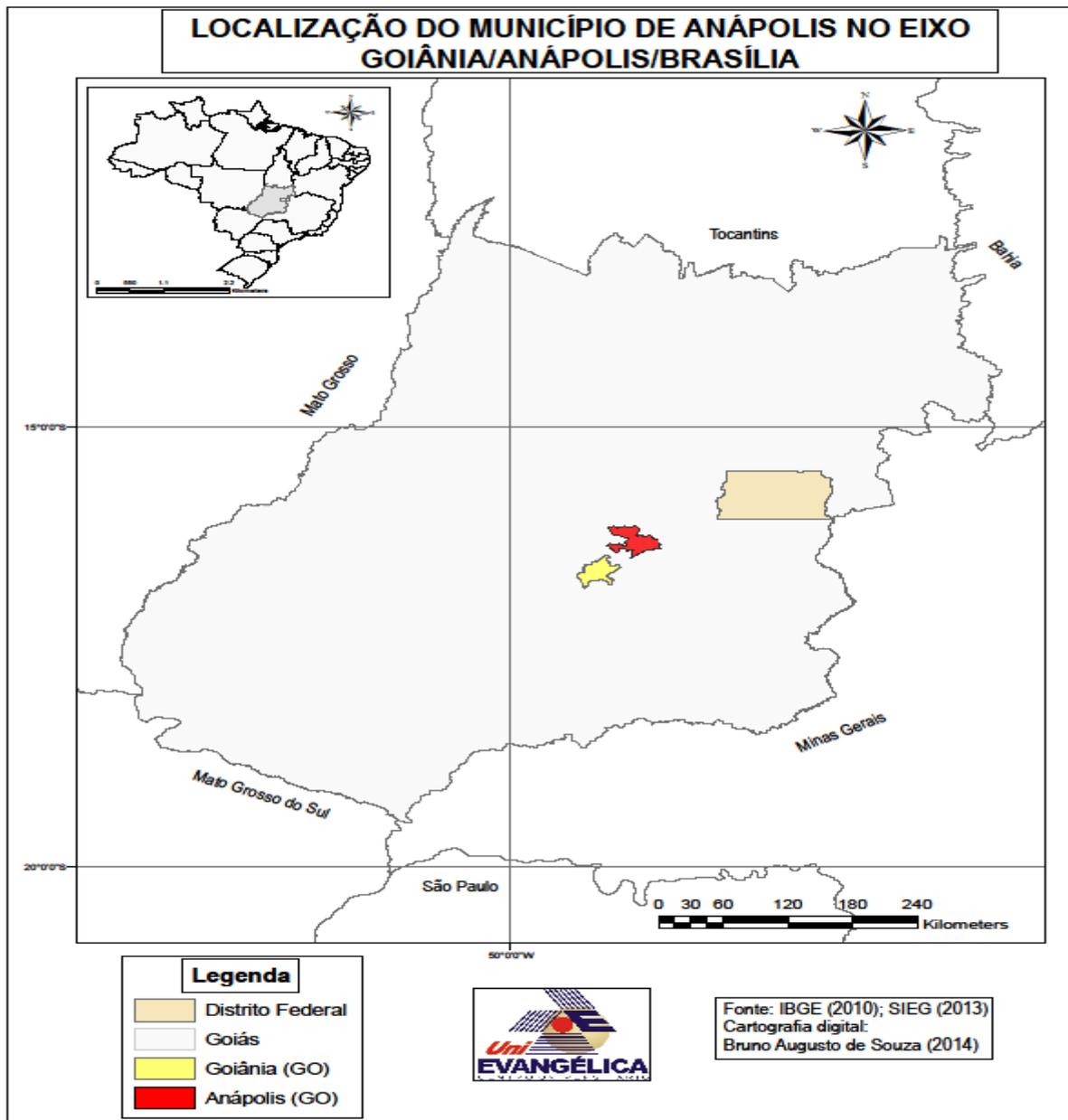
Aos 25 de abril de 1870, surge o primeiro documento oficial sobre Anápolis. Um grupo de moradores constituído por Pedro Roiz dos Santos, Inácio José de Souza, Camilo Mendes de Moraes, Manoel Roiz dos Santos e Joaquim Rodrigues dos Santos fizeram a doação de parte de suas terras para a formação do que se denominou de Patrimônio de Nossa Senhora de Santana (FERREIRA, 2011).

Já no ano seguinte, é construída a Capela de Santana, por Gomes de Souza Ramos, com isso o lugar cresce rapidamente, sendo elevado à Freguesia de Santana, que, posteriormente, elevado aos estágios de vila e de cidade. A elevação à condição de cidade com a denominação de Anápolis foi em 31 de julho de 1907, pela Lei Estadual nº 320, sendo que a cidade segue em plena expansão (IBGE, 2013; CHIAROTTI & CHIAROTTI, 2007; POLONIAL, 2007).

Anápolis se transformou no maior pólo atacadista do Centro-Oeste nas décadas de 1930 e 1960. Essa transformação se deu inicialmente com a chegada da ferrovia em 1935, que fez de Anápolis o maior centro comercial de Goiás entre as décadas de trinta e cinquenta. Nesse período, toda a circulação de produtos da região passava pela estação ferroviária Anapolina. Outro fator importante foi à política de interiorização de Getúlio Vargas nas décadas de trinta e quarenta, concretizada na construção de Goiânia e na criação da Colônia Agrícola Nacional

de Goiás em 1941. Esses dois fatores trouxeram investimentos, imigrantes e a abertura de novas estradas, beneficiando a agricultura de mercado e o comércio atacadista de Anápolis.

Figura 01 – Localização de Anápolis-GO, no Eixo Goiânia/Anápolis/Brasília.



Fonte: IBGE, 2010; SIEG, 2013

Vale à pena ressaltar que o desenvolvimento econômico do município pode ser equiparado com a construção de Brasília nos anos cinquenta. A instalação de Brasília/DF, em território goiano, coloca Anápolis em condições de privilégio em relação às demais cidades

goianas, devido a compor o eixo Goiânia/Anápolis/Brasília (CASTILHO, 2012; BORBA et. al., 2013; POLONIAL, 2007).

Situada em uma região demográfica privilegiada, Anápolis torna-se atrativa para empresários por ser um local propício para instalarem suas indústrias. Com o desenvolvimentismo da cidade e a pressão dos empresários anapolinos, segundo Chiarotti & Chiarotti (2007), *“foram-se consolidando as bases da política industrial do município, e se concretizando com a criação do Distrito Agroindustrial de Anápolis – DAIA”*. Sendo Assim:

O DAIA nasceu de uma política industrial fomentada a partir do governo de Otávio Lage de Siqueira, nos primórdios da década de 1970, que abrangeu muitos municípios goianos. Neste período foram criados órgãos que coordenavam a industrialização no Estado, como a Superintendência de Distritos e Áreas Industriais, que deu origem à atual Companhia dos Distritos Industriais de Goiás, comumente conhecida como GOIÁSINDUSTRIAL (CASTRO & SILVA, 2012, p. 37-38).

Importante na configuração econômica do estado de Goiás, Anápolis possui uma forte demanda populacional carente de infraestrutura urbana, saneamento básico, equipamentos educacionais, lazer e também de atendimento à saúde. Esse último é de interesse de nossa pesquisa, por ser considerada saúde um direito constitucional que deve ser assegurado como a garantia de acesso e qualidade da assistência à saúde de todos os cidadãos.

Segundo dados do Departamento de Atenção Básica (DAB, 2010), o Programa Agente Comunitário da Saúde foi implantado em 2001 e o Programa da Saúde da Família implantado em 2002, em Anápolis. No primeiro ano, o PACS atendia 7,17% e a PSF 8,36% da população; hoje o município conta com 380 agentes comunitários de saúde que atendem 61,44% da população do município; o PSF iniciou com 12 Unidades Saúde da Família. Em 2004, houve um projeto de expansão e hoje conta com 33 Unidades Básicas Saúde da Família tendo 53 equipes de saúde da família que cobrem 51% da população. Ampliando o atendimento da rede de Atenção Básica à Saúde, o município conta, ainda, com 19 Unidades de Referência que funcionam como apoio à Rede de Atenção básica municipal, como mostra o quadro 02. (ESPINDOLA, et. al., 2011; TAVARES, 2011).

Para melhor compreensão, foi criado o quadro 02, que demonstra a estrutura organizacional das Unidades Básicas Saúde da Família, números de equipes presentes em cada UBSF, números de famílias atendidas em cada unidade e a rede que apoia a Atenção Básica da Saúde do município anapolino.

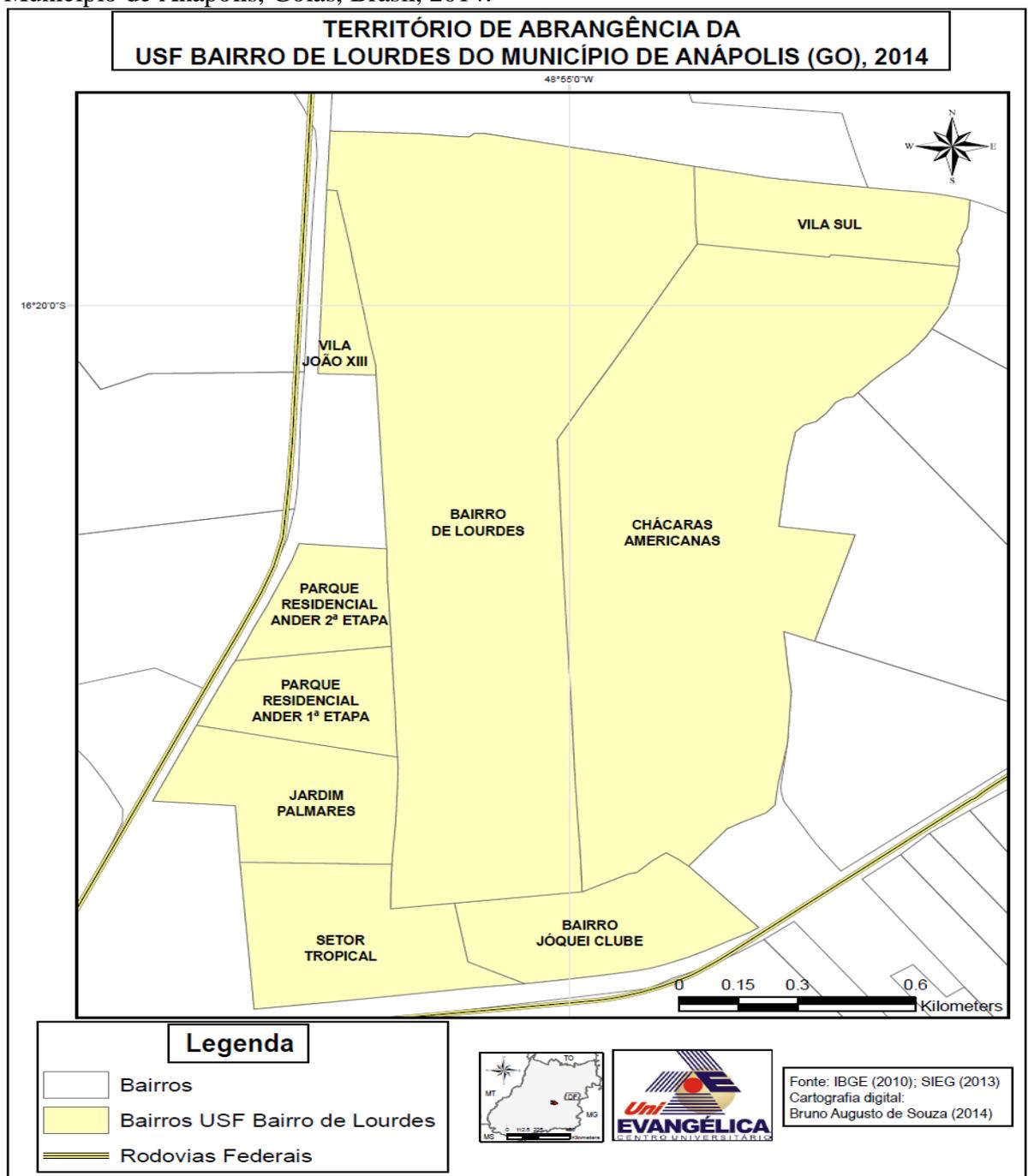
Quadro 02 – Organização da Rede de Atenção Básica no Município de Anápolis, Goiás, Brasil, 2014.

Nº	Unidades Básicas de Saúde da Família	Nº de Equipes de Saúde da Família	Nº de Famílias atendidas	Unidades de Saúde de Referência
1	UBS DA ESF ADRIANA PARQUE	02	3.868	HOSPITAL MUNICIPAL JAMEL CECÍLIO
2	UBS DA ESF ALEXANDRINA	03	3.906	LABORATÓRIO – LACEMA
3	UBS DA ESF PARAÍSO	02	3.376	CAIS JARDIM PROGRESSO
4	UBS DA ESF BAIRRO DE LOURDES	03	4.291	UNIDADE DE SAÚDE DA MULHER
5	UBS DA ESF BOA VISTA	01	1.499	MINI-CAIS ABADIA LOPES DA FONSECA
6	UBS DA ESF CALIXTOLÂNDIA	01	1.758	UNIDADE DE SAÚDE JUNDIAÍ
7	UBS DA ESF DOM MANOEL PESTANA FILHO	01	1.716	CREFA - CENTRO DE REABILITAÇÃO E FISIOTERAPIA
8	UBS DA ESF JARDIM ALVORADA	01	3.333	CAPS AD VIVER
9	UBS DA ESF JK	02	3.920	CAPS VIDATIVA
10	UBS DA ESF MUNIR CALIXTO	02	2.474	CAPS CRESCER
11	UBS DA ESF JARDIM DAS AMÉRICAS	02	4.239	HOSPITAL DIA DO IDOSO
12	UBS DA ESF JARDIM PETRÓPOLIS	01	1.556	CENTRO DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS - CEO
13	UBS DA ESF NOVA VILA	02	2.486	CENTRO DE CONTROLE DE ZOOSE
14	UBS DA ESF SANTO ANTÔNIO	01	2.316	HOSPITAL DIA DO IDOSO
15	UBS DA ESF SÃO JOAQUIM	01	1.507	CONTROLE DA DENGUE
16	UBS DA ESF SÃO LOURENÇO	01	2.157	REDE SAMU
17	UBS DA ESF CALIXTÓPOLIS	01	1.644	CEREST - CENTRO DE REFERÊNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR
18	UBS DA ESF VILA ESPERANÇA	01	1.694	FARMÁCIA POPULAR
19	UBS DA ESF VILA FORMOSA	01	1.389	CENTRAL DE REGULAÇÃO
20	UBS DA ESF VIVIAN PARQUE	01	2.429	
21	UBS DA ESF BANDEIRAS	03	3.800	
22	UBS DA ESF FILOSTRO MACHADO	03	5.905	
23	UBS DA ESF JARDIM SUÍÇO	01	1.719	
24	UBS DA ESF RECANTO DO SOL	03	4.961	
25	UBS DA ESF SANTA MARIA DE NAZARETH	01	1.053	
26	UBS DA ESF SÃO JOSÉ	01	1.411	
27	UBS DA ESF VILA FABRIL	01	1.261	
28	UBS DA ESF SETOR SUL/ ARCO VERDE	03	3.846	
29	UBS DA ESF MARACANANZINHO	01	1.424	
30	UBS DA ESF INTERLÂNDIA/ SOUZÂNIO	01	1.019	
31	UBS DA ESF JARDIM GUANABARA	01	3.258	
32	UBS DA ESF BOA VISTA/SÃO CARLOS	02	4.442	
33	UBS DA ESF JOÃO LUIZ DE OLIVEIRA	01	1.703	

Fonte: Anápolis, 2014. Adaptado.

Os dados apresentados no quadro 02 reforçam a necessidade de ampliação da atenção primária no município, pois o mesmo conta com uma população de 335.032, em um território de 917.011 quilômetros quadrados, sendo composto pela sede do município e pelos distritos de Interlândia, Souzaânia, Goialândia e Joanópolis (IBGE, 2013; TAVARES, 2011).

Figura 02 – Composição do Território de Abrangência da USF Bairro de Lourdes do Município de Anápolis, Goiás, Brasil, 2014.



Fonte: IBGE, 2010; SIEG, 2013

O território de abrangência da USF Bairro de Lourdes, Anápolis/GO, é espaço de investigação deste estudo. Esse território agrega os bairros Vila João XXIII, Bairro de Lourdes, Parque Residencial Ander 1ª e 2ª etapa, Jardim Palmares, Setor Tropical, Bairro Jóquei Clube, Vila Sul, e Chácaras Americanas, sendo margeados por duas importantes rodovias federais, as BR-060 e BR-153, e fica na região leste da cidade Anapolina.

Nesse território, tem-se uma população de habitantes estimada de aproximadamente 11.330 pessoas, o que representa o número de 4.291 famílias residentes conforme informações do consolidado (SIAB/SEMUSA, 2012). Os dados mencionados serão detalhadamente trabalhados no capítulo que segue.

Capítulo II

2. Território e Saúde: análise do território de abrangência da Unidade de Saúde do Bairro de Lourdes, Anápolis-GO

Este capítulo dedica-se a apresentar a caracterização e análise do território de abrangência em questão. Neste sentido, reafirma-se que o estudo sobre território mostra que o termo apresenta várias configurações, de acordo com o uso, tornando-se complexo o entendimento desta temática devido a sua polissemia e diversas abordagens. Nesse sentido, todo território é, ao mesmo tempo e obrigatoriamente, em diferentes combinações, funcional e simbólico, pois exercemos domínio sobre o espaço tanto para realizar “funções” quanto para produzir “significados”. O território é funcional a começar pelo território como recurso, seja como proteção ou abrigo (“lar” para o nosso repouso), seja como fonte de “recursos naturais” — “matérias-primas” que variam em importância de acordo com o modelo de sociedade vigente (HAESBAERT, 2004).

Quando falamos em território, logo nos remete à ideia de espaço e buscamos, em Milton Santos, uma contribuição para o entendimento deste conceito. Para Santos (2006), o espaço é considerado como um conjunto de fixos e fluxos. Os elementos fixos, fixados em cada lugar, permitem ações que modificam o próprio lugar, fluxos novos ou renovados que recriam as condições ambientais e as condições sociais, redefinindo cada lugar. Os fluxos são um resultado direto ou indireto das ações e atravessam ou se instalam nos fixos, modificando a sua significação e o seu valor, ao mesmo tempo em que, também, se modificam.

Não se pode estudar território, sem se fazer uma abordagem do conceito de espaço sendo que, nos últimos 15 anos, essa categoria vem sendo utilizada com ênfase no campo da saúde (GODIM, et al., 2008) como uma abordagem fundamental para dar suporte ao conceito de risco, em função das múltiplas possibilidades que se tem em localizar e visualizar populações, objetos e fluxos, e de se espacializar a situação de saúde através da distribuição de indicadores socioeconômicos, sanitários e ambientais que revelam as condições de vida das pessoas em seu interior. Para Santos (2006, p. 39):

O espaço é formado por um conjunto indissociável, solidário e também contraditório, de sistemas de objetos e sistemas de ações, não considerados

isoladamente, mas como o quadro único no qual a história se dá. No começo era a natureza selvagem, formada por objetos naturais, que ao longo da história vão sendo substituídos por objetos fabricados, objetos técnicos, mecanizados e, depois, cibernéticos, fazendo com que a natureza artificial tenda a funcionar como uma máquina. Através da presença desses objetos técnicos: hidroelétricas, fábricas, fazendas modernas, portos, estradas de rodagem, estradas de ferro, cidades, o espaço é marcado por esses acréscimos, que lhe dão um conteúdo extremamente técnico.

Os espaços são conjuntos de territórios e lugares onde fatos acontecem simultaneamente, e suas repercussões são sentidas em sua totalidade de maneiras diferentes. Cada fato é percebido com maior ou menor intensidade de acordo com a organização socioespacial, cultural, política e econômica de cada população que habita e produz cada um desses lugares. O território de abrangência da ESF – Bairro de Lourdes localiza-se na periferia da cidade de Anápolis /GO e os bairros que compõem esse território são locais em que reside uma população de baixa renda que convive, em sua maioria, com violência urbana, falta de infraestrutura, de equipamentos de produção de saúde, acessibilidade entre outros. Por isso, segundo Godim et al. (2008), não é incorreto afirmar que as pessoas não são portadores do risco em si, mas sim de fatores sobrepostos em problemas que se traduzem nas condições gerais de vida, individual e coletiva, e em função da vulnerabilidade de cada um frente às ameaças a que estão expostas no cotidiano. Aqui se pode entender que os riscos e a vulnerabilidade mencionados pelos autores estão vinculados ao território/espaço em que cada população está inserida, sendo uns mais expostos e outros menos, de acordo com a realidade local.

Verifica-se, desse modo, que a adoção do espaço geográfico (e não do espaço simples) na saúde pública vem ao encontro de um desejo de transformação social e de demonstração dos efeitos insalubres das desigualdades sociais na saúde das populações, numa espécie de reação às concepções da epidemiologia clássica (MONKEN, et al., 2008).

O Sistema Único de Saúde apresenta uma relação/percepção com as questões relacionadas ao território. Esse sistema utiliza uma variedade de nomenclatura e divisões territoriais para operacionalizar suas ações ao longo de vários anos, quais sejam: o município, o distrito sanitário, a microárea, a área de abrangência ou adscrita de unidades de saúde, dentre outros. Tais áreas de atuação são de caráter administrativo, gerencial, econômico ou político, que se estruturam no espaço e criam territórios próprios, dotados de poder (GONDIM et al., 2010).

Quadro 03 – A organização do território das práticas de saúde na ESF no Brasil.

Território	Lógica de existência	Extensão territorial	Objeto de Ação	Delimitação Territorial/ Fronteiras
Distrito Sanitário	- Caráter político-administrativo-assistencial	- Município: subprefeituras; regiões administrativas; bairros; consórcio de municípios;	Técnico-administrativo assistencial	- Físico-jurídicas
Área	- Abrangência geográfica de Unidade de Saúde-caráter administrativo-assistencial	- Entorno delimitado pelos fluxos e conta fluxo de trabalhadores da saúde e da população; e pelas barreiras físicas;	- Organizações básicas da prática de assistência à demanda	- Físico-jurídicas;
Microárea	- Homogeneidade socioeconômica - ambiental e sanitário-cultural-caráter socioeconômica-cultural - ambiental	- Uma subdivisão do Território-Área: áreas com relativa homogeneidade de condições de vida e situação de saúde;	- Contexto de vulnerabilidade em saúde - para a intervenção da Vigilância em Saúde;	- Condições de vida e situação de saúde;
Moradia/ Domicílio	-Unidade Social: família nuclear ou extensiva;	- Domicílio; habitação; rua e condomínios,	Vigilância em saúde: hábitos sanitários e cidadania	- Físico-jurídicas;

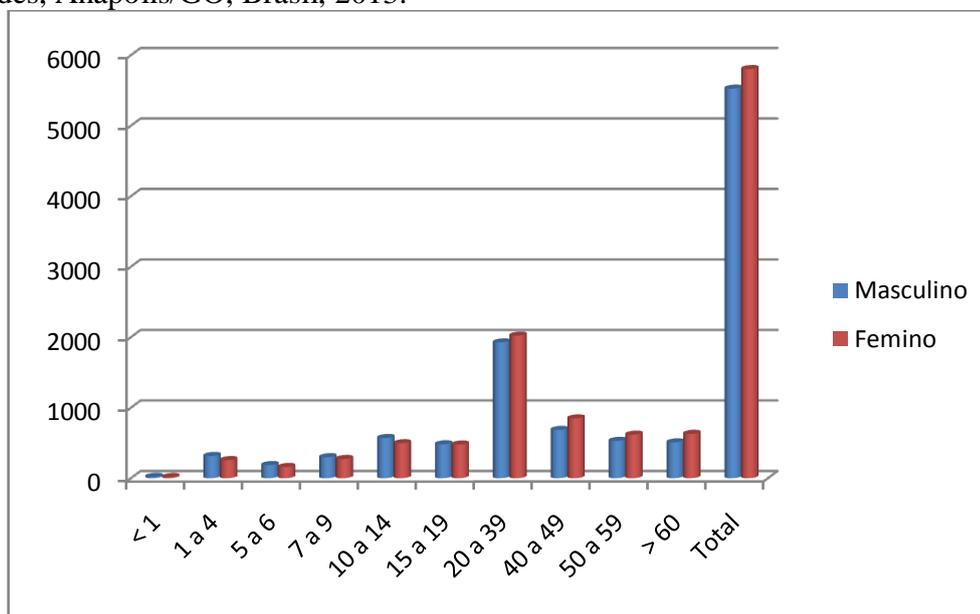
Fonte: MONKEN & BARCELLOS, 2008; ARAUJO & AUGUSTO, 2010. Adaptado.

Essa organização do território visa facilitar o planejamento e a gestão em saúde, permitindo uma assistência adequada à população de moradores. Diante da importância desta divisão territorial, vale à pena ressaltar que o modelo de gestão em saúde de Anápolis/GO, Brasil, não utiliza o Distrito Sanitário como forma de estratégia de construção e consolidação

do SUS no município. Mas, conforme Tavares (2012), a atual divisão da organização território da ESF no município de Anápolis refere-se à divisão de área para supervisionar as atividades desenvolvidas nas Unidades.

A delimitação geográfica de um território permite conhecer características da população adscrita, bem como desenvolver programas e projetos viáveis frente aos diagnósticos levantados (GRANDO, 2010). O território, objeto deste estudo, apresenta as seguintes configurações demográficas:

Gráfico 01 – População cadastrada no SIAB, por sexo e faixa etária, atendida no UBS Bairro de Lourdes, Anápolis/GO, Brasil, 2013.



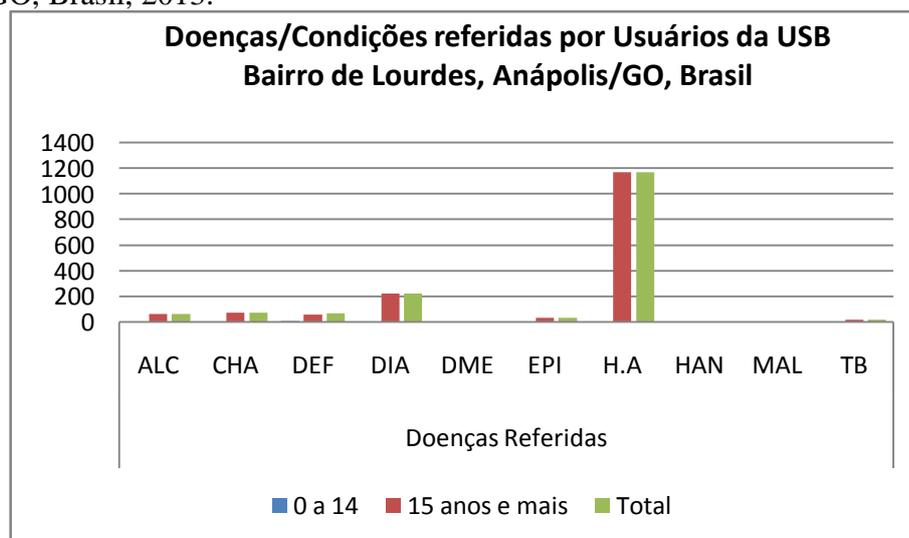
Fonte: SIAB, 2013

O Gráfico 01 mostra a distribuição do total da população atendida na UBS/USF Bairro de Lourdes, por sexo, segundo faixa etária em anos. Nota-se que há um crescimento da população feminina no território em questão, como mencionado anteriormente, quando observada a população total. Quando observados os grupos por idade, percebe-se que a população masculina é maior que a feminina, na faixa etária dos grupos de menores de 01 ano até ao grupo da faixa etária de 15 a 19 anos. Porém, quando chega ao grupo da faixa etária de 20 a 39 anos, há uma inversão com o aumento da população feminina, sendo que a predominância do sexo feminino permanece por todos os demais grupos etários até ao grupo dos maiores de 60 anos. Esse aumento da população feminina é uma realidade que vem ocorrendo há algumas décadas, segundo Alves & Cavenaghi (2014, p.03):

Havia mais homens do que mulheres na população brasileira até 1940. A partir desta data, as mulheres se tornaram maioria e, a cada ano, têm aumentado o superávit feminino na população brasileira. O censo demográfico 2010 apontou um superávit de 04 milhões de mulheres. Nas próximas décadas, esse excesso de mulheres na população deve aumentar ainda mais.

Ainda no mesmo gráfico, observa-se que a população geral tem uma base jovem, o maior número da população está no grupo etário de 20 a 39 anos, com representatividade de 34,9% do total da população. A somatória da população dos grupos etários de 40 a maiores de 60 anos, representa 33,7% do total da população e, por fim, com 31,4% da população ficaram os grupos etários de menores de 01 ano a 19 anos. Esse resultado nos permite afirmar que a maioria da população está em idade ativa. Corroborando com o resultado desta pesquisa, Alves & Cavenaghi (2014) afirmam que a pirâmide populacional do Brasil, em 2010, mostra que a maior parte da população está concentrada no meio da pirâmide, o que representa as idades de 15 a 60 anos, encontrando-se ativa nesta fase da vida. Como o número de população feminina é maior, vale à pena ressaltar que, na Unidade de Saúde da Família do Bairro de Lourdes, existem programas de saúde específicos para atender a esse grupo da população, tido como um dos grupos prioritários pelo Ministério da Saúde. Tais programas serão abordados e discutidos no capítulo III.

Gráfico 02- Doenças/Condições referidas por Usuários da USB Bairro de Lourdes, Anápolis/GO, Brasil, 2013.



Fonte: SIAB, 2013.

O número de casos de doenças ou condições referidas pelas famílias, por faixa etária, residentes no território de abrangência do USF Bairro de Lourdes, presentes no cadastramento familiar do SIAB, presentes no gráfico 02, revela a existência de problemas de saúde importantes e preocupantes, os quais requerem a atenção por parte de cada uma das equipes de saúde da família atuantes nesse território, pois são doenças ou condições que podem ser acompanhadas pela rede de atenção básica. As condições são Alcoolismo; Doença de Chagas; Deficiência Física; Diabetes; Distúrbio Mental; Epilepsia; Hipertensão Arterial; Hanseníase; Malária e Tuberculose.

Com relação a alcoolismo, observa-se que 95% do total de casos tinham a idade acima de 15 anos. Já os 5% dos casos tinham menos de 14 anos. O alcoolismo atinge pessoas de todas as idades e, cada vez mais, vem atingindo os mais jovens sendo considerado um problema de saúde pública, pelas limitações diretas que são causadas às pessoas que fazem o uso abusivo de álcool. Essas limitações podem ser enumeradas como o abandono do trabalho, exposição a doenças como cirrose hepática e as sexualmente transmissíveis, devido à vulnerabilidade a que essas pessoas estão expostas. Além disso:

O comprometimento global consequente do uso de álcool e ou outras drogas envolve muito estigma, exclusão, preconceito e discriminação, que ao mesmo tempo se constituem como agravantes e resultantes das implicações decorrentes do consumo dessas substâncias (SILVA, 2008, p. 18).

Além disso, o alcoolismo contribui para o aumento de todos os tipos de violência e risco de acidentes, principalmente, quando associado à direção de veículos, o que pode causar sequelas de todas as naturezas e/ou mortes no trânsito. O resultado encontrado sobre o alcoolismo pode ser justificado pela quantidade de bares existentes no território de abrangência do Bairro de Lourdes, conforme as figuras 02, 03 e 04, e pela provável falta de fiscalização da venda de bebidas alcoólicas para menores. Diante disso, torna-se um ambiente propício e favorável às práticas de consumo abusivo de bebidas alcoólicas, consequentemente podendo contribuir para o aumento dos índices de violência e criminalidade local.

Já doença de Chagas faz-se presente nessa população em estudo, sendo que 100% dos casos eram de pessoas com 15 anos ou mais. Embora o município de Anápolis não seja uma área endêmica para essa doença, vale a pena fazer uma abordagem, visto que é uma doença tida como um problema de saúde pública, por ser silenciosa e incapacitante, principalmente na fase crônica cardíaca. Além disso, apresenta ligação com as precárias condições de

infraestrutura. Segundo Souza & Monteiro (2013), a doença de Chagas é causada por um protozoário conhecido como *Trypanosoma Cruzi*. O mecanismo de transmissão do parasita mais conhecido é descrito por via vetorial, quando há o contato com as fezes, eliminadas pelo inseto vetor, no momento da sua picada no homem, havendo um período de incubação de 4 a 15 dias. Existem outras formas de transmissão da doença, sendo uma delas por via oral do *T. Cruzi* em humanos, que acontece quando são ingeridos alimentos contaminados com o parasita, a partir do triatomíneo ou suas dejeções.

Diante da problemática dessa doença, as pessoas que tiveram a doença de chagas diagnosticada e com os casos registrados na Unidade de Saúde necessitam de um acompanhamento por parte dos profissionais vinculados às equipes de saúde da UBSF, a fim de minimizar as consequências da doença ao longo prazo.

As pessoas portadoras de deficiência física, em sua maioria 91% do total de casos, tinham idade superior a 15 anos, e 9% do total de casos tinham de idade entre 0 a 14 anos. Os portadores de diabetes são pessoas com mais de 15 anos, com 99% do total de casos e, apenas 1% menor de 14 anos. Já epilepsia faz-se presente em algumas pessoas desse território sendo que, na sua maioria, com 94% do total de casos são pessoas com 15 anos ou mais e 6% dos casos são de pessoas com idade inferior a 14 anos.

A hipertensão arterial (HA) apresenta-se como um dos maiores problemas de saúde registrados no SIAB (2012), pelo grande número de casos, com 1173 casos de pessoas hipertensas e 100% dos casos ocorreram com pessoas acima de 15anos. Embora a hipertensão atinja pessoas de qualquer idade, nas últimas décadas vem atingindo pessoas cada vez mais jovens. A Sociedade Brasileira de Hipertensão – SBH (2014, p.01), acrescenta que:

No Brasil, a situação não é menos preocupante. Dados do Ministério da Saúde apontam que a hipertensão atinge mais de 50% da população idosa e está presente em 5% das crianças e adolescentes. Embora não existam estudos que apontem como o problema atinge os jovens em especial, médicos confirmam que a ocorrência dele entre os brasileiros com menos de 35 anos tem aumentado a cada ano [...].

A mudança do perfil dessa doença geralmente está associada aos fatores de riscos para o desenvolvimento da hipertensão que são o sedentarismo, hábito de alimentação não saudável, obesidade, tabagismo entre outros.

Dentro do território estudado, foi observada a presença de poucos equipamentos sociais que contribuem para a redução do sedentarismo e obesidade e, conseqüentemente, a

prevenção da hipertensão. As figuras 05, 06 e 07 mostram que os locais para as práticas esportivas estão restritos ao campo de futebol, ginásio de esportes e academias, que são poucos e privilegia apenas uma pequena parcela da população. Porém, aqueles que queiram realizar atividade como caminhada, não encontrarão praças e nem parques, pois são inexistentes nesse território. A falta de um local adequado para as atividades físicas, como as caminhadas, pode levar os moradores que queiram praticar tal exercício a realizá-lo nas ruas, o que aumenta os riscos de acidentes como quedas e atropelamentos, além de ficarem vulneráveis à violência urbana.

Devemos chamar a atenção para a falta de políticas públicas efetivas e do incentivo da ESF para que a população local tome como hábito as práticas esportivas, amenizando os fatores de riscos bem como o sedentarismo, buscando um trabalho efetivo para a prevenção e a redução da hipertensão arterial, pela melhoria da qualidade de vida desses moradores. Os casos de hanseníase (04), malária (04), e tuberculose (20) ocorreram em pessoas com mais de 15 anos, em 100% do total de casos, destas doenças.

Os dados expostos servem para conhecer as famílias do território de abrangência, identificar os problemas de saúde e as situações de riscos existentes na comunidade, elaborar um plano de ações e uma programação de atividades para enfrentar os determinantes sociais do processo saúde/doença, desenvolver ações educativas e intersetoriais relacionadas com os problemas de saúde identificados e prestar assistência integral às famílias sob sua responsabilidade no âmbito da atenção e promoção da saúde.

Os mapas, a seguir, foram gerados a partir da divisão do território de abrangência da USF do Bairro de Lourdes em três grandes áreas, de acordo com a responsabilidade e cobertura assistencial de cada equipe de saúde da família que compõem a USF, sendo as equipes 21, 33 e 34. Para cada área territorial, foi gerado um mapa de acordo com a variável em análise, considerando todas as microáreas presentes no território.

Figura 03. Território de abrangência da USF Bairro de Lourdes – variável lazer, Anápolis – GO, Brasil, 2014.

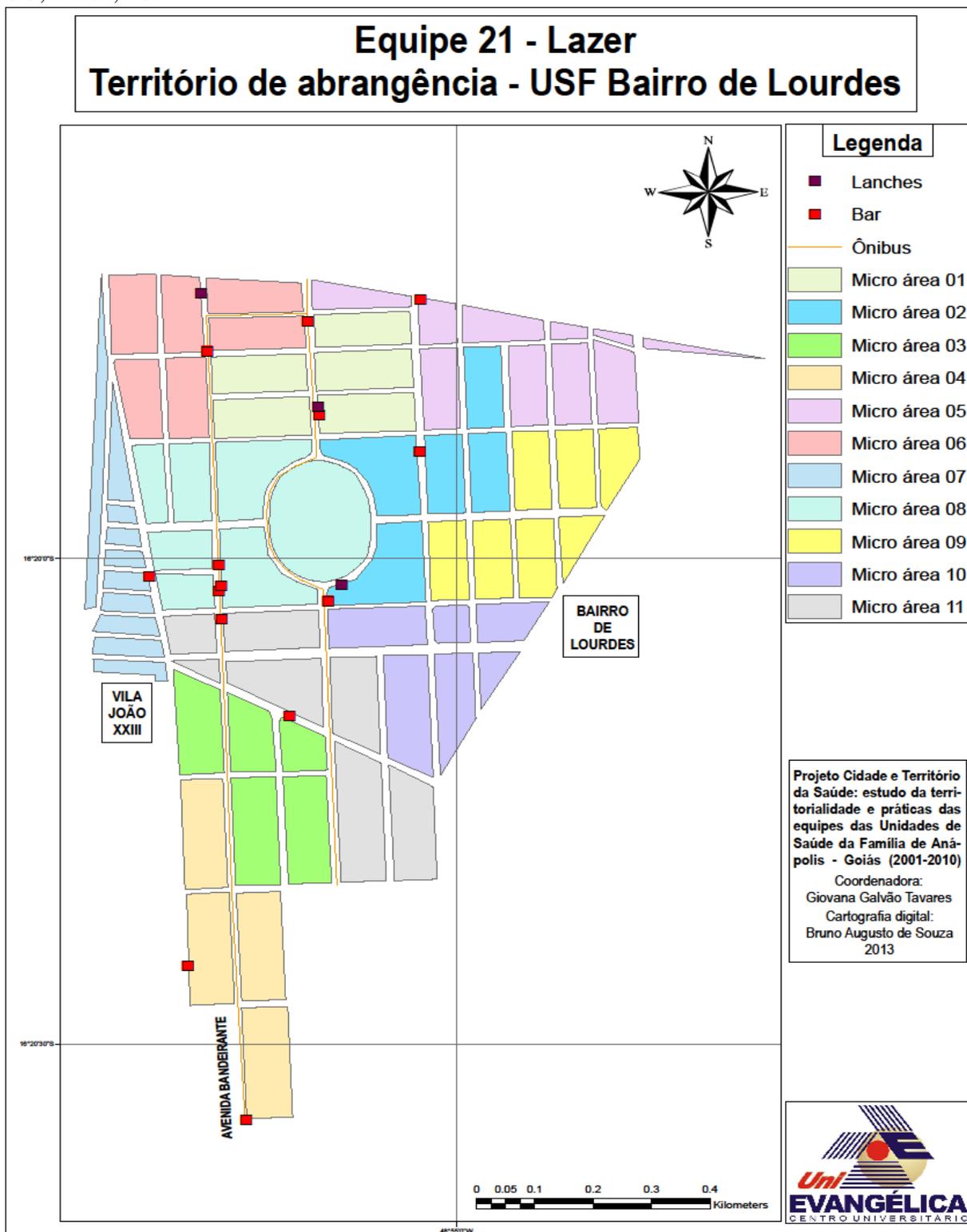


Figura 04. Território de abrangência da USF Bairro de Lourdes – variável lazer, Anápolis/GO, Brasil, 2014.

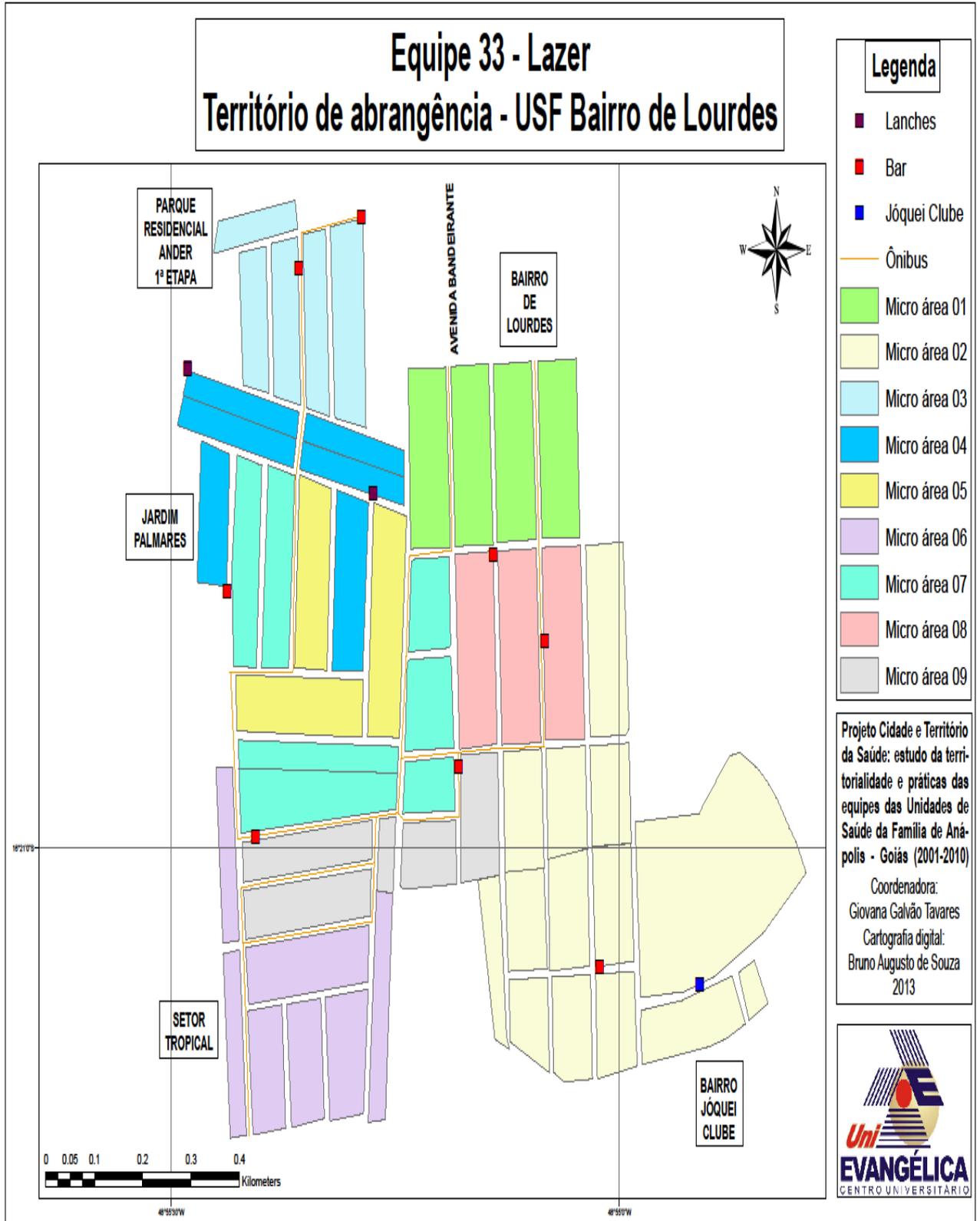
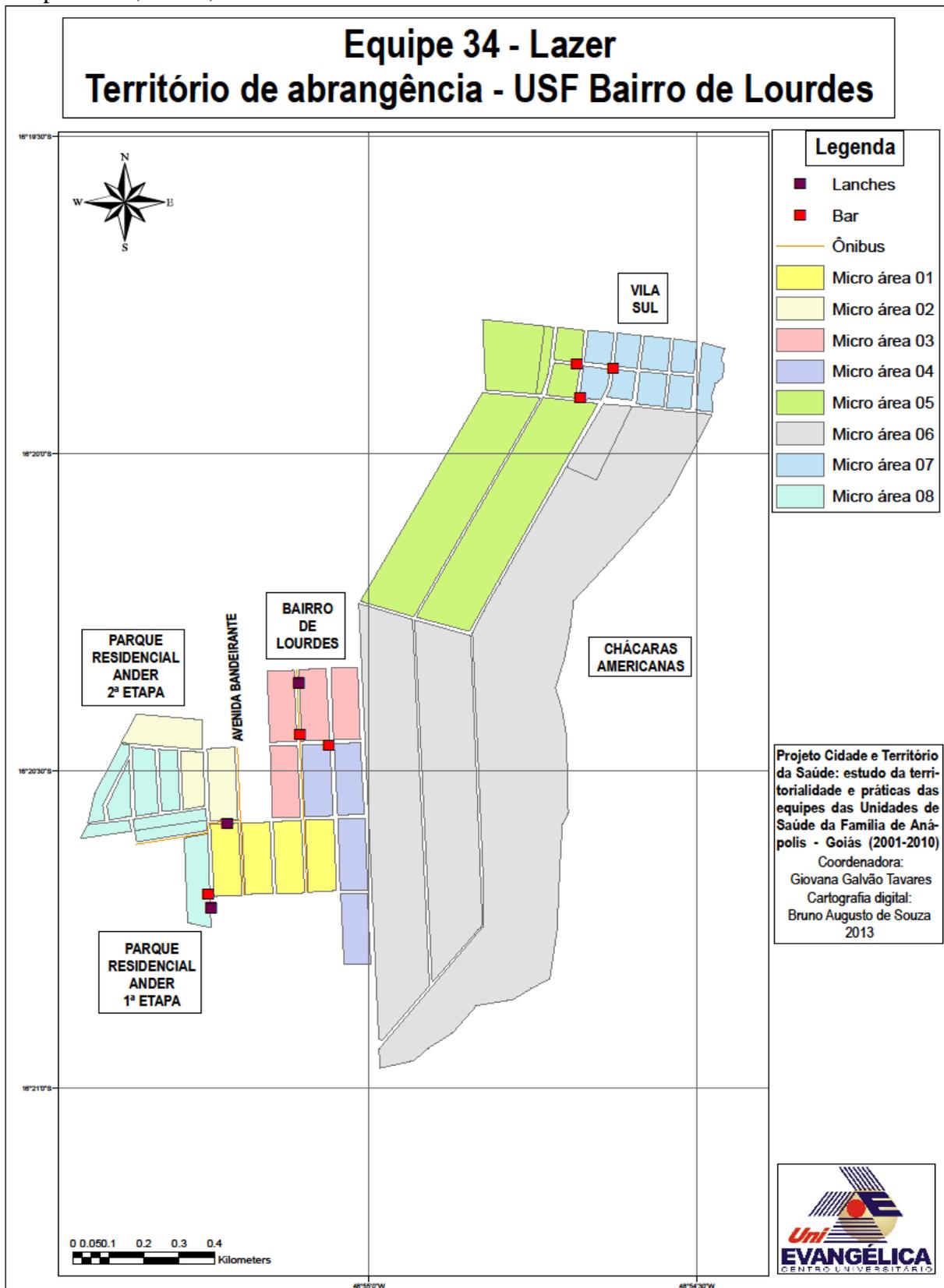


Figura 05. Território de abrangência da USF Bairro de Lourdes – variável lazer Anápolis/GO, Brasil, 2014.



As figuras 03, 04 e 05 são referentes ao estudo do lazer para a comunidade do território de abrangência do Bairro de Lourdes, sendo encontrados lugares usados para a prática de lazer como bares, lanches e jôquei clube, com predominância de bares e lanches.

Nos significados de lazer presentes no contexto sociocultural, torna-se fundamental entender as estreitas relações existentes entre o lazer e as outras dimensões da vida do homem (trabalho, saúde, educação, família, política), podendo ser entendido como espaços para a promoção do questionamento e/ou opiniões acerca das contradições existentes em nosso meio sociocultural (SILVA, et. al., 2011).

Os “lanches” são ambientes que promovem os laços entre amigos e famílias, por serem locais que propiciam os encontros públicos em áreas abertas e/ou fechadas destes ambientes. Nesses locais, são oferecidos alimentos de preparo e acesso rápido, porém, na maioria das vezes, são pouco nutritivos e muito calóricos, podendo aumentar o risco para o desenvolvimento de obesidade e doenças cardiovasculares, visto que faltam lugares para a prática de atividades físicas no território de abrangência do Bairro de Lourdes.

Os “bares” podem ser considerados como um local que promove socialização entre grupos de pessoas, por ser um ambiente propício para a conversação e diversão entre grupos de amigos. Para muitas pessoas, o bar é considerado um local de lazer, principalmente, no período noturno, após a jornada de trabalho. Mas acreditamos que um ambiente de bar não só promove lazer, mas torna-se um local que favorece o uso de drogas lícitas e ilícitas entre os frequentadores, o que pode contribuir para o aumento da violência urbana, além de colocar a vida dos moradores do local, principalmente os que vizinham os bares, em risco iminente relacionado às combinações perigosas entre álcool e direção de veículos, ou aos possíveis confrontos com uso de arma de fogo, gerados nesses estabelecimentos, contribuindo para o aumento da violência urbana.

Ainda entre os discursos sobre as políticas sociais e o lazer, também, pode-se encontrar o lazer educativo, na qual o educar pelo lazer permite o desenvolvimento individual e social ligado às condições culturais, políticas e sociais (AMARAL & KIKUCHI, 2011).

Outro ponto de destaque é o feirão coberto, que é local de realização de eventos que promove o lazer local e a socialização entre os moradores, como exemplos podem-se citar: as feiras livres, reuniões promovidas pela associação de moradores, atividades de recreação e lazer, entre outras, porém esse local é pouco usado pela ESF para realização de práticas de saúde.

Figura 06. Equipamentos Sociais presentes no Território de abrangência da USF Bairro de Lourdes, Anápolis/GO, Brasil, 2014.

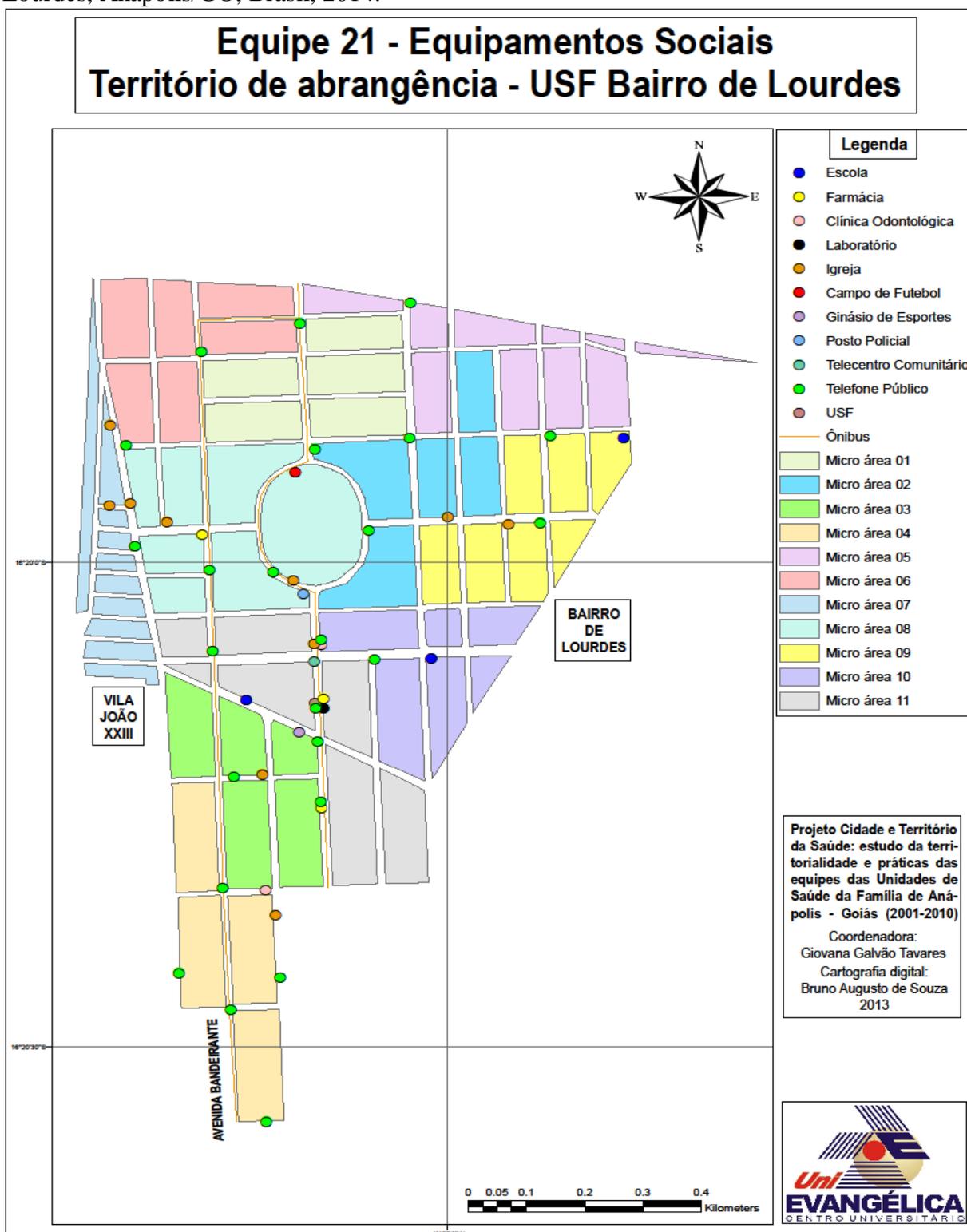


Figura 07. Equipamentos Sociais presentes no Território de abrangência da USF Bairro de Lourdes, Anápolis/GO, Brasil, 2014.

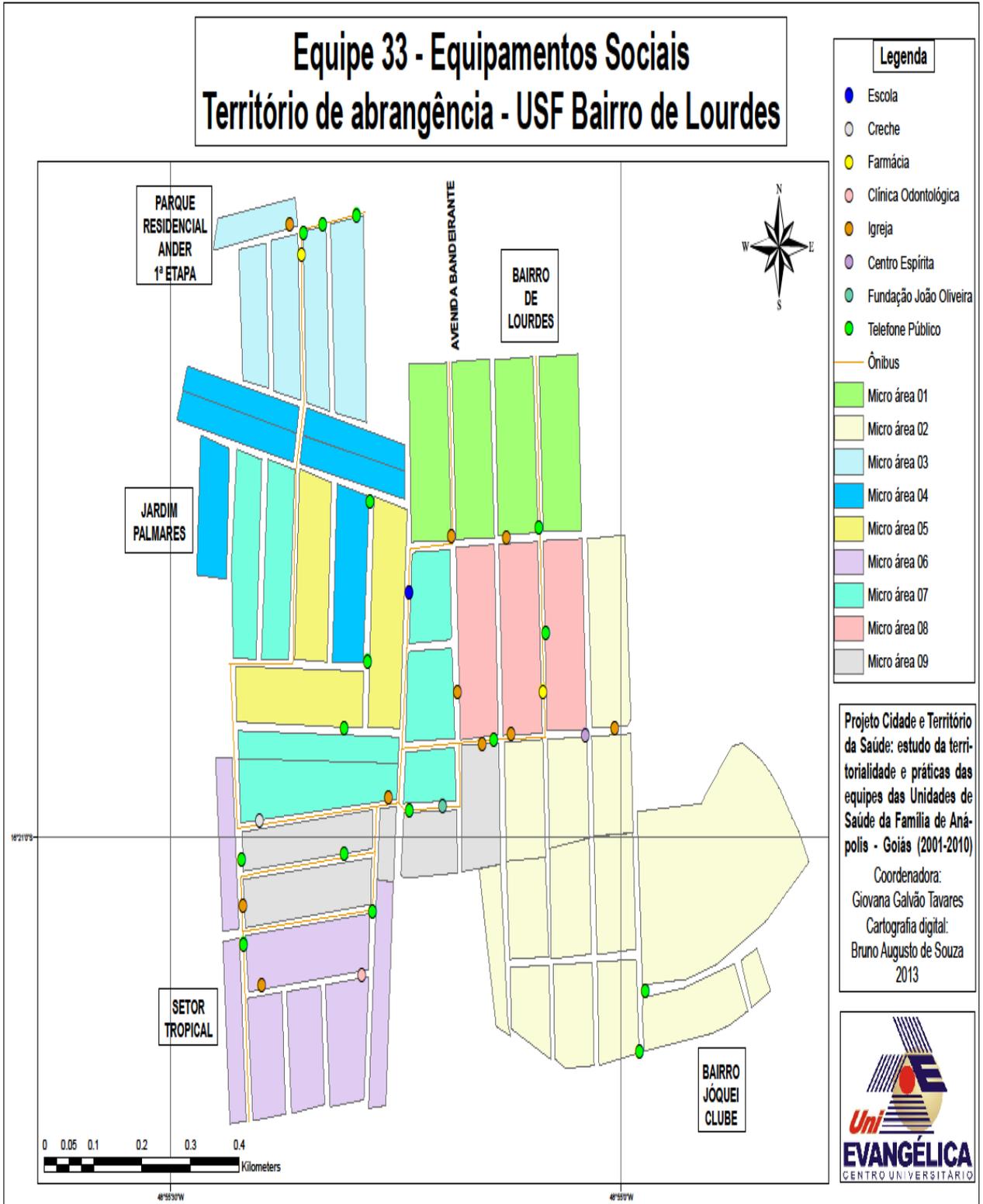
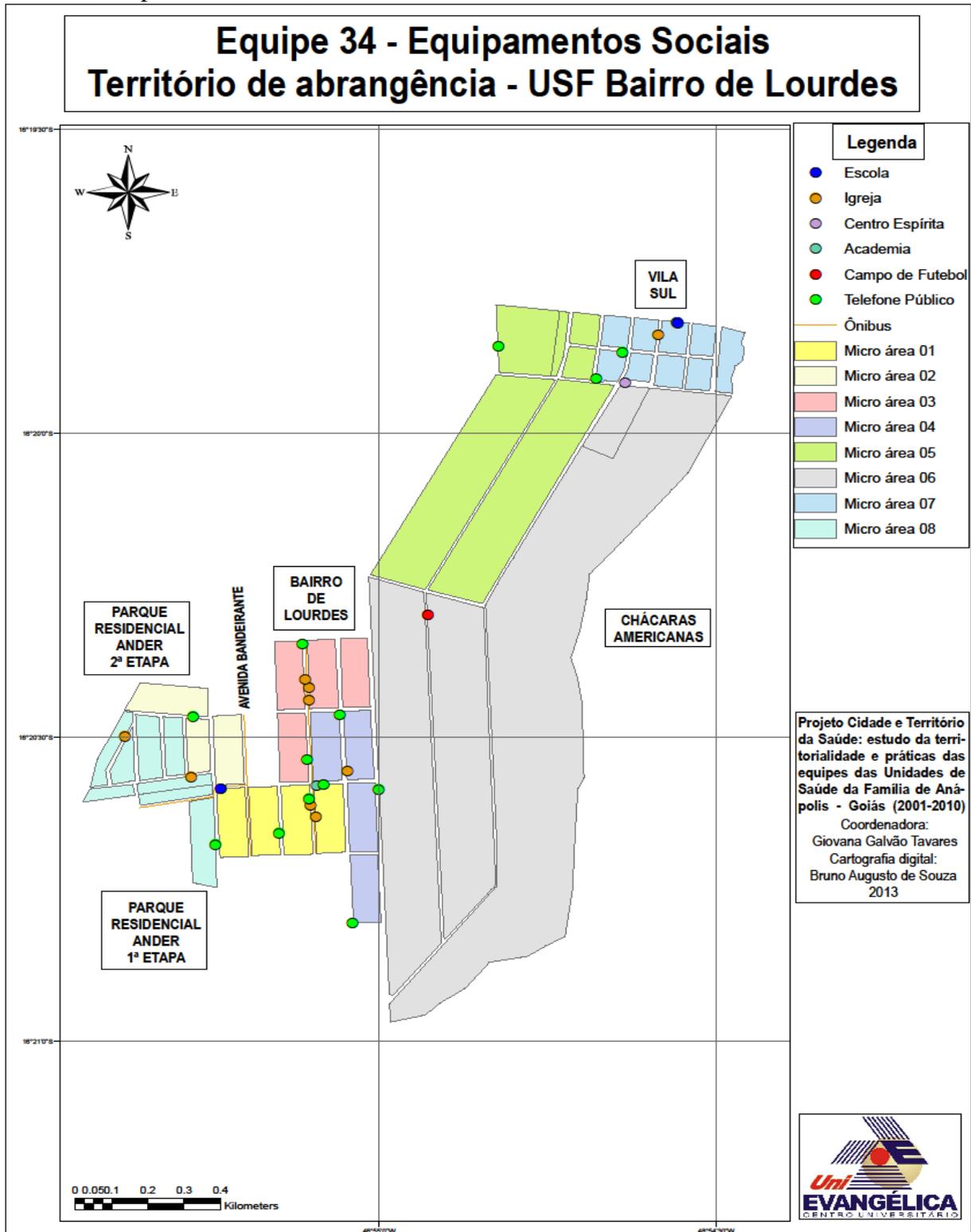


Figura 08. Equipamentos Sociais presentes no Território de abrangência da USF Bairro de Lourdes, Anápolis/GO, Brasil, 2014.



Ao analisar as distribuições geográficas desses equipamentos sociais, nas figuras 06, 07 e 08, nota-se que a maioria deles está no centro dos bairros, tendo o Bairro de Lourdes o maior número de equipamentos sociais, o que pode ser justificado pela importância econômica que se tem dessas áreas onde estão instalados tais equipamentos ou pelo fato de o Bairro de Lourdes ser o mais antigo entre todos os bairros que compõem o território. Essas áreas são mais valorizadas por contar com serviços importantes para a comunidade local como as linhas de ônibus, a USF, clínicas, farmácias, laboratórios, o posto policial, além da proximidade entre as igrejas. A presença dos equipamentos sociais faz com que aumente a circulação de pessoas e fortalece a economia do comércio local.

Por apresentar configuração importante, devemos fazer uma análise do equipamento social denominado escolas, separado dos demais, visto que as escolas são lugares que favorecem e aumentam os laços sociais, promovem o lazer educativo, além de promover as transformações socioeconômico-culturais dos alunos e, com isso, mudar a realidade local. Como mostra as figuras supracitadas, existem apenas três escolas distribuídas nos bairros e são distantes uma das outras, sendo que privilegiam os estudantes moradores das regiões leste e sul do Bairro de Lourdes, ficando os estudantes moradores das regiões norte e oeste em situação de desigualdade pela distância percorrida por eles até chegarem às escolas. Destaca-se que a longa distância das escolas, para uma determinada população de estudantes, pode servir como elemento desmotivador para frequentar a sala de aula, motivar a evasão escolar, além de oferecer riscos de trajeto tais como assaltos, agressões, abusos sexuais, acidentes em via pública.

Nota-se que a distribuição dos equipamentos sociais ainda permanece centralizada, favorecendo os moradores das regiões que fazem divisas entre o Bairro de Lourdes com Bairro Jóquei Clube e com o Jardim Palmares, e do Jardim Palmares com o setor Tropical. Essa centralidade pode ser justificada pelas "melhores condições" de infraestruturas dos bairros citados. Já a população que reside às margens destes bairros fica em situação de desigualdade de acesso aos principais equipamentos sociais.

Os moradores dessa região contam com as instalações da Fundação João Oliveira, instituição importante para o desenvolvimento educacional, cultural e para a prática da cidadania para a população local, para moradores de outros setores anapolinos, ou ainda, para aqueles que se interessarem pelos projetos da Fundação, oriundos de outros municípios. Se, por um lado, temos a Fundação João Oliveira que contribui com o processo da educação

local, por outro lado tem-se a preocupação com o número reduzido de escolas, sendo encontrada apenas uma escola para atender aos estudantes de toda essa região, e que, por sinal, ocupa uma grande extensão territorial.

As linhas de ônibus contemplam todos os setores, os percursos dos ônibus coletivos são bem distribuídos e definidos com conexões entre setores, exceto em parte dos Bairros Jóquei Clube e Chácaras Americanas que não têm linha de ônibus, dificultando o acesso destes moradores ao transporte público. Porém, nos demais setores, o acesso dos usuários aos meios de transporte é facilitado pela oferta do serviço de linhas de ônibus do sistema coletivo, que favorece o deslocamento entre os setores e desses para outros lugares da cidade.

As Chácaras Americanas, por se tratar de uma área com uma ampla extensão territorial composta por pequenas chácaras, conta com poucos equipamentos sociais. Foram observados apenas dois telefones públicos e um campo de futebol, sendo o campo bem estruturado que serve para as práticas de recreação, atividades físicas e lazer para crianças, adolescentes e jovens da comunidade local.

Para saber o perfil socioeconômico de uma população, devemos observar e analisar o contexto em que essa população está inserida, bem como o perfil demográfico para promover sua caracterização. Para obter melhor compreensão da quantidade dos equipamentos sociais encontrados no território de abrangência do Bairro de Lourdes, foi criado o quadro 04, que traz a somatória de todos esses equipamentos sociais, favorecendo uma visão geral, sendo que a quantidade e distribuição destes por um território diz muito sobre seu perfil e organização socioeconômica e demográfica.

Quadro - 04: Quantidade de equipamentos sociais presentes no território da ESF Bairro de Lourdes, Anápolis/GO, Brasil, 2014.

Equipamentos Sociais	Escola	Creche	Farmácia	Clínica Odontológica	Laboratório	Igreja	Academia	USF
Total	06	02	05	03	02	28	01	01
Equipamentos Sociais	Campo de Futebol	Ginásio de Esportes	Centro Espírita	Posto Policial	Fundação João Oliveira	Telecentro Comunitário	Telefone Público	
Total	02	01	02	01	01	01	53	

Fonte: Osmar Pereira dos Santos, 2014

Os dados referentes aos equipamentos sociais presentes em uma comunidade podem revelar muito sobre as condições de acesso à educação, saúde, lazer e segurança, que são elementos fundamentais para a qualidade de vida. Quando a população não tem acesso a esses equipamentos sociais, ela fica exposta a riscos, tais como o aumento da taxa de analfabetismo, doenças, violências nas ruas, mães sem condições para trabalho, sedentarismo e entre outros.

A quantidade de escolas presentes no território em estudo revela uma preocupação, pois são de acesso difícil devido às distâncias para os estudantes e tem-se um número pequeno para atender a toda a população estudantil. A educação desempenha um papel importante na vida das pessoas, pois é tida como o ato de ensinar e aprender, além de apresentar aspectos transformadores nas realidades sociais. Essa visão de importância da educação nas transformações do indivíduo e da sociedade não é recente, como pode ser notada nos estudos de Emediato (1978, p. 207):

A educação é vulgarmente considerada um importante instrumento impulsionador da transformação social. Segundo a teoria liberal, a educação foi sempre considerada uma via para a mobilidade social e a chave de progresso individual e social. Todavia, foi nos anos 60 que a educação principiou a atrair as atenções, de modo especial, dos economistas, dos políticos, dos organismos internacionais e dos movimentos revolucionários. Ocorreram certos acontecimentos que levaram a olhar mais de perto os processos e as instituições educacionais.

Atreladas às questões educacionais, estão às creches que podem ser consideradas poucas para atender ao número de crianças e mães dessa região. As mães moradoras de bairros carentes devem contar com instalações de creches em seus setores, para deixarem seus filhos enquanto trabalham, a fim de melhorar a renda familiar, dar dignidade aos seus filhos e a si própria.

Destaca-se que existe o registro de 7.508 crianças e adolescentes junto a ESF Bairro de Lourdes; desse total, existem 958 crianças em idade compatível com a permanência em creches, porém existem apenas duas creches no território, sendo que, se houvesse uma divisão igualitária, ficariam 479 crianças para cada uma das creches. Isso nos leva a questionar se existe uma preocupação com as questões sociais por parte dos gestores municipais? Os outros 6.550 são adolescentes em idade escolar, sendo que, para esses adolescentes, são oferecidas seis escolas. Havendo uma divisão igualitária, cada escola teria, em média, 1009 alunos matriculados. Diante desse cenário, ficam alguns questionamentos: existe educação de qualidade nessas escolas com esse quantitativo de alunos? Essas escolas são suficientes para

atender à demanda de alunos do território? Existe uma política educacional efetiva para o atendimento das necessidades desses alunos?

Os índices de criminalidade em Anápolis são altos, é o que revela a pesquisa de Tavares (2014) sobre “Diagnóstico sobre a realidade da criança e adolescência do município de Anápolis, GO”. Os registros da Delegacia de Proteção à Criança e ao Adolescente (DPCA) revelam as localizações das residências dos vitimados e das ocorrências dos crimes ligados a adolescentes que, muitas vezes, são locais distintos. Nestes registros, o Bairro de Lourdes ocupou o quarto lugar (3,21%) entre os lugares em que mais acontecem crimes contra adolescentes (TAVARES et al, 2014). Diante do resultado da pesquisa, questionamos o papel do poder público em relação à oferta de uma educação com qualidade e de fácil acesso para população local, e às políticas sociais de amparo às famílias mais carentes, e ainda, se o que tem sido feito é suficiente.

Os estabelecimentos de saúde estão presentes dentro do território de abrangência do Bairro de Lourdes, embora, de forma centralizada e com pouca quantidade. Destacamos a existência de uma Unidade de Saúde da Família, que conta com três equipes de saúde para atender a população local conforme recomendações do Ministério da Saúde.

A estratégia saúde da família vem sendo utilizada ao longo dos anos e tem como objetivo a prevenção de doenças, assistência coletiva e a formação de uma estratégia de educação e conscientização sanitária, contribuindo assim, para a melhoria da saúde da população atendida pelas equipes de saúde da família (COSTA, et. al., 2010). Isso justifica a instalação de uma UBSF com três equipes para atender a essa região tão populosa da cidade de Anápolis, embora já existam recomendações para ampliação das equipes de saúde, com uma nova UBSF em construção no setor Tropical, o objetivo é atender melhor à população do território que é imenso e o quantitativo populacional também.

Outra realidade interessante é a quantidade de igrejas encontradas na comunidade local, isso mostra que a população tem uma preocupação com a prática religiosa, ou pelo menos tem a preocupação em ter locais apropriados para o “encontro” com Deus. Por outro lado, algumas igrejas desse território apresentam outras configurações importantes de cunho social e de saúde, como a liberação do salão da igreja, quando não há eventos religiosos, para a UFS Bairro de Lourdes realizar algumas ações de saúde, tais como reuniões com hipertensos e diabéticos, pesagem de crianças, atendimento ao programa bolsa família entre outros. As

igrejas podem desenvolver outros papéis importantes na comunidade; isso foi evidenciado nos estudos de Silva & Rodrigues (2010, p.764) ao dizer que as:

[...] Igrejas Católicas existentes na área de abrangência do Centro de Saúde revelaram que a Igreja C é um importante equipamento social da região, visto que oferece à comunidade vários serviços prestados por voluntários. [...] Em um dos salões da Igreja C funciona uma biblioteca que foi fundada pela própria comunidade e atualmente é administrada pela prefeitura municipal. Nesta biblioteca, são desenvolvidos projetos de cultura e lazer. [...]. Em parceria com a mesma Igreja, profissionais voluntários prestam à comunidade atendimento médico, psicológico e fonoaudiológico. Além disso, outros voluntários ministram aulas de educação para jovens e adultos, aulas de instrumentos musicais e Yoga. Na igreja também há o Grupo de Terceira Idade B, no qual são desenvolvidas, semanalmente, atividades físicas, educativas e de lazer.

Diante do exposto, fica evidente que as igrejas têm cumprido o seu papel social, buscando o bem estar físico e espiritual da população local, através de eventos que incentivam as práticas religiosas, lazer e saúde, configurando sua responsabilidade social local.

A população conta com um posto policial localizado no Bairro de Lourdes, de forma centralizada, além das rondas policiais feitas por viaturas da polícia militar, gerando uma sensação de segurança para a comunidade, dando credibilidade e legitimidade ao policiamento local no combate à violência.

A polícia militar tem como funções principais inibir possíveis atos criminosos a partir da sua presença visível (por isso o uso de uniforme) e constante (policiamento ostensivo) nos espaços públicos, e quando necessário, localizar infratores e efetuar prisões de acordo com lei (BRASIL, 2009, p.17).

Já no que se referem à comunicação, os telefones públicos estão espalhados por todos os setores da região, de forma homogênea na grande maioria, o que nos dá a ideia de acesso fácil aos meios de comunicação. Esses equipamentos apresentam-se em boas condições de uso e de conservação. Embora seja momento de predomínio da telefonia móvel, a qual vem facilitando o ato da comunicação entre as pessoas de qualquer lugar que esteja devido à flexibilidade e facilidade de acesso, não se pode esquecer que o telefone público ainda se faz necessário na comunidade para facilitar a comunicação, principalmente, das comunidades mais carentes. A fim de promover a universalização desse serviço, o Governo Federal lançou o plano geral de metas para a universalização do serviço telefônico fixo prestado no regime público. Brasil (2011b) acrescenta que se entende por universalização o direito de acesso de toda pessoa ou

instituição, independentemente de sua localização e condição socioeconômica, ao serviço telefônico fixo, destinado ao uso do público em geral, criado pelo Decreto nº 7.512, de 30 de Junho de 2011, com validade até 2015.

Figura 09. Organização Urbana do Território de abrangência da USF Bairro de Lourdes, Anápolis/GO, Brasil, 2014.

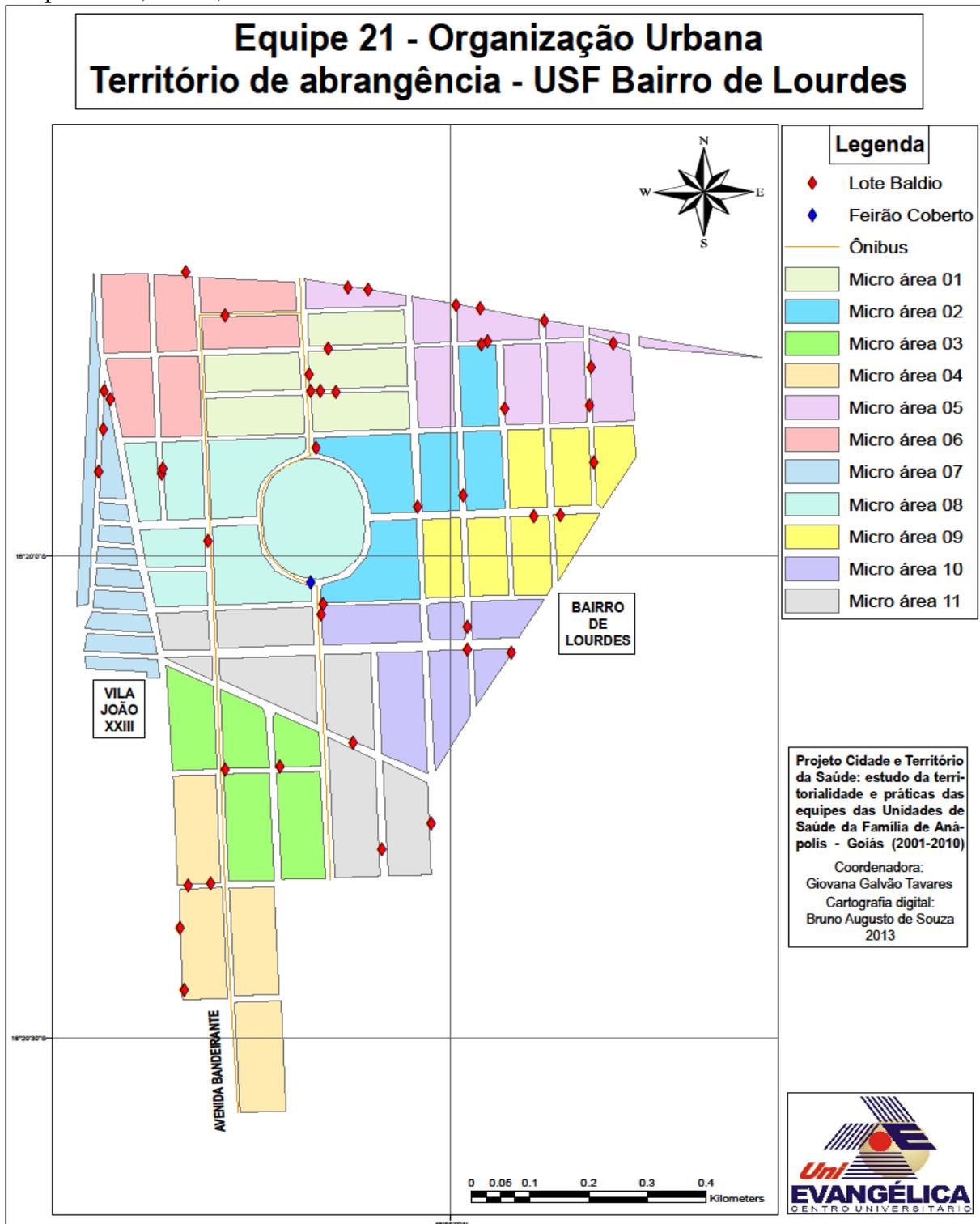
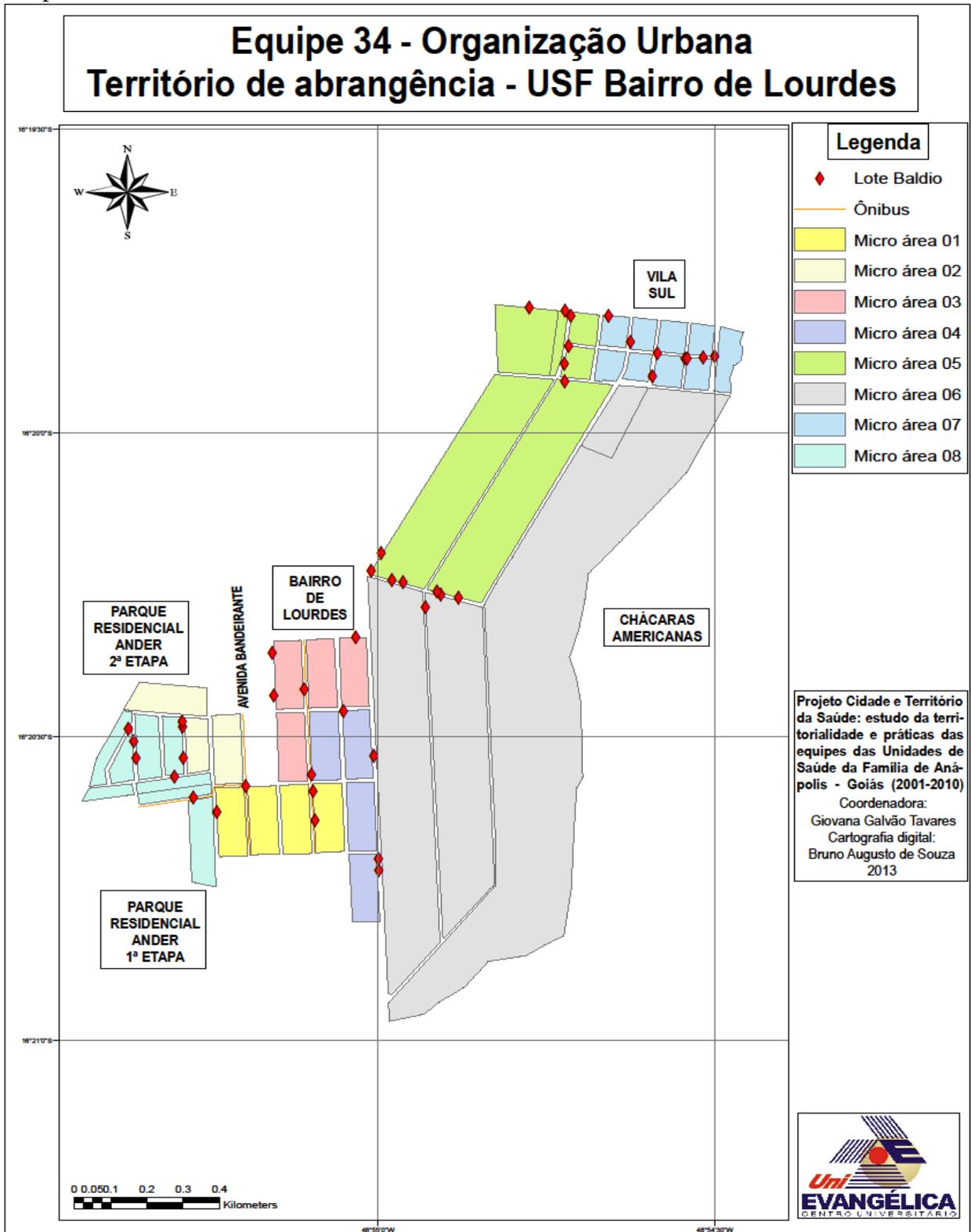


Figura 11. Organização Urbana do Território de abrangência da USF Bairro de Lourdes, Anápolis/GO, Brasil, 2014.



A organização urbana mostrada nas figuras 09, 10 e 11 refere-se às linhas de ônibus e aos lotes baldios. Quanto à oferta de linhas de ônibus, a maioria das áreas do território

estudado é atendida pelos serviços de transportes coletivos. Porém, existem algumas áreas que não dispõem de linha de ônibus, o que, em síntese, gera transtornos e dificuldades pela distância a ser percorrida pelos moradores até chegar às ruas onde estão os pontos de embarque e desembarque para o transporte coletivo.

Vale ressaltar que essa população não beneficiada com linhas de ônibus está exposta a riscos que podem surgir durante o trajeto, pois, nas ruas, existe um grande número de veículos em circulação, com velocidade considerada alta para a localidade, além de uma sinalização de trânsito deficitária. Os riscos são maiores ainda para os idosos, que representam 10% do total da população, devido às condições estruturais das calçadas que não são alinhadas e não estão dentro dos padrões de segurança, em sua maioria, para que as pessoas possam caminhar pelas calçadas, ficando como alternativa o uso das ruas para caminhar, surgindo uma competitividade entre pedestres, ciclistas, motociclistas e automóveis.

No território estudado, foram encontrados vários lotes baldios em quase todas as áreas. Os lotes baldios configuram-se como problemas de segurança e de saúde pública, pois os mesmos contam com mato alto e servem como depósito de lixo para moradores circunvizinhos. Quando associados à segurança pública, os terrenos baldios podem servir como esconderijo para marginais e delinquentes praticarem assaltos, ou após a realização de qualquer tipo de violência. São considerados problemas de saúde pública quando abrigam lixo do tipo de saco plástico, copo descartável, embalagem de refrigerante ou qualquer recipiente que leva ao acúmulo de água, sendo que água parada e temperatura alta torna-se local propício para a proliferação de mosquito *Aedes Aegypti*, que é o transmissor do vírus da dengue.

Figura 12: Registros fotográficos de lotes baldios no território de abrangência de USF Bairro de Lourdes em Anápolis/GO, Brasil, 2014. Em (A), (B), (C) e (D) são observados lotes baldios servindo como destino para lixo domiciliar.





Fonte: Osmar Pereira dos Santos, 2014.

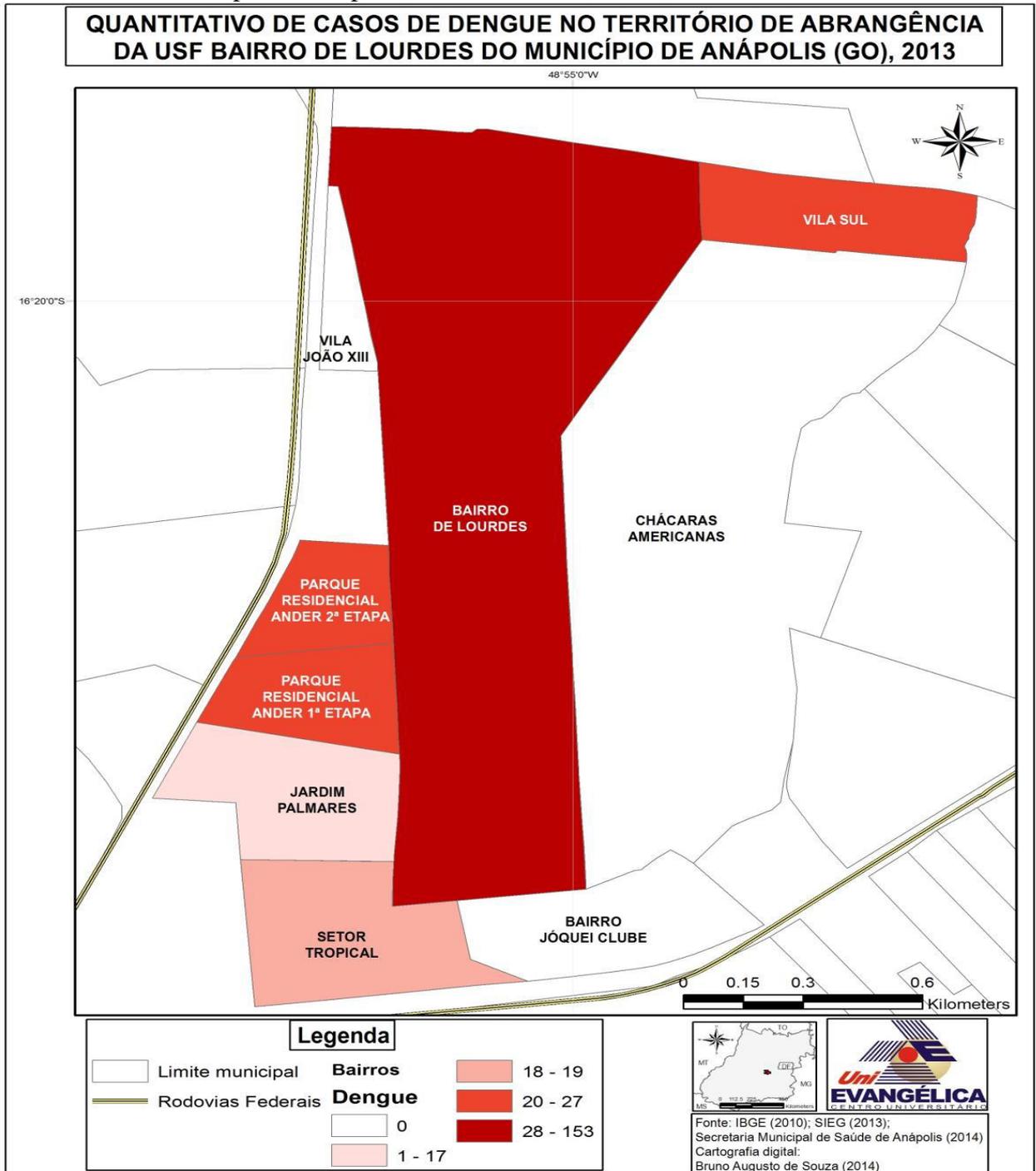
A dengue é uma doença causada por um arbovírus, membro da família Flaviridae, gênero Flavivírus, cujo genoma é composto por RNA. Conhecem-se, atualmente, quatro sorotipos distintos: vírus DEN-1, DEN-2, DEN-3 e DEN-4. A infecção pelo vírus da dengue torna-se motivo de preocupação devido às formas clínicas, que podem ser inaparentes ou chegar a formas graves com a Febre Hemorrágica do Dengue (FHD), em alguns casos levando à morte pessoas infectadas pelo vírus da dengue (BRASIL, 2013).

A dengue é uma doença de notificação compulsória determinada pelo Ministério da Saúde, que acrescenta ainda a notificação compulsória imediata da dengue nas seguintes situações: Dengue com complicações (DCC); Síndrome do Choque da Dengue (SCD); Febre Hemorrágica da Dengue (FHD); Óbito por Dengue; Dengue pelo sorotipo DENV 4 nos estados sem transmissão endêmica desse sorotipo (BRASIL, 2011). O Ministério da Saúde se preocupa com o manejo da dengue, podendo isso ser percebido através das publicações das portarias, manuais e divulgações em campanhas, em rede nacional, para atingir a população em massa.

Os números de casos de dengue no Brasil são elevados, o que caracteriza situação de epidemia na maioria das cidades brasileiras, podendo-se incluí-la como um grave problema de saúde pública ligada diretamente aos maus hábitos de moradores como jogar lixo nos quintais, em lotes baldios e entre outros, além da organização urbana e da infraestrutura das cidades. De acordo com boletim epidemiológico sobre os números de casos de dengue em Anápolis,

no ano de 2013, foi gerado um mapa (Figura13) que demonstra o perfil e os registros desta doença no território de abrangência do Bairro de Lourdes.

Figura 13. Quantitativo de Dengue confirmado no Território de abrangência da USF Bairro de Lourdes no município de Anápolis, estado de Goiás, Brasil, 2013.



Fonte: IBGE, 2010; SIEG, 2013.

Em Anápolis, no ano de 2013, segundo o Informe epidemiológico de Anápolis no mesmo ano, foram notificados 8742 casos suspeitos de dengue com 4753 casos (54%) confirmados, desses 2232 casos foram encerrados por critério laboratorial e 6242 por critério clínico-epidemiológico, conforme orientação do protocolo do Ministério da Saúde. Foram confirmados quatro óbitos por dengue, encerrados pelo Comitê Estadual da Dengue, em fevereiro de 2014. Outros dois óbitos constam em investigação, aguardando parecer do Comitê Estadual da Dengue (ANÁPOLIS, 2013).

Segundo o mesmo informe epidemiológico, foram confirmados 153 casos de dengue no território de abrangência da USF Bairro de Lourdes, desses 153 casos, 126 foram confirmados no Bairro de Lourdes, representando 82,3% dos casos e ocupando o primeiro lugar em números de casos de dengue. Em segundo lugar ficou o Jardim Palmares com 17 casos confirmados, representando 11,1% dos casos. O Parque Residencial Ander — 1ª e 2ª Etapa e a Vila Sul obtiveram 08 casos confirmados, representado 5,2% dos casos confirmados. Já o Setor Tropical é o bairro que menos teve casos de dengue confirmados, sendo apenas 02 casos que representa 1,3% dos casos confirmados pela USF.

O controle da dengue requer medidas voltadas para as políticas públicas de saúde, relacionada a este agravo. Embora, esse controle esteja vinculado à saúde pública, ele apresenta mais características de controle social, pois o combate à dengue exige uma consciência individual e coletiva de boas práticas no desenvolvimento de estratégias de alcance local. Para Nascimento (2013, p.02):

O efetivo controle da dengue em todo o país se dá na medida em que se enfatiza a responsabilidade social no resgate da cidadania numa perspectiva de que cada cidadão é responsável por si e pela sua comunidade.

O compromisso no controle da dengue é do indivíduo e de toda a população em parceria com os gestores públicos, principalmente o local, em busca de diminuição dos números de casos, refletindo como ganho para toda a sociedade.

Diante do cenário encontrado no território de abrangência do UBSF Bairro de Lourdes, fazem-se necessários os seguintes questionamentos: a) este território pode ser considerado como um território da saúde? b) pode ser considerado território que contribui para o surgimento de doenças? c) o trabalho desenvolvido pela UBSF faz desse um território da saúde? Estes questionamentos nos levam a uma reflexão sobre o real papel da ESF dentro de um território, principalmente, relacionado ao vínculo com a comunidade e a capacidade em

promover saúde, dentro deste espaço de abrangência que é de responsabilidade desta(s) equipe(s).

Figura 14. Distribuição do Saneamento no Território de abrangência da USF Bairro de Lourdes, Anápolis/GO, Brasil, 2014.

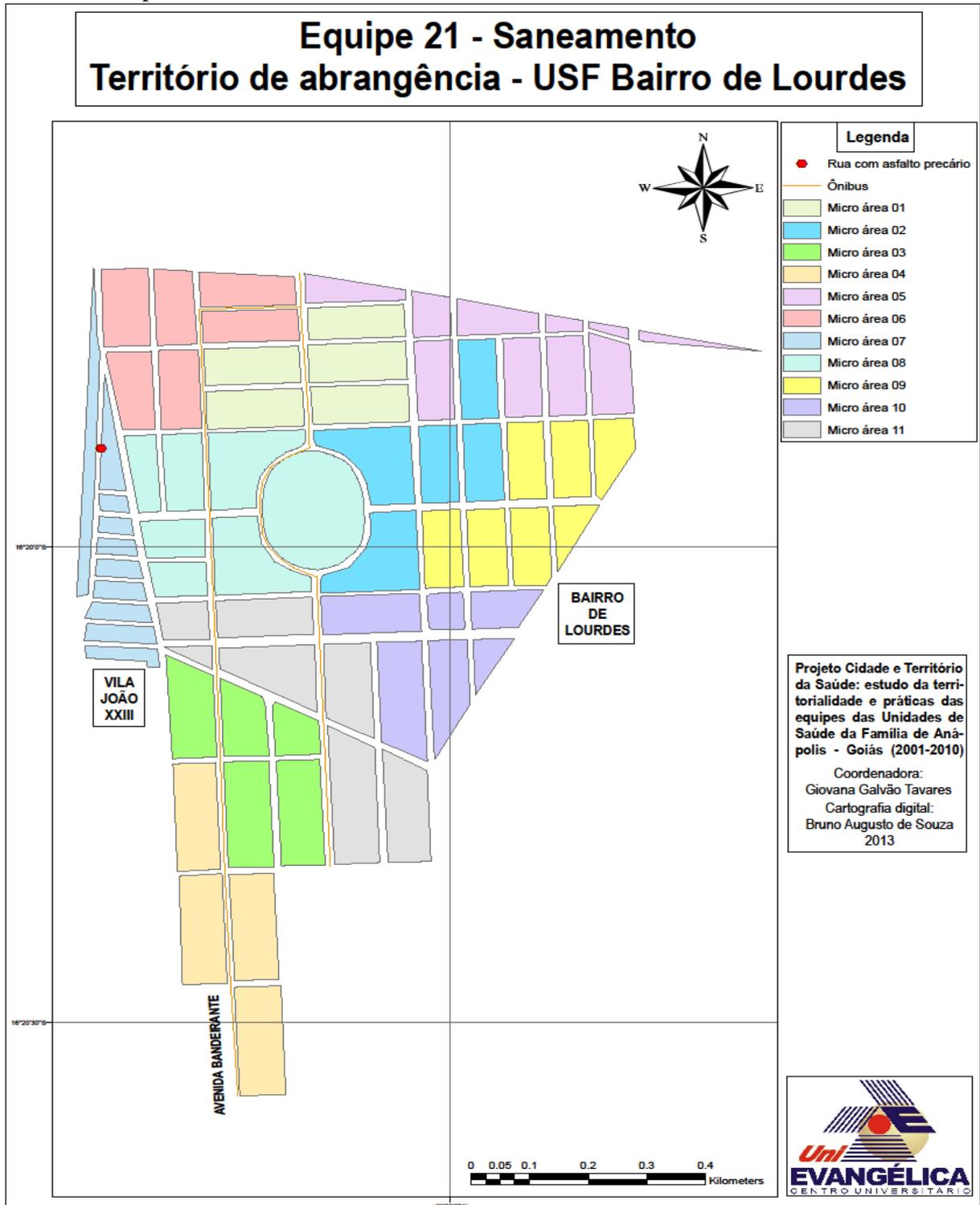
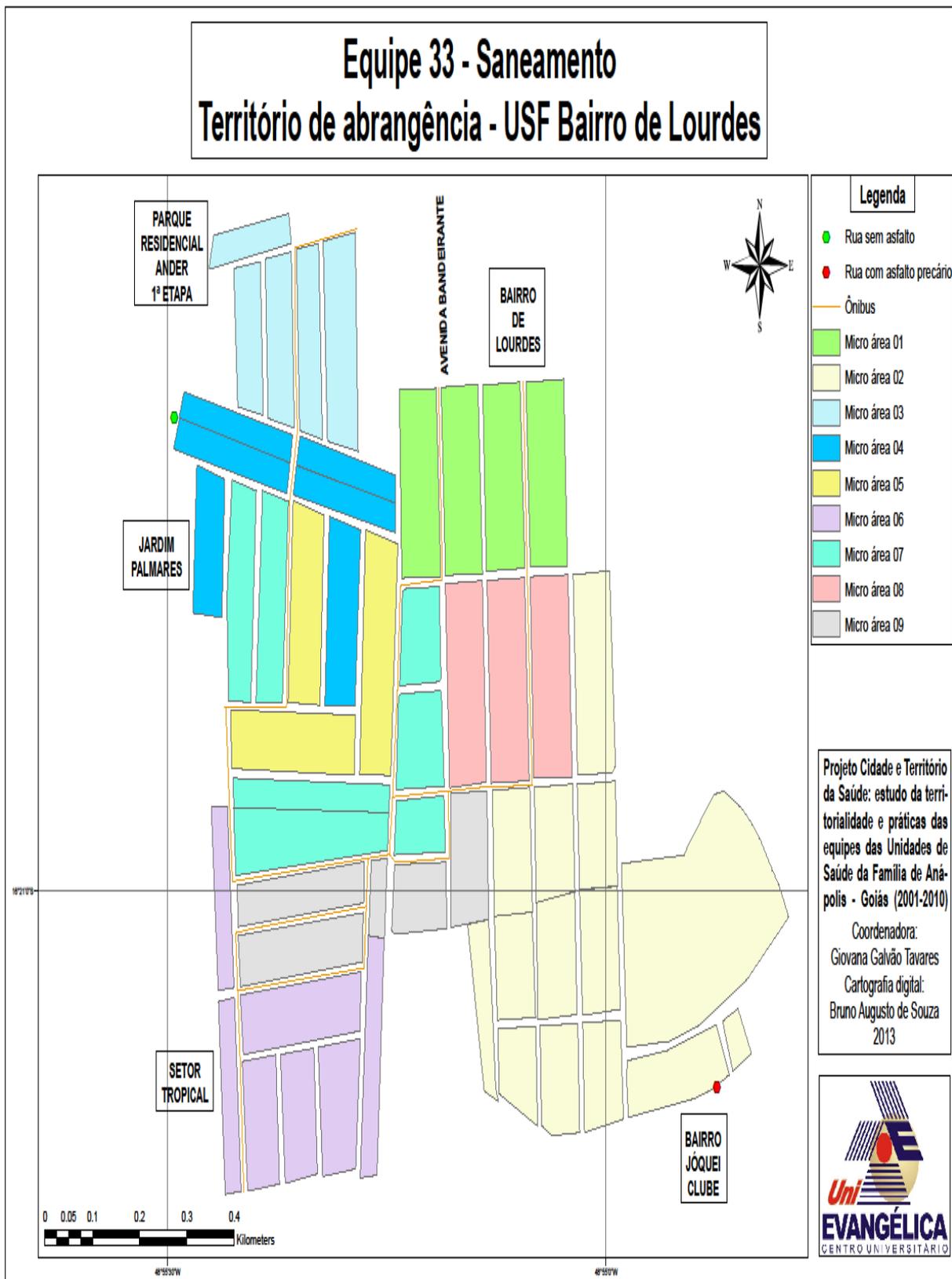


Figura 15. Distribuição do saneamento no Território de abrangência da USF Bairro de Lourdes, Anápolis/GO, Brasil, 2014.



Quando analisadas as condições de saneamento, foram encontrados problemas estruturais como ruas de asfalto precário, abastecimento e tratamento de água, destino adequado do lixo e outros. Das ruas do território de abrangência Bairro de Lourdes, que fica sob a responsabilidade da ESF 21, foi encontrada apenas uma rua com asfalto precário situado na microárea 07 da faixa territorial da Vila João XXII, sendo um ponto positivo para a qualidade de vida dos moradores, por facilitar a locomoção e o acesso dos moradores ao trabalho, às atividades de lazer e aos equipamentos sociais presentes no território.

Ainda no estudo do saneamento, percebe-se que, nas últimas décadas, sempre houve uma preocupação com as questões relacionadas ao saneamento e ao meio ambiente, o que tem se intensificado nos últimos anos. As questões mais preocupantes estão ligadas à qualidade da água para o consumo humano, destino do lixo, sistema de esgoto entre outros. Embora, essas ações de melhorias tenham sido observadas no território de abrangência da ESF Bairro de Lourdes, ainda encontramos problemas estruturais relacionados ao saneamento, tais como a forma de fornecimento e tratamento de água, destino do lixo, sistema de esgoto, sendo tais informações encontradas no Sistema de Informação de Atenção Básica – (SIAB, 2013).

Segundo o consolidado de famílias cadastradas, o abastecimento de água na região é feito pela rede pública para 95,34% das famílias, pois 4,35% das famílias utilizam água de poços e nascentes. Com a menor representatividade, 0,32% das famílias usam outras formas de abastecimento de água. Como tratamento de água no domicílio para o consumo, 90,67% das famílias utiliza a filtração, 1,26% fervura, 1,03% cloração, e 7,04% usam água sem tratamento disponível no (SIAB, 2013).

Segundo o Ministério da Saúde (2006), é nos domicílios que os níveis de contaminação da água mais acontecem pela precariedade das instalações hidráulico-sanitárias, pela falta de manutenção dos reservatórios e pelo manuseio inadequado da água pela população.

Em relação ao destino do lixo, 99,76% das famílias utilizam a coleta pública para o destino final do lixo gerado por elas, sendo que uma minoria de 0,24% famílias queima ou enterram seus lixos. Já para o destino das fezes e urina, 91,62% das famílias utilizam fossas para o destino final de suas eliminações, sendo que 8,30% usam o sistema de rede de esgoto, e apenas uma família — 0,08% — destinam suas fezes e urinas são a céu aberto (SIAB, 2013).

Embora pareça pouco o número de famílias que usam água de poços/nascentes e sem tratamento, associadas as que disseram usar fossa ou céu aberto como destino final para suas

fezes e urina, acrescentado de inúmeros lotes baldios com presença de lixo depositado, pode-se justificar o número de diarreia e dengue encontrados na região.

Na figura 14, constatou-se que, nesse território, existem pequenos problemas estruturais de saneamento. Embora os pontos sejam positivos na avaliação do asfalto para o saneamento, por apresentar quase todas as ruas asfaltadas e em bons estados de conservação, deve-se destinar uma atenção especial aos moradores que residem nas ruas sem asfalto ou com asfalto em condições precárias, sendo, na verdade, minoria da população, porém, podem apresentar sofrimentos com as condições do local e se sentirem abandonos pelo poder público.

A situação da área 02, que se situa no Bairro Jóquei Clube, é um pouco mais preocupante, pois, além de ser um bairro distante, não conta com linha de ônibus em maior parte do setor, acrescentado, ainda, uma rua com asfalto precário, o que nos leva a acreditar em um possível abandono por parte dos gestores públicos municipais.

Foi investigada a situação do abastecimento de água para as famílias residentes destes bairros, sendo que 97,18% das famílias utilizam a rede pública como forma de abastecimento de água, 2,73% das famílias usam poços ou nascentes e 0,09 das famílias usam outras formas de abastecimento de água. O tratamento usado para essa água no domicílio foi a filtração com 95,27% das famílias; 0,64% usam a fervura; 0,27% usam a cloração e 3,83% usam água sem tratamento (SIAB, 2013).

Quando o assunto é destino do lixo produzido no domicílio, 99,82% das famílias utilizam o serviço de coleta pública; já 0,09% queimam/enterram e outros 0,09% das famílias jogam seus lixos a céu aberto. O destino das eliminações das fezes e urina pela maioria das famílias é o uso de fossa, com representatividade de 74,34%, sendo que 24,84% usam o sistema de rede de esgoto e 0,82% das famílias depositam as fezes e urina a céu aberto (SIAB, 2013).

O destino correto do lixo não é só uma questão de saneamento básico ou de meio ambiental, é também uma questão de educação, principalmente, pois é através da educação que conseguimos transformar a realidade local de uma comunidade e apontar a ela novos caminhos para uma organização do território em que se habitam.

Ainda no mesmo consolidado, foram encontradas as seguintes situações de abastecimento e tratamento da água utilizada pelas famílias, pertencentes à ESF 34: no que se refere ao abastecimento de água, 89,42% das famílias usam a rede pública, sendo que outros 10,58% de famílias usam poços ou nascentes como fonte de fornecimento de águas. O

tratamento da água no domicílio mais utilizado pelas famílias foi a filtração com 93,96%, a cloração utilizada por 2,79% das famílias, a fervura utilizada por 0,65% das famílias sendo que 2,60% das famílias utilizam água sem tratamento (SIAB, 2013).

A água é elemento fundamental para a sobrevivência dos seres vivos. Como o corpo humano é composto, aproximadamente, por 75% de água, é considerada como elemento vital e deve estar dentro dos padrões de potabilidade¹. Diante da importância que a água exerce na vida das pessoas, é fundamental destinar uma preocupação com a qualidade da água para o consumo humano, pois, se não tratada, pode oferecer risco à saúde da população. Segundo Sousa (2002, p.09), a água não tratada pode acarretar:

Riscos relacionados com a ingestão de água contaminada por agentes biológicos (bactérias, vírus e parasitos), através de contato direto, ou por meio de insetos vetores que necessitam da água em seu ciclo biológico. Riscos derivados de poluentes químicos e radiativos, geralmente efluentes de esgotos industriais, ou causados por acidentes ambientais. Os principais agentes biológicos encontrados nas águas contaminadas são as bactérias patogênicas, ou vírus e os parasitos e helmintos [...].

Associado à qualidade da água, tem-se o destino dos resíduos sólidos produzidos pelas famílias moradoras dos bairros que compõem todo o território de abrangência da UBSF Bairro de Lourdes. Segundo o SIAB (2012), das famílias 99,07% utilizam a coleta pública, 0,46% das famílias tem o hábito de queimá-los ou enterrá-los e outros 0,46% jogam a céu aberto. Como destino de suas eliminações fezes/urina, 93,41% das famílias usam fossa, o sistema de esgoto é usado por 4,92%, e 1,67% das famílias depositam sua fezes/urina a céu aberto. A forma de desprezar o lixo produzido no domicílio diz muito sobre os hábitos e costumes de uma comunidade.

Segundo Mucelin (2008), a cultura de um povo ou comunidade caracteriza a forma de uso do ambiente, os costumes e os hábitos de consumo de produtos industrializados e da água. No ambiente urbano, tais costumes e hábitos implicam na produção exacerbada de lixo e a forma com que esses resíduos são tratados ou dispostos no ambiente geram intensas agressões aos fragmentos do contexto urbano, além de afetar regiões não urbanas.

¹Padrões de potabilidade: São normas em estabelecem os Valores Máximos Permissíveis (VMP) com que elementos nocivos ou características desagradáveis podem estar presentes na água, sem que se torne inconveniente para o consumo humano (SOUSA, 2002).

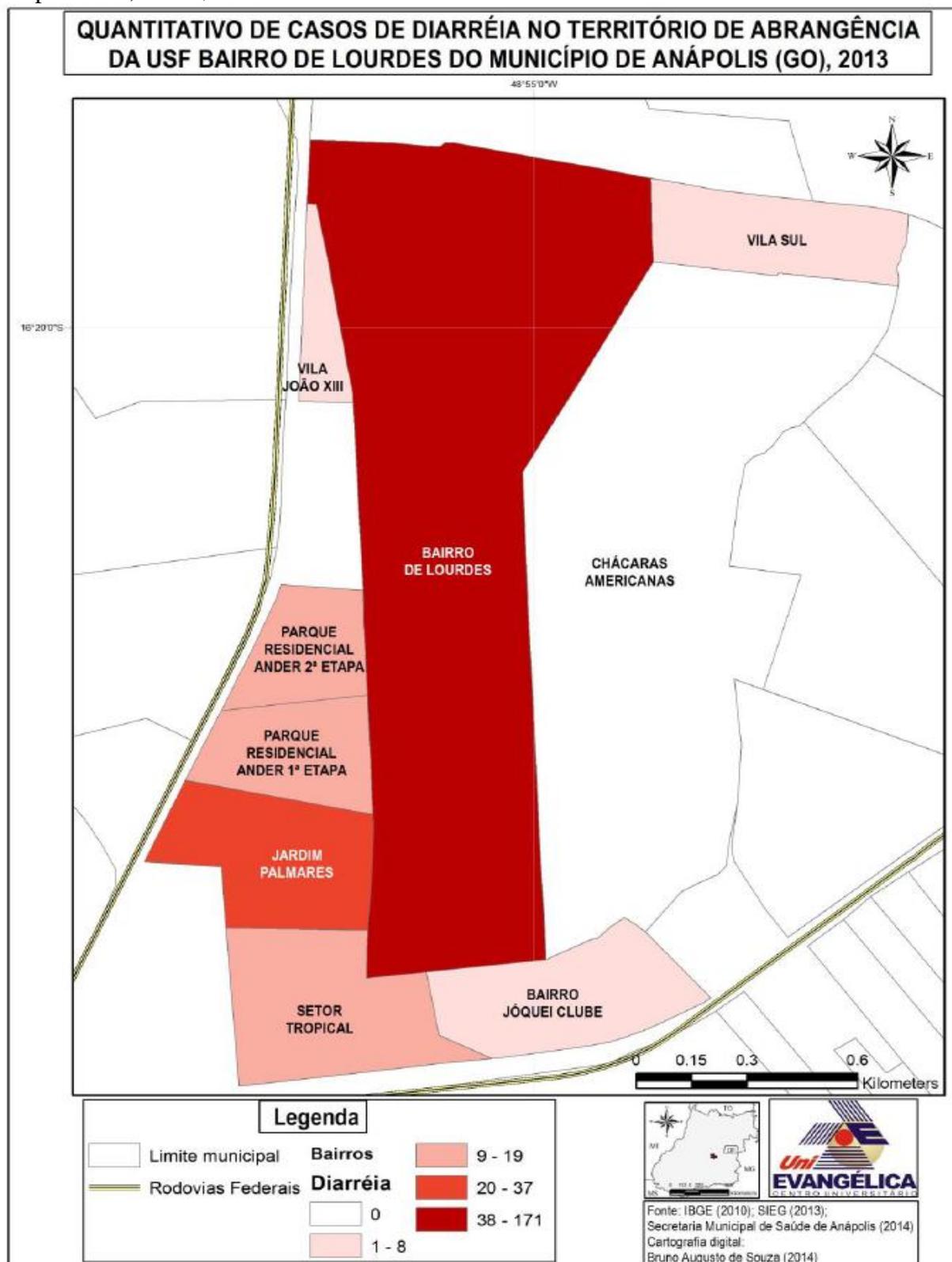
O acúmulo de lixo e água não tratada são elementos favorecedores ao aparecimento de diarreias. Pois, segundo Moutinho et al. (2009), nesse contexto, é sabido que a diarreia infecciosa aguda pode ser determinada por vários fatores, inclusive a água de abastecimento não tratada ou fora dos padrões microbiológicos preconizados. Ainda para os mesmos autores, o processo saúde-doença desenvolve-se no espaço historicamente construído, o território, tendo como determinantes fatores ambientais, culturais, geográficos, biológicos, sanitários e socioeconômicos.

A água contaminada pode prejudicar a saúde das pessoas nas seguintes formas de transmissão: através da ingestão direta, na forma de ingestão de alimentos, pelo seu uso na higiene pessoal, no lazer e na agricultura (RIBEIRO & ROOKE, 2010). A diarreia se enquadra no grupo de transmissão pela via oral-fecal.

A diarreia aguda é definida como uma síndrome causada por vários agentes etiológicos, como bactérias, vírus e parasitas, cuja manifestação predominante é o aumento do número de evacuações, com fezes aquosas ou de pouca consistência, geralmente acompanhada de vômito, febre e dor abdominal. Apresenta duração entre 02 a 14 dias. As formas variam desde leves, moderadas ou graves, com desidratação e distúrbios hidroeletrólíticos, principalmente quando associado à desnutrição (BRASIL, 2008; PIACENTINI, 2012).

A figura 17 mostra o número de casos de diarreia aguda registrados no território de abrangência da UBSF Bairro de Lourdes, no ano de 2013. No ranque com o maior número de casos de diarreia registrados, está o Bairro de Lourdes com 78,4% dos casos, o que se pode justificar por ser o bairro mais populoso do território. Em segundo lugar, está o setor Jardim Palmares com 10,5% dos casos. Já os setores Parque Residencial Ander 1ª e 2ª Etapa ficaram em terceiro lugar, com 6,4% do total de casos. Com o menor número de casos ficou a Vila João VIII, Vila Sul e Bairro Jóquei Clube, com 4,7% dos casos. No setor Chácaras Americanas, não foi registrado caso de diarreia aguda, o que pode ser justificado pelo fato de ser um setor de pequenas chácaras, em sua grande maioria, ou por ter sido subnotificados.

Figura 17. Quantitativo de Diarreia no Território de abrangência da USF Bairro de Lourdes, Anápolis/GO, Brasil, 2013.



Fonte: IBGE, 2010; SIEG, 2013.

Diante da magnitude do problema, o monitoramento das doenças diarreicas agudas é objeto de pactuação entre o Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, através da Programação Pactuada Integrada de Vigilância em Saúde (PPI/VS) e através do seu item Monitoramento de Doenças Diarreicas Agudas (MDDA), que prevê investigação epidemiológica profunda e confecção de relatórios em todas as semanas epidemiológicas (MOUTINHO et al., 2009).

O acúmulo dos resíduos sólidos nos domicílios, nos lotes baldios e nas ruas serve como fonte de alimentação e de proliferação de vetores, como os ratos, as moscas, os mosquitos, as aves e as baratas. A invasão desses vetores em ambientes do habitat humano pode causar várias doenças, como febre tifoide, salmonelose, cólera, amebíase, diarreia entre outras, o que configura riscos à saúde da população.

Segundo Ribeiro & Rooke (2010), os ratos são roedores que transmitem doenças através da mordida, urina e fezes, ou através da pulga que vive no próprio corpo do rato. As doenças transmitidas por esses roedores são a peste bubônica, tifo murinho, leptospirose. Já a mosca transmite, por via mecânica (através das asas, patas e corpo) e através das fezes e saliva, provocando a febre tifoide, salmonelose, cólera, amebíase, diarreia e disenteria, giardíase. Os mosquitos transmitem doenças através da picada da fêmea, produzindo doenças como a malária, leishmaniose, febre amarela, dengue, filariose. Já as aves têm como meio de transmissão as fezes, que leva ao surgimento de toxoplasmose. As baratas são insetos que, na forma de vetor, tem dois mecanismos de transmissão de doenças, a primeira por via mecânica (através das asas, patas e corpo); a segunda, através das fezes, produzindo doenças como a febre tifóide, cólera, e giardíase.

Dentre vários vetores, desatacam-se as baratas, por ser um tipo de vetor que contribui para o surgimento de várias doenças, além disso, associado a elas existe outro agravo de saúde pública que é o surgimento de escorpião, pois as baratas são fontes de alimentos dessa espécie animal peçonhenta. Segundo Cupo; Azevedo-Marques; Hering (2003), o surgimento de escorpião em área urbana pode causar acidentes, através da picada do animal, causar manifestações clínicas locais: dor, eritema, edema, etc., ou sistêmicas tais como: cefaleia, crise convulsiva, tremores, espasmos musculares, arritmias cardíacas, taquicardia, falência cardiocirculatória e edema agudo, podendo evoluir para óbito.

O controle de vetores e dos animais peçonhentos é de extrema importância para a saúde pública e saúde da população, sendo este controle de responsabilidade da gestão local,

estadual e da união, de acordo com a competência de instância, além da participação da comunidade. Segundo Ribeiro &Rooke (2010), o bom controle vetorial reduz risco à saúde, a saber: redução da mortalidade infantil e da mortalidade geral, levando ao aumento da vida média do homem, prevenindo doenças cuja transmissão esteja relacionada aos vetores e preservando as condições de conforto à vida humana.

Figura 18. Degradação Ambiental presente no Território de abrangência da USF Bairro de Lourdes, Anápolis/GO, Brasil, 2014.

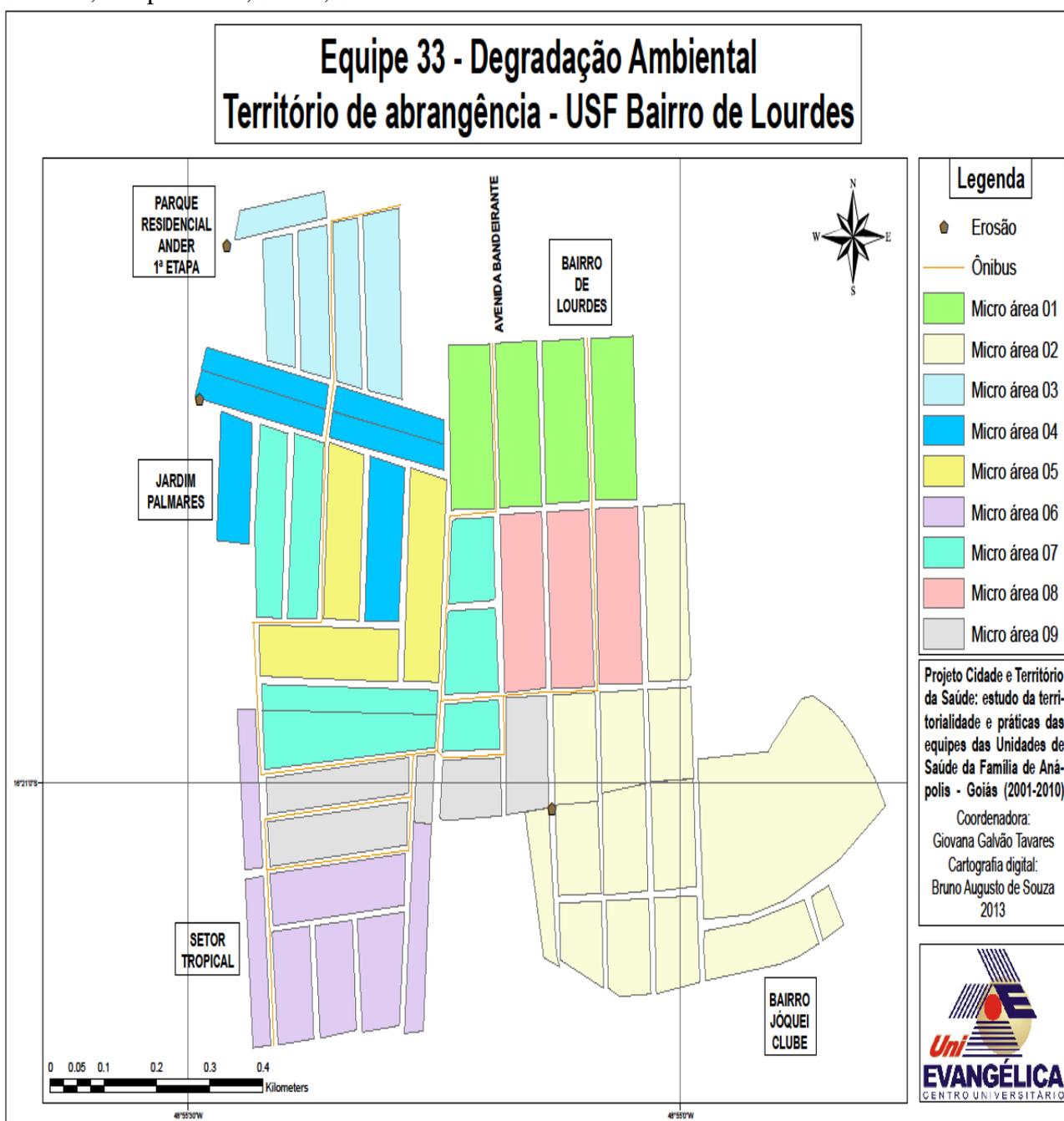
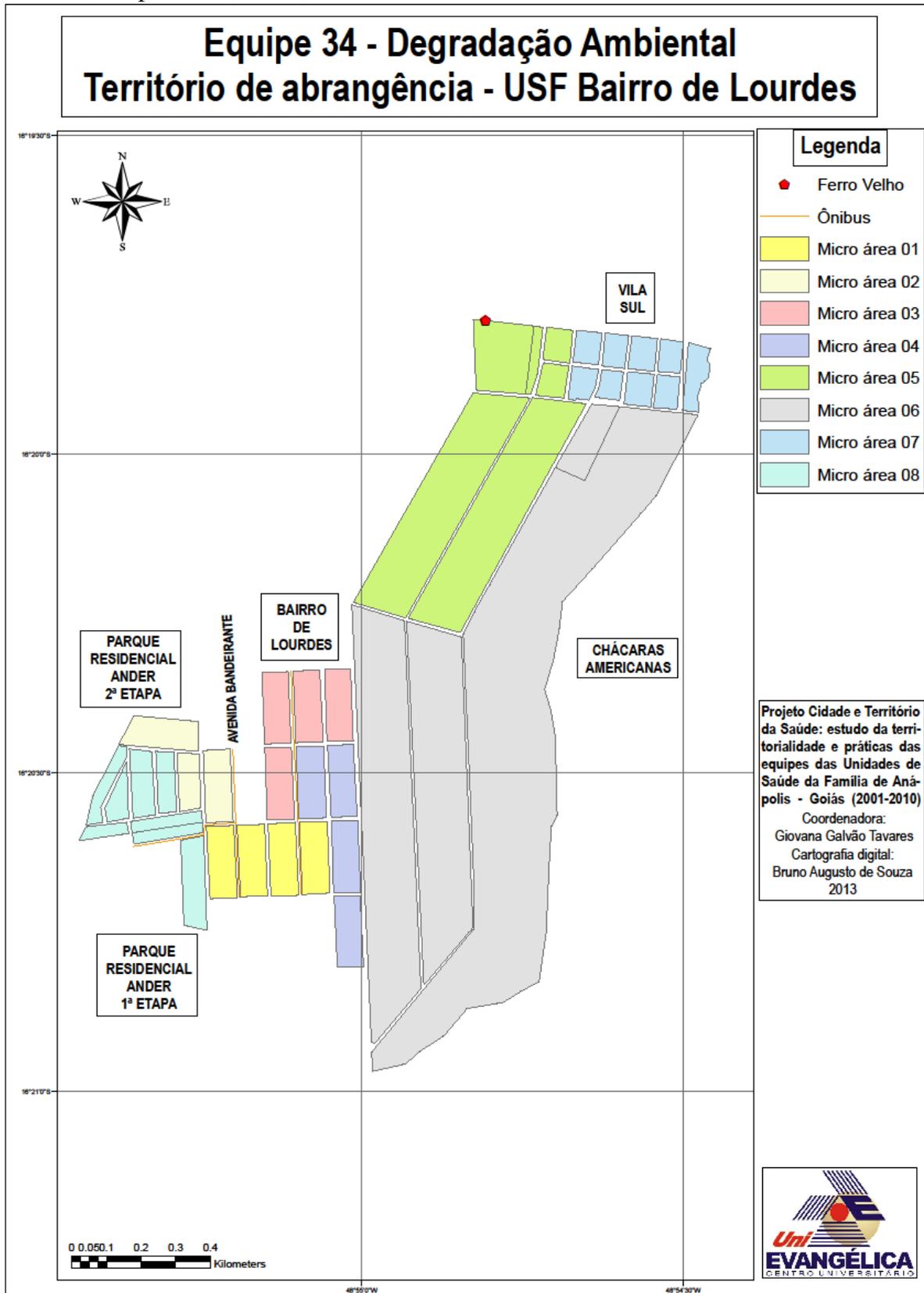


Figura 19. Degradação Ambiental presente no Território de abrangência da USF Bairro de Lourdes, Anápolis/GO, Brasil, 2014.



No que se refere à degradação ambiental, observamos que existem erosões importantes localizadas nos bairros Jóquei Clube, Parque Residencial Ander 1ª Etapa e Jardim Palmares, respectivamente. Vale ressaltar que a erosão da área 02 atinge uma pequena parte da área 09.

A erosão pode ser definida de diferentes formas; a primeira como um acontecimento de ocorrência natural que condiciona a formação das estruturas do relevo da superfície da Terra. A erosão, quando ocorre de forma natural, é classificada como gradual e lenta, tendendo o solo a uma condição relativamente mais estável. Já a forma de erosão acelerada é de processo rápido e destrutivo, iniciado pelo próprio homem, onde as taxas de remoção superam as taxas de formação ou gênese dos solos. Em escala mundial, entre a erosão promovida por atividades não agrícolas e agrícolas, tem-se o predomínio das atividades agrícolas (VALLE JUNIOR & GALBIATT, 2008).

Erosão em áreas urbanas (em sulco e ravina) pode ter como causas a impermeabilização do solo, canalização, acúmulo de lixo, ocupação de leitos, supressão das matas ciliares, ocupação de encostas, entre outros. Como consequência pode ocorrer o assoreamento de rios, assoreamento de reservatórios e barragens, aumento do risco de enchentes, comprometimento dos mananciais, contaminação do lençol freático, perda da biodiversidade dos ecossistemas aquáticos, o que caracteriza riscos ambientais (CAPOANE, 2012; FERNANDES & LIMA, 2007).

Quando ocorrem enchentes, concomitantemente, pode ocorrer contaminação biológica da água para consumo humano, comprometimento da rede e fontes alternativas de abastecimento de água, dos serviços de coleta e tratamento de esgoto, bem como dos serviços de coleta e disposição do lixo como também alteração nos ciclos dos vetores, hospedeiros e reservatórios de doenças e nas formas de exposições ambientais dos humanos (FREITAS & XIMENES, 2012). Isso não quer dizer que vêm acontecendo enchentes e tais doenças no território de abrangência do Bairro de Lourdes, na cidade de Anápolis/GO; na verdade, o objetivo da abordagem é que se tenha conhecimento das principais doenças vinculadas à água.

Quadro 05. Principais doenças com transmissão vinculadas a água.

DOENÇA	AGENTE	TRANSMISSÃO	SINTOMAS	PREVENÇÃO
LEPTOSPIROSE	<i>Leptospira interrogans</i>	É uma zoonose transmitida principalmente pela urina de ratos. A bactéria se reproduz na água e em solos úmidos e penetra na pele e nas mucosas dos seres humanos quando estes entram em contato com a água ou com a lama das enchentes.	Febre, náuseas, diarreia, dores musculares e de cabeça (muito parecidos com os da dengue). A infecção se torna grave quando atinge os rins, o fígado e o baço, podendo ser fatal em alguns casos.	Evitar ter contato com água e lama contaminadas e nunca consumir água ou alimentos que tiveram contato com a enchente. Medidas de combate aos ratos e prevenção contra as inundações também são eficazes.
HEPATITES A e E	<i>Vírus da hepatite</i>	Água e alimentos contaminados ou de uma pessoa para outra.	Febre, pele e olhos amarelados, náusea e vômitos, mal-estar, dores abdominais, falta de apetite, urina escura e fezes esbranquiçadas.	Saneamento básico adequado, tratamento da água para consumo humano e ingestão somente de alimentos bem lavados ou cozidos.
FEBRE TIFÓIDE	<i>Salmonellatyphi</i>	Por meio de água e alimentos contaminados ou contato com pessoas doentes. Doença exclusiva dos seres humanos, cuja única porta de entrada é o sistema digestório.	Febre, dor de cabeça, cansaço, sono agitado, náusea, vômito, sangramentos nasais, diarreia. Se não tratada, pode levar à morte por hemorragia intestinal.	Saneamento básico adequado, tratamento da água para consumo, não acumular lixo e manter as pessoas doentes em isolamento.
CÓLERA	<i>Vibriocholerae</i>	Água e alimentos contaminados.	A bactéria libera uma toxina que causa intensa diarreia.	Saneamento básico com tratamento adequado da água e do esgoto.
DENGUE	<i>Vírus da dengue dos tipos 1, 2, 3 e 4.</i>	Por meio da picada da fêmea do mosquito <i>Aedes aegypti</i> .	Febre alta, fortes dores musculares, nas articulações e de cabeça. Manchas vermelhas no corpo, inchaço, podendo haver sangramentos. A forma hemorrágica é a mais grave e pode ser fatal.	Combate ao mosquito transmissor interrompendo seu ciclo de vida. Evitar manter locais com água parada, que é onde a fêmea coloca seus ovos.

Fonte: BRASIL, 2006. Adaptado.

Veja que são vários os riscos de saúde aos quais a população está exposta, isso exige dos profissionais de saúde atuantes nas USFs ações coletivas e multidisciplinares a fim de

apresentar melhorias na saúde e nas condições de vida dessa comunidade, diminuição da mortalidade em geral, implantar programas que incentivem os bons hábitos de higiene e limpeza pela população, buscar melhorias para o sistema de saneamento básico, assim, proporcionar o conforto e bem-estar. Enfim, devem-se promover parcerias com a comunidade na busca por melhorias na qualidade de vida, com corresponsabilidade entre trabalhadores da UBSF, os usuários e moradores, pois, dentro do processo saúde-doença cada indivíduo tem a sua responsabilidade, seja para a manutenção da saúde ou na promoção de doenças.

Na figura 19 e 20, mostram a identificação e a situação de um ferro velho situado na área 05. Ele é conhecido, também, como mercado/comércio de sucatas ou como depósitos de ferros velhos. Uma das preocupações desse tipo de comércio é o local de armazenamento de sucatas a serem comercializadas. Caso sejam armazenadas de forma inapropriada, pode oferecer ricos como abrigos para roedores, serpentes, escorpiões e acumular água parada, servindo como criadouro para proliferação do mosquito *Aedes Aegypti*, transmissor do vírus da dengue.

Figura 20: Registro fotográfico do Ferro Velho encontrado no território de abrangência Bairro de Lourdes, Anápolis/GO, Brasil, 2014. Em (A) disposição de madeira, tipo palhetes. Em (B) armazenamento de galões.



Fonte: Osmar Pereira dos Santos, 2014.

Segundo o SEBRAE (2010), o ferro velho é tido como atividade econômica que se caracteriza pelos comércios de ferros ou objetos de ferro tornados imprestáveis pelo uso ou pela oxidação, os quais são reaproveitados depois de refundidos, ou seja, quaisquer objetos metálicos velhos e sem valor, e retalhos, resíduos, limalhas e fragmentos de metal,

aproveitados na fundição. Por ser comércio, apresenta configuração importante para a economia local, na geração de empregos, na compra e venda de sucatas e para a reciclagem, contribuindo com a sustentabilidade local, caso siga todas as orientações que esse tipo de comércio exige.

As informações apresentadas e discutidas anteriormente nos levam a creditar que o território de abrangência da UBSF Bairro de Lourdes é um local favorecedor para o desenvolvimento de doenças na população local, visto que muito ainda precisa ser melhorado, principalmente, nas questões de infraestrutura e promoção da saúde, para ser considerado um território da saúde.

Diante do exposto, fica evidente que o mercado exige profissionais de saúde cada vez mais especializados, com conhecimento e atuação multidisciplinar para atuar na ESF e seu território de abrangência. Os conhecimentos multidisciplinares devem estar ligados às questões demográficas, epidemiológicas, socioculturais, econômicas, ambientais e riscos, devendo ser colocados em prática para a melhoria da qualidade da assistência prestada bem como para qualidade de vida e saúde dos moradores da comunidade, que estão sob a responsabilidade dos profissionais de saúde vinculados à Unidade de Saúde da Família.

Capítulo III

Território e Territorialidade: conceitos à luz dos profissionais de saúde da UBSF do Bairro de Lourdes Anápolis-GO

No Brasil, a Atenção Básica é desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, ocorrendo no local mais próximo da vida das pessoas. As Unidades Básicas de Saúde são instaladas perto de onde as pessoas moram, trabalham, estudam e vivem, desempenhando um papel central na garantia à população de acesso a uma atenção à saúde de qualidade. BRASIL, 2011.

Visando atender ao que preconiza a lei 8080/90, e portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, ambas do Ministério da Saúde, a Secretaria Municipal de Saúde de Anápolis – SEMUSA coloca em prática a implantação das Unidades Básicas de Saúde próximo da população local, como foi descrito no primeiro capítulo.

Para tanto, a UBSF Bairro de Lourdes conta com três equipes de saúde de família, limite máximo permitido pelo MS. Tem como apoio uma equipe do Núcleo de Apoio a Saúde da Família – NASF e três equipes de odontologia, prestando atendimento à população local. A Unidade Básica de Saúde é Integrante do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica– PMAQ. Esse é um programa (DAB, 2012) que tem como principal objetivo induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção Básica em Saúde, implantado pelo MS.

O Ministério da Saúde determina normas e uma estrutura física mínima para as Unidades Básicas de Saúde, a saber: devem estar cadastradas no sistema de Cadastro Nacional vigente de acordo com as normas vigentes; recomenda-se que disponibilizem, conforme orientações e especificações do manual de infraestrutura do Departamento de Atenção Básica/SAS/ MS: consultório médico/enfermagem, consultório odontológico e consultório com sanitário, sala multiprofissional de acolhimento à demanda espontânea, sala de administração e gerência e sala de atividades coletivas para os profissionais da Atenção Básica; área de recepção, local para arquivos e registros, sala de procedimentos, sala de vacinas, área de dispensação de medicamentos e sala de armazenagem de medicamentos (quando há dispensação na UBS e

nessa Unidade existe o serviço de dispensação de medicamentos), sala de inalação coletiva, sala de procedimentos, sala de coleta, sala de curativos, sala de observação, entre outros (BRASIL, 2012). Destaca-se que a UBS da ESF Bairro de Lourdes cumpre as normas supracitadas e dispõe de uma estrutura física mínima para o atendimento à população.

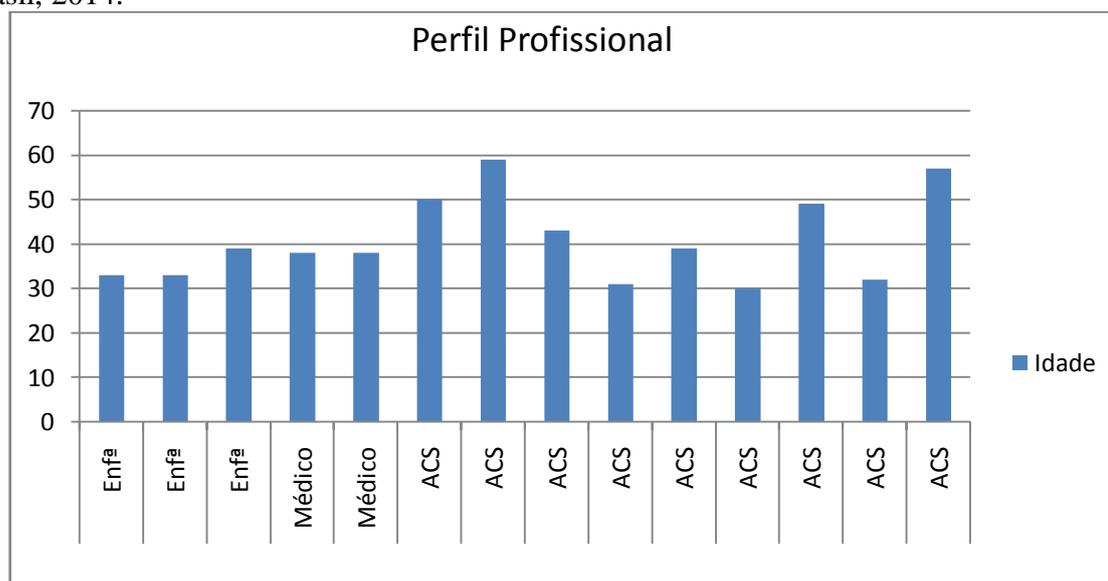
Figura 21. Unidade Básica Saúde da Família Bairro de Lourdes da cidade de Anápolis/GO, Brasil, 2014.



Fonte: Osmar Pereira dos Santos, 2014.

O total da amostra que se pretendia trabalhar, inicialmente, era de 23 profissionais, sendo 01 gestor, 03 enfermeiros, 03 médicos, 16 Agentes Comunitários de Saúde. Desse total, apenas 14 profissionais foram entrevistados. Os motivos para a não realização das entrevistas e diminuição da amostra foram variados como a recusa por parte de 04 ACS, sendo que 01 ACS estava de licença prêmio, havia déficit de 02 ACS (áreas descobertas), 01 médico gozava férias no período das entrevistas e a gestora ocupava duas funções, além de gestora, exercia a função de enfermeira de uma das equipes presentes na UBSF.

Gráfico 03. Perfil dos Profissionais atuantes na UBSF Bairro de Lourdes, Anápolis/GO, Brasil, 2014.



Fonte: Osmar Pereira dos Santos, 2014.

A maioria dos profissionais de saúde do UBSF Bairro de Lourdes era do sexo feminino, com 86% do total de profissionais, divididos entre enfermeiras (22%) e agentes comunitários de saúde (64%). O sexo masculino representava 14% do total dos profissionais, sendo que desse universo masculino estavam apenas os profissionais médicos. As enfermeiras apresentaram idade na faixa etária entre 33 a 39 anos, com tempo de formadas entre 07 a 14 anos.

O tempo de atuação das enfermeiras na Unidade de Saúde em questão variou entre 01 mês a dois anos, vale ressaltar que a enfermeira que trabalhava na unidade há um mês já era funcionária de outra UBSF há cerca de três anos, sendo transferida após sua licença maternidade. Os médicos, coincidentemente, tinham a mesma idade, ambos com 38 anos, o tempo de formado era de 01 a 02 anos, e ambos com atuação de 01 ano e meio na unidade. Já as ACS apresentaram idades entre 31 a 59 anos, o tempo que atuavam como ACS ficou entre 06 a 11anos, e esse tempo de profissão coincidiram com o tempo de atuação vinculado à UBSF Bairro de Lourdes, sendo as profissionais que tinham o maior tempo em anos de trabalho prestado à Unidade de Saúde e à população do território em estudo.

Corroborando com a nossa pesquisa, Marqui et al. (2010) que encontrou em seu estudo, um número de profissionais do sexo feminino (78, 6%) superior ao do sexo masculino (21,4%), o que nos leva a entender que não é uma realidade isolada na cidade de Anápolis/GO e, sim, uma realidade de outros Estados também. Além disso, entende-se que as mulheres vêm

estudando e se especializando cada vez mais, conseqüentemente conquistando seu espaço no mercado de trabalho.

Aos entrevistados foram feitos questionamentos sobre o conceito de território, a fim de buscar o entendimento de tal conceito pelos profissionais de saúde atuantes nessa Unidade de Saúde da Família. Segundo Pereira & Barcellos (2006), é primordial que as equipes de saúde, atuantes nas Unidades Básicas de Saúde da Família, conheçam todas as características do território de atuação e da comunidade local, para o aprimoramento do diagnóstico realizado e ampliação das ações e qualidade da assistência prestada.

Dentre as enfermeiras da unidade, ambas vincularam a conceito de território a área de atuação, com subdivisões em microáreas, para prestar assistência à saúde da comunidade local e tendo no ACS o elo entre a comunidade e a unidade de saúde.

``[...] onde a gente divide por microárea, onde têm os agentes de saúde que cuidam daquelas famílias, as famílias são designadas ao posto de saúde, é como se fosse assim: tem uma área grande, Por exemplo: aqui é uma área de risco, a gente tem 1 área muito grande, são divididas em 3 áreas, nestas 3 áreas são divididas como se fosse 6 microáreas, por área, então cada agente de saúde cuida da sua área, pois ele mora dentro da sua área, esse o elo que existe entre o agente de saúde e a unidade de saúde né, que atende toda essa população, o elo que existe é isso, que eu entendo mais ou menos isso, território da saúde``. Entrevistado Enf-1 (2014, UBSF Bairro de Lourdes).

``O território é, que eu entendo no caso, é o território que a gente atende toda a população da área e microárea, é da unidade, no caso a unidade do Bairro de Lourdes, por exemplo``. Entrevistado Enf-3 (2014, UBSF Bairro de Lourdes).

Entre os profissionais médicos, o entendimento que eles têm sobre o que é território da saúde foi relatado como sendo todo o ambiente ou área de abrangência onde as pessoas vivem e que se possa promover saúde e prevenir doenças, considerando toda a parte cultural da pessoa, onde mora, e a quantidade de pessoas residentes em uma mesma casa, só assim os profissionais de saúde conseguirão compreender o processo saúde-doença desta população local.

``Território da saúde [...] tem que envolver onde a pessoa mora, quantas pessoas moram na casa, é toda parte cultural da pessoa para você entender o processo saúde-doença, não só de saúde em si, todo ambiente onde a pessoa vive no seu dia a dia, onde que ela trabalha, o quê faz, você conhecer o território que a pessoa vive``. Entrevistado Med-1 (2014, UBSF Bairro de Lourdes).

``É toda área de abrangência em que se possa promover saúde, e prevenir doenças``. Entrevistado Med-2 (2014, UBSF Bairro de Lourdes).

Já em relação às ACS, o conceito de território estava ligado à área de atuação de todos os ACS, fazendo referências às divisões por equipes, e cada equipe ficava responsável por algumas microáreas. Além disso, destacaram-se a importância do vínculo das pessoas que moram nessas áreas, com o ACS responsável por esta área, e desses profissionais com a UBESF. Reforçaram a importância do ACS morar na área de atuação. Isso fortalece ainda mais o vínculo entre a comunidade e as equipes de saúde, pois, o ACS torna-se o elo entre ambas as partes.

“Território da saúde? Uai porque assim, nós trabalhamos com divisões né, então cada um é responsável pelo seu território, então tudo que tiver no território da saúde é obrigação do ACS e do que está acontecendo ali. Isso, uma área, todos nós temos responsabilidade por um território tudo que acontece da saúde ali, é obrigação do posto tem que estar acompanhando e ver o que está acontecendo ali nesta área. Moro na microárea que eu atuo”. Entrevistado ACS-5(2014, UBSF Bairro de Lourdes).

“Território da saúde, no meu entender, é área de abrangência, que aquela área cobre, no caso são os bairros, as quadras, são as equipes que são divididas. Aqui no posto são três equipes, só que a nossa equipe é muito carente que é a 33, que nessas equipes são várias microáreas que cabe dentro de uma equipe, então dentro da nossa equipe 33 são 06 microáreas dentro da área de abrangência, são delimitadas por espaços, quadras que geralmente, aproximadamente, cada uma tem um tanto de famílias, eu mesmo tenho 192 famílias de abrangência que eu atuo visitando e fazendo o meu trabalho, então isso pra mim, no caso seria essa”. Entrevistado ACS-8 (2014, UBSF Bairro de Lourdes).

Ainda na análise das entrevistas com a categoria das ACS, foi observado que a maioria buscava uma confirmação em suas respostas, o que nos levou a acreditar que tais entrevistados não se apresentaram seguros com as respostas que foram dadas.

“Território da saúde? Acho que o território que eu atuo, né? Seria a área ou microárea, né? De prevenção à saúde seria isso?”. Entrevistado ACS-1 (2014, UBSF Bairro de Lourdes).

“Território é o lugar onde a gente trabalha, não é não? Não é isso? O que mudou foi o sentido [...]”. Entrevistado ACS-9 (2014, UBSF Bairro de Lourdes).

Aqui, na análise do conceito de território da saúde, observou-se que todas as categorias profissionais fizeram referências do conceito de território da saúde, sendo as áreas e microáreas, principalmente para demonstrar a organização dos serviços prestados pelas equipes de saúde vinculadas à UBSF Bairro de Lourdes, ou seja, são delimitações físicas administrativas. Reafirmamos aqui que, para Barcellos & Monken (2008), o território área é

tido como uma abrangência geográfica da Unidade de Saúde, que tem caráter administrativo assistencial, sendo que a extensão territorial é delimitada pelos fluxos e contrafluxos trabalhadores da saúde e da população, e pelas barreiras físicas.

Ainda para o mesmo autor, o território microárea é entendido como área de atuação do agente comunitário de saúde, delimitada com a lógica da homogeneidade socioeconômico-sanitária. Embora não tínhamos mencionado território área e microárea na pergunta, a maioria dos entrevistados buscou, nestes conceitos, as bases para suas respostas. Diante disso, nota-se que o entendimento do conceito de território não é muito claro para a maioria dos profissionais entrevistados, independentemente da categoria profissional, todos apresentaram dificuldade na hora de formular este conceito.

Para o fechamento do segundo objetivo da pesquisa, foi perguntado aos entrevistados o que cada um entendia por territorialidade, pois, para Silva et al. (2009), as especificidades locais e regionais se revelam quando da vinculação dos problemas ao território, daí surge a importância da territorialidade na construção de um modelo de saúde com maior impacto sobre a população, e aos profissionais de uma ESF cabe conhecê-la para o planejamento de políticas públicas efetivas na Atenção Básica.

A primeira enfermeira entrevistada usou o conceito de território da saúde, da primeira, pergunta para responder o que era o seu entendimento de territorialidade, o que mostrou a falta de critérios para responder às duas perguntas, um questionamento sobre o seu entendimento do conceito de territorialidade.

“Isto que acabei de falar, essa divisão de área”. Entrevistado Enf-1 (2014, UBSF Bairro de Lourdes).

A segunda enfermeira entrevistada referiu-se ao conceito de territorialidade como sendo várias áreas ou regiões. Já a terceira enfermeira entrevistada disse que a territorialidade é separação da área por microáreas, e estas áreas sempre vinculadas à UBSF Bairro de Lourdes.

“Territorialidade é, se eu não estiver errada, é a área em que essa população é atendida, no caso, área da unidade do Bairro de Lourdes, o território da saúde tem que estar separado por área, dentro dessa área, separado por microárea, a territorialidade é essa área separação por microáreas que atende toda a população do Bairro de Lourdes. Aqui são três equipes, cada equipe atende, é, teu seu território definido”. Entrevistado Enf-3 (2014, UBSF Bairro de Lourdes).

Já os médicos entrevistados, referiram-se ao conceito de territorialidade como sendo ambiente ou área de abrangência em que as pessoas vivem.

“Territorialidade? O território onde a pessoa vive uai, o ambiente onde ela vive”. Entrevistado Med-1 (2014, UBSF Bairro de Lourdes).

“Eu diria que são setores, onde essa abrangência de saúde é diferenciada, que tem um melhor acompanhamento de um determinado profissional, uma área de abrangência de um determinado profissional”. Entrevistado Med-2 (2014, UBSF Bairro de Lourdes).

Até aqui ainda não se falou claramente em controle e desenvolvimento de ações de promoção e prevenção da saúde da população vinculada à UBESF.

Já com as ACS entrevistadas obtivemos respostas bem diversificadas em relação ao conceito de territorialidade, sendo que as entrevistadas ACS-1 e ACS-2 disseram que não sabiam falar sobre o conceito perguntado, embora uma delas dissesse que havia estudado sobre tal conceito, porém não se lembrava mais. Já a ACS-3 fez várias tentativas de respostas, porém, promoveu mais questionamentos e não conseguiu formular uma resposta adequada, veja-se a seguir:

“Territori... como é? Eu acho que é o território, né? Onde eu trabalho não, né? Ações em saúde que a gente pratica no território de abrangência, né?”. Entrevistado ACS-3 (2014, UBSF Bairro de Lourdes).

As demais ACS responderam que a territorialidade estaria vinculada com as ações de prevenção e promoção da saúde, desenvolvidas por elas junto aos moradores no espaço de cada uma, porém, não mencionaram o trabalho de toda a equipe na construção da territorialidade, o que fragmenta o conceito.

“[...] então eu entendo assim que um território de prevenção de promoção, e também de informação para as pessoas saberem que serviço que está sendo prestado para elas, né?”. Entrevistado ACS-6 (2014, UBSF Bairro de Lourdes).

“Cada equipe aqui tem seu espaço, cada agente tem seu espaço, mais tudo focado em um objetivo, prevenção, trabalhar com os hipertensos. Todos trabalhando pelo mesmo objetivo”. Entrevistado ACS-7 (2014, UBSF Bairro de Lourdes).

“No caso, territorialidade seria um espaço que a gente fornece aos pacientes, aos usuários para eles estarem fazendo práticas de esportes, reuniões, igual, por exemplo, cooperativa com as creches, no caso a gente faz palestras pras mães, um feirão que tem na nossa microárea que a gente possa tá convidando as pessoas pra tá dando palestra ou mesmo nas escolas a gente possa tá levando palestra aos jovens, o caso da minha microárea não tem nenhum tipo de lazer, o que tem lá são escolas onde nós vamos e fazemos essas ações educativas, com palestras e também é

cedido um espaço pela igreja católica`. Entrevistado ACS-8 (2014, UBSF Bairro de Lourdes).

Em algum momento, algumas ACS referiram que esse conceito tinha vínculo com as ações desenvolvidas em um espaço dividido por áreas ou quadra, ou ainda, como sendo o território de abrangência da unidade de saúde, o que remeteu à idéia inicial que as mesmas tinham sobre o território, ao invés de territorialidade.

Diante dos resultados acima, ficou evidente a necessidade de retomar a discussão sobre o conceito de territorialidade, que, para Santos (2009), resultaria de uma construção social (moldagem de condicionantes espaciais) – sendo relações sociais formatadas espacialmente. Ainda para o mesmo autor, convém, finalmente, deixar claro a essa altura que a territorialidade é um meio de ação institucional no âmbito de um território (espaço sócio-ecológico delimitado), isto é, de uma espacialidade econômico-política. Tanto serve, para manter a integridade do corpo territorial quanto para extrair recursos do estoque ecológico-social desse contexto. Mas, atua nesse sentido, controlando, concomitantemente, o acesso a esses recursos produzidos. Cumpre, dessa forma, funções econômico-político-ideológico-sociais. A busca aqui é para o entendimento de seu processo, o desvendamento de seus mecanismos, para os afetados pela sua ação, com a possibilidade de direcioná-la ao seu favor. No entanto, o território é *delimitação* e a territorialidade é *controle*. O que se busca é a ampliação da participação na gestão territorial, por parte de gestores e profissionais de saúde que atuam na delimitação e no controle das ações.

Conforme descrito no capítulo I, o Ministério da Saúde recomenda que cada ESF tenha todas as famílias do território de abrangência cadastradas pela unidade de saúde, e esta prestará o atendimento a essa população. Segundo a Portaria de nº 2.488 do Ministério da Saúde (2011), o número de ACS deve ser suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por ACS e de 12 ACS por equipe de Saúde da Família, não ultrapassando o limite máximo recomendado de pessoas por equipe. Cada equipe de saúde da família deve ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000 pessoas, respeitando critérios de equidade para essa definição. Recomenda-se que o número de pessoas por equipe considere o grau de vulnerabilidade das famílias daquele território, sendo que, quanto maior o grau de vulnerabilidade, menor deverá ser a quantidade de pessoas por equipe (BRASIL, 2011).

Diante dessa recomendação do MS, foi perguntado aos entrevistados qual era a demanda populacional atendida pela Unidade de Saúde da Família Bairro de Lourdes, com o objetivo de saber se a população atendida coincide com as recomendações dadas pelo MS e se os profissionais de saúde atuantes nessa unidade sabem o número exato de famílias sob sua responsabilidade.

Cada uma das enfermeiras respondeu à pergunta usando um critério diferente. A entrevistada Enf-1 fez o cálculo da população atendida, usando a quantidade de atendimento realizado pelo médico, que são 15 atendimentos por período, totalizando 30 atendimentos por médico durante cada dia. Além disso, acrescentou a população atendida nos programas de saúde desenvolvidos pela equipe de saúde, mas não soube informar a quantidade de famílias pelas quais a UBSF fica responsável, justificando com o pouco tempo de trabalho prestado na unidade.

´Então, assim agendado para médico são em torno de 15 pacientes por período mais aí tem os programas, né?Cada dia tem um tipo de atendimento, por exemplo: tem um dia que é para gestante, tem um dia que é para crescimento e desenvolvimento, hipertensos, diabéticos, então cada dia tem um número, não específico né? Dentro do que as pessoas querem participar, mais para médicos são na média de 30 pacientes por dia, no Hiperdia são em torno de 60, 70 pacientes por reunião. Gestante em torno de 15, crescimento e desenvolvimento dá mais de 100 crianças, bolsa família também dá muita gente, em torno de 120 crianças com as mães, né?A unidade fica responsável por essas 03 áreas, não conheço bem a área porque sou novata aqui, né? Os outros enfermeiros têm ponto de vista melhor. Mais assim, a população no geral, que tenho aqui eu não sei`. Entrevistado Enf-1 (2014, UBSF Bairro de Lourdes).

Já a entrevistada Enf-2/Gestora, que também exerce a função de gestora da unidade, tentou fazer o cálculo por equipe, porém não teve certeza do número exato de pessoas cadastradas por equipe na unidade, afirmando que cada equipe tinha umas mil e poucas famílias cadastradas. A mesma não recorreu a nenhum relatório ou consolidado para obter a informação perguntada. A terceira entrevistada, a Enf-3, afirma que cada equipe atende em média a 1500 pessoas.

´Eu vou falar por equipe, como aqui é três equipes, a equipe 21 é em torno de 4000 mil pessoas, é a maior. Acho que é, dá em torno de umas duas mil, não! Dá menos, umas 3000 mil pessoas, é a maior. Não, vou te falar a verdade 3000 mil pessoas, pode tá colocando aí umas mil e poucas famílias por cada equipe`. Entrevistado Enf-2/Gestora (2014, UBSF Bairro de Lourdes).

Como eu disse, são [...], três equipes, cada equipe atende, aproximadamente, 1500 pessoas, é, 1500 pessoas, no caso. ``. Entrevistado Enf-3 (2014, UBSF Bairro de Lourdes).

Entre os profissionais médicos, o entrevistado Med-1 tentou fazer o cálculo por famílias vinculadas a cada ACS, em seguida informou que não tinha muita precisão da quantidade de famílias cadastradas na unidade. O entrevistado Med-2 apresentou uma resposta semelhante à da entrevistada Enf-3, referindo que cada equipe atende por mês em torno de 1500 pessoas.

“[...] Em torno de 1500 pacientes por mês, de todas as equipes”. Entrevistado Med-2 (2014, UBSF Bairro de Lourdes).

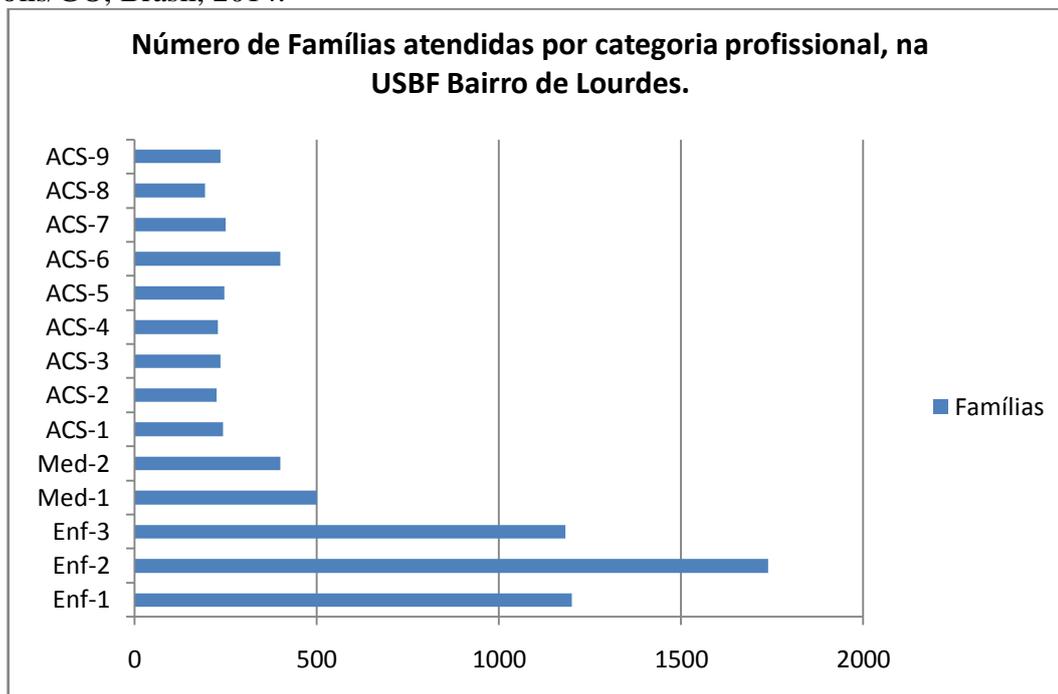
Entre os ACS as respostas também foram bem diversificadas. Três ACS informaram a quantidade de atendimento, usando o cálculo de atendimento médico, porém entraram em contradição com a entrevistada Enf-1, pois a Enf-1 disse que cada médico atendia 30 pacientes por dia, e as ACS disseram que são 24 pacientes atendidos por médico a cada dia, além das emergências.

“Todas as demandas, é, olha pessoas atendidas aqui são na faixa de 24 para cada médico são três equipes, né? Atende as urgências daqui, pressão alta, desmaio, pequenos acidentes [...]”. Entrevistado ACS-1(2014, UBSF Bairro de Lourdes).

Algumas ACS disseram que não sabiam informar, por não ter acesso às informações das outras equipes. E uma ACS reafirmou o que foi dito pelos entrevistados Enf-3 e o Med-2 que são atendidos em média 1500 pessoas por mês.

Da mesma forma que é importante saber o número de toda a demanda populacional atendida pela UBSF Bairro de Lourdes, torna-se necessária a investigação do número da demanda atendida por cada categoria profissional. Portanto, foi feita essa pergunta para cada profissional que se propôs a responder a entrevista, e o gráfico 04 é referente às respostas do número de pessoas atendidas por profissional de saúde, vinculados à unidade de saúde em estudo.

Gráfico 04. Número de Famílias atendidas, segundo os profissionais vinculados à UBSF em Anápolis/GO, Brasil, 2014.



Fonte: Osmar Pereira dos Santos, 2014.

Os números apresentados, no gráfico 04, são bastante divergentes, principalmente entre os médicos e os enfermeiros, pois, fazem parte das mesmas equipes os números de famílias ou a demanda populacional deveria ter sido a mesma, respectivamente. Mas o que foi observado é que os médicos consideraram somente os atendimentos individualizados, e não todas as famílias que ficam sob suas responsabilidades. Embora as enfermeiras tenham usado o critério número de famílias para definir a demanda atendida por elas, não tinham o número preciso de famílias. Vale à pena, nesse momento, ressaltar, mais uma vez, que a entrevistada identificada como Enf-2 era a gestora da unidade. Porém, o consolidado do mapeamento da Estratégia Saúde da Família e Programa de Agentes Comunitários de Saúde – 2013, da SEMUSA de Anápolis/GO, revelaram que a UBS da ESF Bairro de Lourdes tinha 4.291 famílias cadastradas e com a seguinte divisão: A equipe 21 com 1.680 famílias cadastradas, equipe 33 com 1.393 famílias cadastradas, e a equipe 34 com 1.218 famílias cadastradas.

Já as ACS afirmaram com mais precisão a quantidade de famílias e pessoas que são atendidas e acompanhadas por elas. Isso pode se justificar pelo fato de elas terem que realizar o cadastramento de cada família junto à ESF, permitindo, assim, um maior controle da população do seu território adscrita. Um fator agravante relatado pelas ACS foi a existência

de áreas descobertas, ou seja, quando surgiu uma área descoberta, às famílias dessas áreas são redistribuídas entre as ACS da mesma equipe que é responsável pela área descoberta, causando sobrecarga de trabalho e atraso nas visitas domiciliares.

Para o desenvolvimento das ações propostas pela ESF é fundamental considerar o quantitativo de profissionais existentes na Unidade de Saúde. Diante disso, perguntamos aos entrevistados se eles achavam suficiente o número de profissionais existentes na UBSF Bairro de Lourdes para atender à demanda populacional vinculada a essa unidade.

Dentre as enfermeiras entrevistadas, duas delas, sendo a Enf-1 e Enf-3, disseram que entre os profissionais médicos e enfermeiros são suficientes, ou que está dentro do recomendado pelo MS, porém relataram que, na categoria de técnicos de enfermagem, está faltando um profissional, sobrecarregando-os devido ao excesso de serviços existentes na unidade. Não houve menção à falta dos ACS das áreas descobertas, e nem ao restante das equipes que compõem o quadro de profissionais ligados à UBSF, que é a equipe do NASF e a Odontologia.

“Eu acho que não, apesar de que para cada equipe de saúde da família precisa no mínimo de um médico, isso é essencial e exigência do Ministério da Saúde, então é um médico, um enfermeiro, no mínimo um técnico de enfermagem e pelo menos de cinco a seis agentes de saúde. No caso, se fosse uma unidade só provavelmente seria isso, mais como são as três equipes de saúde da família, tem o SIS-REG que é o programa de marcação de consultas, é, tem as vacinas, então, tem muita atividade para pouco profissional, no caso técnico, enfermeiros tá certinho suficiente, e médico também”. Entrevistado Enf-3 (2014, UBSF Bairro de Lourdes).

Já a entrevistada Enf-2/Gestora disse que o número de profissionais da unidade é suficiente para atender a toda à demanda da UBSF Bairro de Lourdes.

Entre os médicos, o Med-1 não respondeu a essa pergunta. Já o Med-2 viu a necessidade de estar sempre melhorando um pouco mais, no que se refere à quantidade de profissionais.

“Nunca é, em saúde nunca é suficiente a quantidade de profissionais, sempre pode melhorar um pouco mais, mais digamos assim, dentro da possibilidade básica de atendimento, tá sendo suprido”. Entrevistado Med-2 (2014, UBSF Bairro de Lourdes).

Entre as ACS entrevistadas, todas disseram que o número de profissionais atuantes no UBSF Bairro de Lourdes não é suficiente, e levantaram pontos importantes que não foram mencionados pelas outras categorias profissionais, principalmente pela gestora, que foi a problemática da falta de ACS e, conseqüentemente, as áreas descobertas. Falou do crescimento populacional dos bairros, da superlotação da unidade, e por fim, da construção de

uma nova unidade de saúde no Jardim Tropical, sendo uma recomendação da SEMUSA a criação de mais uma equipe de saúde da família, para atender melhor à população desse território.

“Não né, porque os bairros cresceram muito a necessidade das pessoas também vai crescendo cada dia, estão construindo uma unidade lá no tropical justamente para desafogar. Porque o posto tá muito lotado, infelizmente a gente não tá conseguindo atender todo mundo, a gente faz o possível, né, mas o tropical é para lá, também atende neste posto aqui”. Entrevistado ACS-6 (2014, UBSF Bairro de Lourdes).

“Não! Inclusive até “tava” comentando isso com o doutor ontem, a área está muito grande e essa qualidade de atendimento fica precária, não tem jeito. Agente acaba indo para uma área descoberta”. Entrevistado ACS-7 (2014, UBSF Bairro de Lourdes).

Corroboram com a nossa pesquisa os resultados da pesquisa de Silveira Júnior (2011), que diz que o planejamento e conhecimento da área em contraposição ao trabalho individual e produção de dados isolados de produção são fundamentais. Isso deve acontecer através de análise dos dados constantes em fichas do SIAB e levantamentos de outros dados diante de demandas específicas, para determinarem, claramente, a população adscrita em termos de morbidade e prevalência dos maiores agravos. Assim, deve-se estabelecer, consistentemente, o número de gestantes, hipertensos, diabéticos, idosos, adolescentes, dependentes químicos, etilistas, tabagistas, mulheres em idade de realização de exames de citologia oncológica e mamografia. Enfim, toda e qualquer realidade epidemiológica que será abordada num primeiro momento ou em futuro não muito distante, deve ser de conhecimento de todos os profissionais de saúde vinculados à UBSF. Diante disso, fazemos um questionamento: falta um programa de gestão na unidade?

Foi perguntado aos profissionais de saúde entrevistados se existiam programas de saúde na USF Bairro de Lourdes que atendesse às necessidades da clientela e quais eram eles. Todos os entrevistados responderam que existiam programas de saúde para atender à demanda populacional, e citaram os programas que estão no Quadro 06 como sendo os que a unidade oferece para a população local.

Quadro 06 - Programas de Saúde existentes, segundo os profissionais entrevistados da UBSF Bairro de Lourdes, Anápolis/GO, Brasil, 2014.

- Saúde da Criança;	- Saúde do Homem;
- Crescimento e Desenvolvimento da Criança – CD;	- Programa Nacional de controle da Tuberculose;
- Programa Nascer Sorrindo;	- Hiperdia – Hipertensos e Diabéticos;
- Programa Nacional de Imunização – PNI;	- Programa Saúde Mental;
- Programa Saúde nas Escolas – PSE;	- Saúde do Idoso;
- Programa Saúde da Mulher;	- Centro de Convivência do Idoso – CCI.
- Programa das Gestantes;	

Fonte: Osmar Pereira dos Santos, 2014.

A maioria dos entrevistados apenas citou os principais programas existentes na UBSF Bairro de Lourdes, e, para uma melhor compreensão de tais programas, faz-se necessário descrevê-los segundo o que é preconizado pelo MS. Na APS, continua uma forte preocupação com a primeira semana de vida da criança.

No programa saúde da criança, espera-se que a Atenção Básica possa garantir uma visita domiciliar do agente de saúde ao binômio mãe e RN no contexto da família, para orientação de todos sobre o cuidado de ambos, bem como para ofertar as ações programadas para a primeira semana de saúde na AB, se possível oportunizando tudo para uma mesma data: consultas para ambos (mãe e RN), estimulando a presença do pai sempre que possível, apoio ao aleitamento materno, imunizações, coleta de sangue para o teste do pezinho, cuidados com a saúde bucal e outros. Depois, até a criança completar 02 anos, o objetivo é um acompanhamento cuidadoso do crescimento e do desenvolvimento da criança pela equipe de saúde, com um olhar biopsicossocial não só para a criança, mas também para as condições do contexto de saúde e de vida de sua mãe e família, inclusive com as articulações intersetoriais, no território, necessárias para o projeto terapêutico de cada criança/família.

Para tanto, o Caderno da Criança aborda orientações para a organização do processo de trabalho, questões tradicionais (como o acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento da criança e a supervisão das imunizações) e até temas característicos da modernidade, como a alimentação saudável (tão essencial de ser trabalhada na situação atual

de epidemia de obesidade infantil), a prevenção de acidentes e as medidas de prevenção e cuidado à criança em situação de violência e outros (BRASIL, 2012).

Outro programa citado foi o Programa Saúde na Escola-PSE, do Ministério da Saúde e do Ministério da Educação, criado em 2007, que tem como objetivo construir políticas intersetoriais para a melhoria da qualidade de vida da população brasileira. As políticas de saúde e educação voltadas às crianças, adolescentes, jovens e adultos da educação pública brasileira estão unindo-se para promover o desenvolvimento pleno desse público. Nesse contexto, a Estratégia Saúde da Família prevê um investimento em ações coletivas e a reconstrução das práticas de saúde, a partir da interdisciplinaridade e da gestão intersetorial, em um dado território, o das escolas (BRASIL, 2012).

Já no que se refere ao Programa Saúde da Mulher e Gestantes, que mencionaram os entrevistados, na verdade hoje está vinculado à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, criada pelo MS desde 2009. Essa política incorpora, num enfoque de gênero, a integralidade e a promoção da saúde como princípios norteadores e busca consolidar os avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, com ênfase na melhoria da atenção obstétrica, no planejamento familiar, na atenção ao abortamento inseguro e no combate à violência doméstica e sexual. Agrega, também, a prevenção e o tratamento das doenças sexualmente transmissíveis e apoio tecnológico e de insumos, para mulheres vivendo com HIV/AIDS e para as portadoras de doenças crônicas não transmissíveis e de câncer ginecológico e de pulmão. Além disso, amplia as ações, em seus planos de ação, para grupos historicamente alijados das políticas públicas, nas suas especificidades e necessidades, entre elas as mulheres lésbicas, bissexuais, no climatério, as mulheres do campo e da floresta, as índias, as negras quilombolas, as que vivenciam a transexualidade, mulheres em situação de prisão, portadoras de deficiência, em situação de rua e as ciganas (BRASIL, 2009).

Segundo o Ministério da Saúde (2008), o Programa de Saúde do Homem surgiu da dificuldade dos homens em reconhecer suas necessidades, cultivando o pensamento mágico que rejeita a possibilidade de adoecer. Além disso, os serviços e as estratégias de comunicação privilegiam as ações de saúde para a criança, o adolescente, a mulher e o idoso. Nesse contexto, tal programa se transforma em Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, portanto, além de evidenciar os principais fatores de morbimortalidade explícita o reconhecimento de determinantes sociais que resultam na vulnerabilidade da população masculina aos agravos à saúde, considerando que representações sociais sobre a

masculinidade vigente comprometem o acesso à atenção integral, bem como repercutem de modo crítico na vulnerabilidade dessa população a situações de violência e de risco para a saúde. Dessa forma, a Política de Atenção Integral à Saúde do Homem se estabeleceu mediante um recorte estratégico da população masculina na faixa etária de 25 a 59 anos. Isto não deve configurar uma restrição da população alvo, mas uma estratégia metodológica.

O Programa Nacional de Controle da Tuberculose tem, em sua estratégia, algumas fundamentações, a saber: Compromisso político com o fortalecimento de recursos humanos e garantia de recursos financeiros, elaboração de planos de ação e mobilização social; diagnóstico de casos por meio de exames bacteriológicos de qualidade; tratamento padronizado com a supervisão da tomada da medicação e apoio ao paciente; fornecimento e gestão eficaz de medicamentos; e o Sistema de monitoramento e avaliação ágil que possibilite o monitoramento dos casos, desde a notificação até o encerramento do caso (BARREIRA, 2010).

Como a Hipertensão e o Diabetes Mellitus configuram-se como problema de saúde pública identificado na população do território de abrangência da UBSF Bairro de Lourdes, descrito no capítulo anterior, faz-se necessário conhecer o Programa Hiperdia. Esse programa tem por objetivo cadastrar e acompanhar todos os pacientes hipertensos e diabéticos a fim de que, através do cuidado especial, consigamos fazer um controle das doenças e garantir uma melhor qualidade de vida aos pacientes (LIMA, et al., 2012).

Os pacientes são cadastrados no Programa e passam a ser acompanhados pela equipe multidisciplinar de acordo com a necessidade individual de cada um. A linha de cuidado do programa conta com os seguintes atendimentos: Atendimento médico; atendimento de enfermagem; assistência fisioterápica; assistência odontológica; acompanhamento nutricional; avaliação oftalmológica; atividade física; assistência farmacêutica.

Segundo Mateus & Mari (2013), o Brasil tem um sistema de saúde mental inovador, centrado nos cuidados da comunidade, mas ainda enfrentando grandes desafios em sua implementação, tais como a falta de conhecimento das famílias, resistência do próprio paciente e da sociedade, o que pode gerar discriminação. Embora tenham uma legislação em saúde mental, que defende direitos dos portadores de transtorno mental, como o direito ao tratamento e à proteção contra a discriminação e marginalização econômica, pode ser considerado tanto como produto de uma política de saúde mental, como parte da estratégia para consolidação dessa política.

Por último e não menos importante, foi citado o Programa Saúde do Idoso, que se dedica ao envelhecimento populacional como uma resposta à mudança de alguns indicadores de saúde, especialmente a queda da fecundidade e da mortalidade e o aumento da esperança de vida. O envelhecimento não é homogêneo para todos os seres humanos, sofrendo influência dos processos de discriminação e exclusão associados ao gênero, à etnia, ao racismo, às condições sociais e econômicas, à região geográfica de origem e à localização de moradia. No trabalho das equipes da Atenção Básica/Saúde da Família, as ações coletivas na comunidade, as atividades de grupo, a participação das redes sociais dos usuários são alguns dos recursos indispensáveis para atuação nas dimensões cultural e social (BRASIL, 2006).

Foi perguntado a cada profissional de saúde, independentemente da categoria, sobre sua atuação nos programas de saúde existentes na UBSF e a resposta foi inânime em dizer que atuam nos programas de saúde, em alguns de forma direta e em outros de forma indireta.

“Em todos! Todos os enfermeiros, ele é responsável por todos”. Entrevistado Enf-1 (2014, UBSF Bairro de Lourdes).

“Sim! Em todos, uns diretamente e outros indiretamente”. Entrevistado Med-2 (2014, UBSF Bairro de Lourdes).

“Atuo em todos, porque é assim, agente não atua com receita porque o que é do médico é do médico, né?Então tem que buscar todos do setor pra falar pra elas de todos os programas, né?,Porque cada família enquadra num programa diferente”. Entrevistado ACS-4 (2014, UBSF Bairro de Lourdes).

Com esse resultado, pode-se perceber o envolvimento de todos os profissionais em fazer as ações dentro dos programas de saúde, de acordo com a competência de cada categoria e pelo que é determinado pelo MS.

O profissional da equipe de Saúde da Família precisa ser capaz de atuar com criatividade e senso crítico, mediante uma prática humanizada, competente e resolutiva, que envolve ações de promoção, prevenção, recuperação e de reabilitação. Deve ser um profissional capacitado para planejar, organizar, desenvolver e avaliar ações que respondam às necessidades da comunidade, articulando os diversos setores envolvidos na Promoção da Saúde. E, para que isto aconteça, é preciso uma permanente interação com a comunidade, no sentido de mobilizá-la e estimular sua participação (BRASIL, 2000).

Diante da importância da formação profissional e do conhecimento deste sobre o território de atuação vinculado à ESF, perguntou-se a esses profissionais onde foram adquiridos os conhecimentos que tinham sobre território da saúde, com opção de respostas a graduação, a especialização, no cotidiano profissional ou outros. O item outros foi colocado no questionário por saber que para os ACS não existe graduação e especialização na formação dessa categoria profissional.

Na categoria das enfermeiras, duas delas, a Enf-1 e Enf-2/Gestora, disseram que aprenderam mais no cotidiano, do que na graduação ou especialização.

“Eu já fiz uma pós em saúde pública e tudo mais, eu acho o que deu para mim aprender mais é a partir do momento que você começa atuar, a partir do momento que você começa atuar, você tem uma visão assim ampla, né? Do que é o PSF, o que é essa assistência que você dá àquele território, àquela área específica porque dentro da área, né? Se você pega uma área com mais hipertensos, você trabalha com prevenção disso”. Entrevistado Enf-2/Gestora (2014, UBSF Bairro de Lourdes).

Essas respostas nos levaram a um questionamento sobre o real ensinamento das faculdades da área de saúde, sobre a atuação do enfermeiro na ESF e seu território de abrangência, as faculdades estão preparando os profissionais de saúde para atuarem na saúde pública, dentro do novo modelo de atenção à saúde?

Já a enfermeira Enf-3 informou que conseguiu obter conhecimentos das três categorias, ou seja, da graduação, especialização e no cotidiano. E fez uma observação interessante, nas sequências dos conhecimentos adquiridos em todas as modalidades de ensino.

“Os três! Por que na graduação a gente tem um modo de ver, a gente tá iludida, isso, certo? Tem que fazer desta forma. Na pós-graduação, a gente já vê mais aberto, tem uma visão maior, mais é no cotidiano que você vê o que é realmente a realidade, é o que a gente fica ali no dia a dia vivenciando”. Entrevistado Enf-3 (2014, UBSF Bairro de Lourdes).

Os médicos entrevistados, sendo Med-1 e Med-2, disseram que o conhecimento sobre território da saúde foi adquirido na graduação, embora o Med-1 reforce que, na graduação, o conhecimento sobre o assunto é pouco, o foco maior é para o processo saúde-doença.

“É na graduação! Eu tive alguns conhecimentos na graduação mais é pouco, vim aprender mais só depois que você faz mesmo Na faculdade frisa muito o processo saúde-doença, né? Prevenção fica em segundo plano”. Entrevistado Med-1 (2014, UBSF Bairro de Lourdes).

Entre a categoria das ACS, todas as entrevistadas disseram que os conhecimentos adquiridos por elas foram provenientes de cursos de formação para ACS e capacitações oferecidas pela SEMUSA de Anápolis. Quatro ACS disseram que, além dos cursos de formação do ACS, é no cotidiano que se aprende mais.

“No início, eu fiz um curso de 15 dias, e depois cotidiano porque o dia a dia é o que forma o profissional mais, foi pela Secretaria”. Entrevistado ACS-4 (2014, UBSF Bairro de Lourdes).

“A gente fez, quando abriu a inscrição para PACS, aí tem uma seleção, aí, da seleção, passaram na prova escrita, depois passaram na psicológica, depois teve uma informação de 25 dias na faculdade, UniEvangélica, o curso foi lá, dado pela secretaria”. Entrevistado ACS-9 (2014, UBSF Bairro de Lourdes).

Uma vez descoberto de onde vieram os conhecimentos adquiridos pelos profissionais atuantes na UBSF Bairro de Lourdes, tornou-se necessário saber se esses conhecimentos foram suficientes para a atuação de cada profissional em todas as categorias profissionais.

Entre as enfermeiras, ambas disseram que os conhecimentos adquiridos por elas não foram suficientes, havendo sempre a necessidade de buscar novos conhecimentos, visto que, no setor saúde, sempre há algo novo. Entre os profissionais médicos, um deles acredita que os conhecimentos adquiridos por ele foram suficientes, embora, reconheça a necessidade de estar sempre buscando algo novo após a saída da faculdade. Já o segundo médico considera que conhecimento nunca é suficiente, havendo a necessidade em se aprimorar sempre, devido a considerar o conhecimento dinâmico.

“Não, não pra falar a verdade não é muito, muito suficiente não. Viu que fiquei até perdida nas perguntas”. Entrevistado Enf-2/Gestora (2014, UBSF Bairro de Lourdes).

“Eu acho que conhecimento nunca é suficiente, sempre temos que conhecer coisas novas, e sempre temos que estar buscando, como o PSF todo dia muda, todo dia tem uma coisa nova, então, nunca é suficiente”. Entrevistado Enf-3(2014, UBSF Bairro de Lourdes).

“Sempre se busca mais, quem trabalha em saúde sempre tem que está buscando, o conhecimento é muito dinâmico. Não pode ficar esperando, tem que correr atrás”. Entrevistado Med-2 (2014, UBSF Bairro de Lourdes).

Entre as ACS entrevistadas, obtivemos resultados semelhantes aos das enfermeiras e dos médicos, visto que, oito das nove ACS julgaram os conhecimentos insuficientes e disseram haver a necessidade de buscar novos conhecimentos. Apenas uma ACS julgou suficiente o conhecimento adquirido em sua formação, acrescentou ainda que seu trabalho é simples e objetivo.

“Eu acho que conhecimento nunca é demais, né? Eu acho que até foi bom, mas, se tivesse mais, seria melhor ainda, quanto mais aperfeiçoar eu acho melhor”. Entrevistado ACS-3 (2014, UBSF Bairro de Lourdes).

“Ainda não, acho que sempre a gente tem que aprender mais e mais, porque “vai” vindo mais doenças, como tratar, então suficiente nunca vai ser. Aprendizado é contínuo”. Entrevistado ACS-7 (2014, UBSF Bairro de Lourdes).

Segundo Freitas (2013), nas ciências da saúde, o avanço do conhecimento pode ser observado, predominantemente, com o domínio de novas tecnologias, com alto grau de complexidade e resolutividade antes nunca imaginadas, possibilitando a cura e o controle de diversas doenças. Por outro lado, crescem continuamente a investigação científica e o esforço de implementação das chamadas práticas alternativas de saúde, em busca de soluções simples, de baixo custo, que pretendem afastar-se do modelo biomédico e tecnológico vigente e valorizar elementos como cultura, valores, saberes populares, crenças e diversas outras formas até então desprezadas ao se lidar com as questões de saúde e doença, o que culmina com a AB, e é este conhecimento que esperamos de todos os profissionais das UBSF.

Considerações Finais

O aumento do interesse pelo território da saúde é um fenômeno recente, e partiu principalmente dos gestores de saúde e estudiosos em administração dos serviços e dos próprios trabalhadores em saúde, principalmente os que atuam na ponta do atendimento, após a inserção do novo modelo de saúde. Monken et al. (2008) diz que o estudo do território da saúde tem como objetivo prevenir riscos e evitar danos à saúde, a partir de um diagnóstico da situação de saúde e das condições de vida de populações em áreas delimitadas. Por isso, pressupõe limites, organização e participação, para se constituírem em espaços de trocas e pactuações para a qualidade de vida e o sentimento de bem-estar.

Atrelado ao conceito de território está à territorialidade, que tem em seu conceito uma origem na geografia política que foi incorporado pela ciências da saúde nas análises do território, pode ser definida como a síntese das relações sociais que dão corpo e conferem função ao território. Numa abordagem inicial, pode-se dizer que as diversas territorialidades são a “razão de ser” dos territórios, conferindo-lhe existência, seja material ou imaterial. A territorialidade é um fenômeno de comportamento associado à organização do espaço (MARIANI & ARRUDA, 2010).

Sabe-se da importância do conhecimento sobre os conceitos de território e territorialidade e de suas aplicabilidades para um bom desenvolvimento das ações em saúde, principalmente junto a Estratégia Saúde da Família, devido à estreita relação que um conceito tem com o outro, pois o território passa a ter significado quando existem as ações de organização do espaço, relações sociais e entre outros. Dentro desta perspectiva, investigamos o entendimento destes dois conceitos, e foi percebido que a maioria dos profissionais de saúde atuante na UBSF Bairro de Lourdes apresentou dificuldades no entendimento dos conceitos de território e territorialidade. O que mostrou uma proximidade com as práticas assistencial do trabalho, e um distanciamento das questões conceituais e de gerenciamento do serviço de saúde, no que se refere às questões ligadas ao território e territorialidade.

Ficou evidente, também, que falta um programa de educação permanente que se proponha a trabalhar e explorar estes conceitos e suas configurações dentro da UBSF. Porém, implantação deste programa deve partir da Secretaria Municipal de Saúde, e ser implantado em todas as UBSF's do município, pois na atualidade a SEMUSA de Anápolis-GO trabalha com áreas adscritas, as ações extra muro são pouco trabalhadas, além, das configurações

demográficas, epidemiológicas, socioculturais, econômicas, ambientais e riscos, que caracteriza a territorialidade, não apareceu como sendo prioridade nas falas dos profissionais de saúde entrevistados.

Em análise documental, percebe-se que o SUS faz parte de uma política pública de saúde que tem como objetivo o alcance da promoção e proteção da saúde da população. A ESF entra neste cenário para atender o que é preconizado na Atenção Básica, ou seja, as ações estão voltadas para a promoção da saúde, visa a ampliação do cuidado básico em saúde, redução no número de doenças e aumentar a qualidade de vida da população local. Portanto, o profissional de saúde vinculado a ESF deve promover o estímulo à participação da comunidade no controle social, no planejamento, na execução e na avaliação das ações de saúde, mais antes de tudo deve conhecer toda a realidade da comunidade em que se trabalha.

Portanto, a implantação de equipamentos sociais nos bairros modifica a vida dos moradores, à medida que são instalados, vão fornecendo o acesso facilitado aos usuários, contribui para a melhoria na qualidade de vida, melhora a auto-estimar dos moradores por sentirem que o local onde escolheram para viver está sendo valorizado, com os benefícios que tais equipamentos proporcionam. Mas para o território de abrangência do Bairro de Lourdes requer uma olhar e uma atenção específica por parte dos gestores públicos para ampliar a quantidade de equipamentos sociais como escolas, quadras poliesportivas, campos de futebol, creches, unidade de saúde, além, de providenciar as construções dos que ainda não existem, como parques e praças.

Os locais para as práticas de lazer são fundamentais em uma comunidade, para tanto no território estudado foi observado apenas uma pequena quantidade de locais que favorecia a promoção de lazer local, tais como: atividades esportivas, recreativas e culturais. Cabem os gestores municipais a construção de tais ambientes que promovam o lazer para a comunidade, e a ESF em parceria com a educação e outros segmentos da sociedade como igreja, associação de moradores e outros, colocarem em prática as atividades de lazer, melhorando a qualidade de vida dos moradores, no território sob sua responsabilidade, visto que o lazer desta população está vinculado, em maior parte, em bares e lanches, isso pode refletir diretamente na saúde da população e os dados do SIAB nos revelaram isto, com os números elevados de hipertensos e diabéticos.

Existem outros problemas que também afetam a qualidade de vida e a saúde da população do território da UBS da USF Bairro de Lourdes, tais como: lotes baldios, condições

de moradia, saneamento básico, degradação ambiental e outros, o que nos leva a sugerir aos gestores municipais ações imediatas a fim de intervir juntos a estes problemas para amenizar seus efeitos sobre esta população, deste território que não promove apenas saúde e sim é gerador de um grande número de doenças.

Avaliar o Sistema Único de Saúde na sua complexidade é uma tarefa que requer olhares em várias escalas diferenciadas (regional, municipal, estadual e nacional), fazendo uma avaliação da responsabilidade do sistema de saúde em cada escala. Conseqüentemente, voltar o olhar para as equipes de saúde atuantes nessas escalas, a fim de compreender o processo de trabalho dentro do SUS. Sendo assim, os programas de saúde existentes na unidade foram identificados pelos entrevistados, no decorrer de cada entrevista, os programas foram citados de forma aleatória, não obedecendo a uma ordem organizacional, em nenhum momento os entrevistados recorreram aos materiais de apoio como registros, documentos, portarias e entre outros, o que ficou evidente que na UBSF estudada falta um plano de gerenciamento das ações assistenciais e administrativa.

A maioria dos programas existentes na unidade de saúde não atende as reais necessidades da população local, visto que a preocupação está no cumprimento de metas junto a SEMUSA e ao MS, o que nos leva a sugerir aos gestores de todas as esferas de governo, novas políticas públicas de saúde que mude o perfil dos programas de saúde desenvolvidos pelos profissionais das ESF, onde os profissionais possam entender melhor seu papel e receber suporte técnico por parte das prefeituras, para que haja um bom desenvolvimento de suas atividades.

O processo de implantação da ESF na cidade de Anápolis está longe de uma cobertura de 100% das famílias anapolinas pela Atenção Básica, visto que se tem apenas 51% da população que recebe cobertura das ESF, o que requer uma ampliação do número de Equipes de Saúde da Família no município, para que se tenha uma assistência primária adequada e com mais qualidade, pois, só assim os objetivos deste tipo de assistência serão alcançados com maior efetividade.

Esta pesquisa não buscou exaurir o tema estudado, mais sim contribuir como fonte de pesquisa suplementar para aqueles que tenham interesse no tema, principalmente, para os gestores em saúde do município Anapolina. Novas pesquisas voltadas para as questões relacionadas ao território da saúde deverão acontecer para ampliação e fortalecimento de um tema tão importante para a saúde pública, principalmente para a Atenção Básica.

Referências

- ABREU, Regina. *A Trajetória de Sérgio Arouca e a Moderna Reforma Sanitária Brasileira*. Memória e Patrimônio da Saúde Pública no Brasil. 2012. Disponível em: <http://www.memoriasocial.pro.br/linhas/arouca/desdobramentos/atrajectoria.htm>. Acesso: 20/09/2012.
- AGUIAR, Raphael Augusto Teixeira de. *A universidade e as políticas de educação permanente para a estratégia saúde da família: um estudo de caso*. Tese (Doutorado em Educação). Faculdade de Educação /Universidade Federal de Minas, 2010.
- ANAPOLIS, Goiás. Prefeitura Municipal de Anápolis-GO. *História*. 2013. Disponível em: <http://www.anapolis.go.gov.br>. Acesso em: Jul. 2013.
- AMARAL, S. C. F., KIKUCHI, D. M. *Política Pública de Lazer em Suzano/SP: A concepção dos gestores*. Licere, Belo Horizonte, v.14, n.1, mar/2011.
- ARAÚJO, M. B. S.; ROCHA, P. M. *Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família*. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(2): 455-464, 2007.
- ARAÚJO, M. H. & AUGUSTO, L. G. S. *Conceito de Território e implicações para a saúde e o desenvolvimento sustentável*. Disponível em: www.fesfsus.ba.gov.br/guiadotrabalhador/coneitos_de_territorio_e_implicacoes_para_saude.pdf. Acesso em: 05/05/12.
- AUZANI, et. al. *Análise da Organização Espacial dos Bairros Nossa Senhora do Rosário d Passo da Areia, Santa Maria, Rs*. *Disc. Scientia*. Série: Ciências Humanas, Santa Maria, v. 7, n. 1, p. 79-90, 2006.
- BATISTELLA C. *O território e o processo saúde doença*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2007.
- BENITO, G.V; BECKER, L. C. *Atividades gerenciais do enfermeiro no Programa Saúde da Família: Visão da Equipe Saúde da Família*. *Rev. Bras Enferm*, Brasília, maio - jan.; 60(3): 312-6, 2007.
- BERNADES, G. D.; TAVARES, G. G. *Espaços Ilegais: um Estudo da Qualidade de Vida dos moradores Residentes a Áreas Subnormais em Anápolis – GO*. 2010. – In.: Políticas públicas: meio ambiente e tecnologia / Organizadores Genilda D`arc Bernardes, Roberto Prado de Moraes. Goiânia: Editora Vieira, 2010.
- BORBA, et al. *Anápolis/GO e suas Interfaces com a Região Urbana do Eixo Goiânia/GO – Brasília/DF*. Reencuentro de Saberes Territoriales Latino-americanos. Perú. 2013.
- BUSS, P. M. *Promoção da saúde e qualidade de vida*. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5(1): 163-177 2000.

BRAVO, M. I. S. *Política de Saúde no Brasil* - Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional. 2001.

BRASIL, Ministério da Saúde. *8ª Conferencia Nacional de Saúde*. Relatório Final. Brasília-DF, de 17 a 21 de Março de 1986.

BRASIL. *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 de União; 20 Set. 1990.

BRASIL. *Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial*. Ministério da Saúde, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. *Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial*. Coordenação de Saúde da Comunidade. Brasília. Ministério da Saúde, 1997.

BRASIL, *Educação Permanente*. Milton Menezes da Costa Neto, org. _Brasília: Ministério da Saúde; Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica, 2000, 44 p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cad03_educacao.pdf. Acesso: 20/09/2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Avaliação da implantação do programa de saúde da família em dez grandes centros urbanos*. Síntese dos principais resultados. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/02 e Portaria MS/GM n.º 373, de 27 de fevereiro de 2002 e regulamentação complementar*. – 2. ed. revista e atualizada. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 108 p.: il – (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

BRASIL. Ministério da Saúde. *As Cartas da Promoção da Saúde*. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Projeto Promoção da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Doenças infecciosas e parasitárias: guia de bolso*. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – 6. ed. rev. – Brasília – DF. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. *PORTARIA Nº 648/GM de 28 de março de 2006*. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-648.htm>. Acessado em 15/08/2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Vigilância e controle da qualidade da água para consumo humano*. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 212 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Envelhecimento e saúde da pessoa idosa*. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção

à Saúde, Departamento de Atenção Básica – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 192 p. il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n. 19).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção Básica e a Saúde da Família**. Disponível em<<http://www.saude.gov.br>> Acesso em: 02/04/2008.

BRASIL. **Manual de Policiamento Comunitário: Polícia e Comunidade na Construção da Segurança**. Núcleo de Estudos da Violência da Universidade de São Paulo (NEV/USP). – Dados eletrônicos. - 2009. 104 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009. 82 p. : il. – (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. 2010.

BARREIRA, Dráuri; ARAKAKI-SANCHEZ, Denise; BRITO, Rossana Coimbra. **Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil**. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de Controle da Tuberculose. 2010. Disponível: http://www.itarget.com.br/newclients/sppt.org.br/2010/extra/download/manual_de_recomendacoes_controle_tb_novo.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. **PORTARIA Nº 104, 25 DE JANEIRO DE 2011**. Saúde Legis - Sistema de Legislação da Saúde. 2011a. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0104_25_01_2011.html.

BRASIL. **Decreto nº 7.512, de 30 de Junho de 2011**. Plano Geral de Metas para a Universalização do Serviço Telefônico Fixo Comutado Prestado no Regime Público – PGMU. 2011b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7512.htm. Acesso em: 20/10/2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Passo a passo PSE: Programa Saúde na Escola: tecendo caminhos da intersetorialidade**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, Ministério da Educação. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011c. 46 p.: il. – (Série C. Projetos, programas e relatórios).

BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde mais perto de você - Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – PMAQ*. DAB. 2012a. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/sistemas/pmaq/faq.php>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento*. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012b. 272 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica, nº 33).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Diretoria Técnica de Gestão. *Dengue: manual de enfermagem – adulto e criança*. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Diretoria Técnica de Gestão. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 80 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

CAPOANE, V. *Erosão e Assoreamento: causas e consequências para a qualidade da água*. 2012. Disponível em: http://w3.ufsm.br/labgeotec/pdf/hidrogeografia/Aula_Erosao_e_assoreamento.pdf. Acesso em: 20/03/2014.

COHN, Amélia. *Caminhos da reforma sanitária*. Lua Nova [online]. 1989, n.19, pp. 123-140. ISSN 0102-6445.

CAMPOS, Carlos Eduardo Aguilera. *O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família*. *Ciência & saúde*. 8(2): 569-584. 2003.

CAMPOS, F. E. et al. *O desafio da expansão do programa de saúde da família nas grandes capitais brasileiras*. *Rev. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, 12(1): 47-58, 2002.

CARMONA, V. *Programa de saúde da família: uma saúde humanizada*. Revista Nursing, V.64, n. 6, setembro 2003.

CASTILHO, D. *A Colônia Agrícola Nacional de Goiás (CANG) e a formação de Ceres-GO*. *Élisée*, Rev. Geo. UEG - Goiânia, v.1, n.1, p.117-139, jan./jun. 2012.

CASTRO, J. D. B. SILVA, C. V. *Características Socioeconômicas e Condições de Trabalho da Mulher no DAIA - Anápolis 2010-2011*. Conjuntura Econômica Goiana. Março/2012-nº 20.

COSTA, et.al. *A Inserção do Biomédico no Programa de Saúde da Família*. Revista Eletrônica. **Novo Enfoque**, ano 2010, v. 11, n. 11, p. 27 – 33.

CUPO P; AZEVEDO-MARQUES MM & HERING SE. *Acidentes por animais peçonhentos: Escorpiões e aranhas*. *Medicina*, Ribeirão Preto, 36: 490-497, abr./dez. 2003.

CHIAROTTI, M. V. M. CHIAROTTI, T. M. *Os 140 Anos da Igreja Sant'ana: O Marco Histórico Oficial De Anápolis (1871-2011)*. Disponível em: [http://www.anapolis.go.gov.br/portal/arquivos/files/Caderno4\(1\).pdf](http://www.anapolis.go.gov.br/portal/arquivos/files/Caderno4(1).pdf). Acesso em: 20/01/2013.

CLAVAL, Paul. *A paisagem dos geógrafos*. CORRÊA, R. L. ROSENDAHL, Zeny. *Paisagens, textos e identidade*. Rio de Janeiro: editora UERJ, 2004, p. 13-74.

DANTAS, E. M.; MORAIS, I. R. D. *Território e territorialidade: abordagens conceituais*. Organização do Espaço. UFRN/Biblioteca Central Zila Mamede. 2008.

ENSP – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. *Pensamento crítico em Saúde: a Reforma Sanitária em questão*. 59º aniversário da ENSP, 2013. Semana Sérgio Arouca. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/59anos/reforma.php>. Acesso: 03/12/2013.

ENVIRONMENTAL SYSTEMS RESEARCH INSTITUTE – Esri. Software ArcGIS 10.1. *Mapping & Analysis for Understanding Our World*. 2013. Disponível em: <http://www.esri.com/software/arcgis/>.

EMEDIATO, C. A. Educação e transformação social. *Análise Social*. vol. XIV (54), 1978-2.º, 207-217.

ESCOREL, S. et al. *O programa de saúde da família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil*. Rev. Panam Salud Pública/Pam Am J Public Health 21(2/3), 2007.

ESPINDOLA, et. al. *Perfil do Profissional de Nível Superior na Estratégia Saúde da Família*. *Rev Bras Promoção Saúde*, Fortaleza, 24(4): 367-375, out./dez., 2011.

FERNANDES, et. al. *Vivências e Convivências de Lazer no Bairro de Felipe Camarão*. HOLOS, Ano 20, outubro/2004.

FERNANDES, A. R. LIMA, H. V. *Manejo e Conservação do Solo e da Água*. Universidade Federal Rural da Amazônia Instituto de Ciências Agrárias. Belém/PA 2007.

FIGUEIREDO, N. M. A. TONINI, T. *SUS e PSF para enfermagem: práticas para o cuidado em saúde coletiva*. São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora. 2007.

FIOCRUZ – Fundação Osvaldo Cruz. *Sanitarista: Reforma Sanitária. Biblioteca Virtual Sérgio Arouca, 2013*. Disponível em: <http://bvsarouca.icict.fiocruz.br/sanitarista05.html>. Acesso em: 10/04/2014.

FRANCO NETTO, G; CARNEIRO, F. F. *Vigilância Ambiental em Saúde no Brasil*. *Ciência e Ambiente*, São Paulo, v. 8, n. 5, p.348-354, 2002.

FREITAS, C. M. XIMENES, E. F. *Enchentes e saúde pública – uma questão na literatura científica recente das causas, consequências e respostas para prevenção e mitigação*. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(6): 1601-1615. 2012.

FREITAS, R. A. M. M. *Sociedade Contemporânea, Conhecimento em Saúde e em Enfermagem: desafios para a formação profissional*. Disponível em: <http://www.redadultosmaiores.com.ar/buscador/files/BRASI009.pdf>. Acesso em: 20/08/2013.

GERSCHMAN, S.A ***Democracia Inconclusiva: um estudo da Reforma Sanitária brasileira.*** 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004. 272 p.

GODIM, Grácia M. de. *Espaço e saúde: um [inter] ação provável nos processos de adoecimento e morte em populações.* In: MIRANDA, Ary C. et. al. (org.) ***Território, ambiente e saúde.*** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. p. 57-76.

GONDIM, G. M. M. et al. ***O território da Saúde: A organização do sistema de saúde e a territorialização.*** Escola de Saúde, 2008. Disponível em: http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/textos_curso_vigilancia/20.pdf. Acesso em: 21/04/2012.

GRANDO, S. ***Territorialização.*** SEMUSA. Florianópolis. 2010. Disponível em: <http://www.pmf.sc.gov.br/entidades/saude/territorializacao>.

HAESBAERT, Rogério. ***Território e Multiterritorialidade: Um Debate.*** Universidade Federal Fluminense. UFRGS. Porto Alegre - RS, setembro de 2004.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. ***Anápolis-GO: Histórico e Formação Administrativa.*** 2013. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/painel/historico>. Acesso em: 27/08/2013.

JUNQUEIRA, S. R. ***Competências profissionais na estratégia Saúde da Família e o trabalho em equipe.*** 2013. UMA-SUS/UNIFESP.

LOBATO, L. V. C. ***Reforma Sanitária e Reorganização do Sistema de Serviços de Saúde: efeitos sobre a cobertura e a utilização de serviços.*** Tese. Escola Nacional de Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, maio de 2000. Disponível em: <http://teses.iciet.fiocruz.br/pdf/lobatolvcd.pdf>.

LIMA, A. S; GAIA, E. S. M.; FERREIRA, M. A. ***A importância do Programa Hipertensão em uma Unidade de Saúde da Família do município de Serra Talhada - PE, para adesão dos hipertensos e diabéticos ao tratamento medicamentoso e dietético.*** Saúde Coletiva em Debate, 2(1), 30-29, dez. 2012.

LIMONGI, J. E.; MENEZES, E. C.; MENEZES A. C. ***Vigilância em saúde no programa saúde da família.*** Hygeia 4(7): 35-44, Dez/2008.

LUZ, J. S. ***A Inserção de Anápolis/GO no Contexto da Dinâmica Regional.*** UEG/UnUCSEH-Anápolis (GO). ***Revista Anápolis Digital*** Volume 01, número 01, 2010 – ISSN 2178 – 0722. Disponível em: www.anapolis.go.gov.br/revistaanapolisdigital. Acessado em: 20/08/2013.

MATEUS, M. D.; MARI, J. J. ***O sistema de saúde mental brasileiro: avanços e desafios - In: Políticas de saúde mental: baseado no curso Políticas públicas de saúde mental, do CAPS Luiz R. Cerqueira / organizado por Mário Dinis Mateus.*** São Paulo: Instituto de Saúde, 2013. 400p.

MARIANI, M. A. P.; ARRUDA, D. O. *Território, Territorialidade e Desenvolvimento Local: Um Estudo de Caso dos Empreendimentos Econômicos Solidários de Corumbá/MS*. 48º SOBER – Sociedade Brasileira de Economia, Administração e Sociologia Rural. Campo Grande – MS, UFMS, 2010. Disponível em: <http://www.sober.org.br/palestra/15/301.pdf>. Acesso: 20/07/2014.

MARQUI A. B. T, JAHN A. C, RESTA D. G, COLOMÉ I. C. S, ZANON T. *Caracterização das equipes da Saúde da Família e de seu processo de trabalho*. *Rev. Esc. Enferm. USP*, 2010; 44(4): 956-61.

MENDES, Eugênio Vilaça. *As redes de atenção à saúde*. / Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.: il.

MESQUITA, Zilá. *Do território à consciência territorial*. In: MESQUITA, Z. BRANDÃO, Carlos R. (org.) *Territórios do cotidiano: uma introdução a novos olhares e experiências*. Porto Alegre: Editora da UFRS, 1995.

MINAYO, M. C. S. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Ciências sociais Petrópolis, RJ: Vozes, 2002.

MOUTINHO, F. F. B.; HACON, S. S; BRUNO. S. F. *Qualidade da Água de Abastecimento, Estratégia Saúde da Família e Incidência de Diarreia: uma abordagem em dois bairros do município de Paraty – RJ*. *Rev. APS*, v. 12, n. 2, p. 187-193, abr./jun. 2009.

MONKEN, Maurício; BARCELLOS, Christovam. *Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas*. *Cad. Saúde Pública*. 2005, vol.21, n.3, pp. 898-906. ISSN 0102-311X.

MONKEN, Mauricio; BARCELLOS, Christovam. *O Território na Promoção e Vigilância em Saúde*. In.: *Educação Profissional e Docências: a formação e o trabalho do agente comunitário de saúde*. Ministério da Saúde. Fio Cruz. 2008.

MONKEN, M.; PEITER, P.; BARCELLOS, C.; ROJAS, L. I.; NAVARRO, M. B. M. A.; GONDIM, G. M. M.; GRACIE, R. (2008). *O território na saúde: construindo referências para análises em saúde e ambiente*. In.: *Território, ambiente e saúde*. Miranda, A.C.; Barcellos, C.; Moreira, J. C.; Monken, M. (orgs.) Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

MUCELIN, C. A. *Lixo e Impactos Ambientais Perceptíveis no Ecossistema Urbano*. *Sociedade & Natureza*, Uberlândia, 20 (1): 111-124, jun. 2008.

NASCIMENTO, M. G. Secretaria Municipal de Saúde de Anápolis. *Informe Epidemiológico de Dengue 2013 - Anápolis-GO*. Diretoria de Vigilância em Saúde Gerência de Vigilância Epidemiológica. Volume 04, edição 2. 25 de fevereiro de 2014.

PAIM, J. S. *O que é o SUS*. Rio de Janeiro: editora Fiocruz, 2009. 148 p. coleção Temas em Saúde.

PEREIRA, M. P. B. & BARCELLOS, C. *O território no programa de saúde da família*. Hygeia, 2(2): 47-59, 2006.

PESTANA, M. & MENDES, E. V. – *Pacto de gestão: da municipalização autárquica à regionalização cooperativa*. Belo Horizonte, Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2004.

PIACENTINI, Sabrina. *Diagnóstico Sócioambiental e Monitorização da Doença Diarreica Aguda em Moradores de uma Área de Abrangência da Estratégia de Saúde da Família – Campo Grande/MS*. Simpósio Internacional de Ciências Integradas da Unaerp Campus Guarujá. 2012. Disponível em: <http://www.unaerp.br/index.php/sici-unaerp/edicoes-anteriores/2012/secao-5-8/1321-diagnostico-socioambiental>. Acesso em: 09/09/2012.

PISTELLI, A.C. et al. *Informação e comunicação na construção de políticas públicas – o exemplo da política nacional de humanização*. Ministério da Saúde, Brasília, Brasil.

POLONIAL, Juscelino. *Introdução à História de Anápolis*. A História de Anápolis. 2007. Disponível em: <http://www.ahistoriadeanapolis.com.br/artigos>. Acessado em: 20/12/2013.

RAFFESTIN, C. Por uma geografia do poder. São Paulo: Ática, 1993.

REIS, M. A. S.; FORTUNA, C. M.; OLIVEIRA, C. T.; DURANTE, M. C. *A organização do processo de trabalho em uma unidade de saúde da família: desafios para a mudança das práticas*. Interface (Botucatu) [online]. 2007, vol.11, n.23, pp. 655-666. ISSN 1807-5762.

RIBEIRO, J. W. ROOKE, J. M. S. *Saneamento Básico e sua relação com o Meio Ambiente e a Saúde Pública*. Universidade Federal de Juiz de Fora – UFJF. Juiz de Fora. 2010.

RODRIGUES, M. P. et al. *A representação social do cuidado no programa saúde da família na cidade de Natal*. Ciência & Saúde Coletiva, 13(1): 71-82, 2008.

SACK, Robert David. *Territorialidade Humana: sua teoria e história*. Cambridge University Press. Cambridge. 1986.

SANTOS, Milton. *Território e sociedade: Entrevista com Milton Santos*. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2001.

SANTOS, S. M. SANTOS, R. S. *Sistema de informações geográficas e análise espacial na saúde pública*. Brasília: Ministério da Saúde, 2007a (Série B. Textos Básicos de Saúde/Série Capacitação e atualização em geoprocessamento em saúde 02).

SANTOS, Simone M. SOUZA, Wayner V. *Introdução à estatística espacial para a saúde pública*. Brasília: Ministério da Saúde, 2007b (Série B. Textos Básicos de Saúde/Série Capacitação e atualização em geoprocessamento em saúde 03).

SANTOS, Milton, 1926-2001. *A Natureza do Espaço: Técnica e Tempo, Razão e Emoção / Milton Santos*. - 4. ed. 2. reimpr. - São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2006. - (Coleção Milton Santos; 1) ISBN 85-314-0713-3.

SANTOS, S. M. R. et al. *A consulta de enfermagem no contexto da atenção básica de saúde*, juiz de fora, MG. Texto contexto enferm, Florianópolis, 2008 jan-mar; 17(1):124-30.

SANTOS, Carlos. *Território e Territorialidade*. Depto. de Geografia – UFRO. *Revista Zona de Impacto*. Issn 1982-9108, Vol. 13, Setembro/Dezembro, Ano 11, 2009.

SEBRAE – Serviço Brasileiro de Apoio ao Micro e Pequenas Empresas. *Comece Certo: Comércio de Sucatas - Depósito de Ferro Velho*. São Paulo. 1ª Edição. 2010. Disponível em: http://www.sebraesp.com.br/arquivos_site/biblioteca/ComeceCerto/Comercio. Acesso em: 21/02/2014.

SOUZA, Marcelo José L. *O território: sobre espaço e poder, autonomia e desenvolvimento*. In: CASTRO, Iná E. GOMES, Paulo C. de. C. CORRÊA, Roberto L. (Org.) *Geografia: conceitos e temas*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2000, p. 77-116.

SOUSA, T. G. S. *Água potável garantia de qualidade de vida*. UFPI. 2002. GT 15: Educação ambiental. Disponível em: <http://www.ufpi.br/subsiteFiles/ppged/arquivos>. Acesso em: 02/01/2014.

SOUZA, D. S. M.; MONTEIRO M. R. C. C. *Manual de Recomendações para Diagnóstico, Tratamento e Seguimento Ambulatorial de Portadores de doença de Chagas*. Belém: As autoras, 2013, 50 p.

SICOLI, J. L., NASCIMENTO, P. R. *Promoção da saúde: conceitos, princípios e operacionalização*. Interface - Comunic. Saúde, Educ, v.7, n.12, p.91-112, 2003.

SIAB – Sistema de Informação de Atenção Básica. *Consolidado das Famílias Cadastradas do Ano de 2011*. Anápolis - GO, 2013. Secretaria de Assistência a Saúde/DAB – DATASUS

SILVA, M. A. M.; WOLTMANN, E.; CORÁ, A. F. D.; DASSO JÚNIOR, A. E. *Impacto das Diferenças Territoriais na Formulação de Políticas Públicas De Saúde: Um Estudo Comparativo de Unidades Básicas de Saúde do Município de Porto Alegre*. X Salão de Iniciação Científica – PUCRS, 2009. Disponível em: http://www.pucrs.br/edipucrs/XSalaoIC/Ciencias_da_Saude/Saude_Coletiva/71496-pdf. Acesso: 20/09/2014.

SILVA, D. A. M. et al. *Importância da recreação e do lazer*. Brasília: Gráfica e Editora Ideal, 2011. 52 p.; 25 cm. – (Cadernos interativos – elementos para o desenvolvimento de políticas, programas e projetos intersetoriais, enfatizando a relação lazer, escola e processo educativo; 4).

SILVEIRA JÚNIOR, C. *Relato de Experiência em Unidade Básica de Saúde Serraria-Diadema*. 2011. Disponível em: <http://susbrasil.net/2011/11/04/desafios-em-gestao-do-psf-relato-de-experiencia/>. Acesso: 20/09/2014.

_____. Sociedade Brasileira de Hipertensão. *Estudo revela que a hipertensão tem crescido muito entre jovens*. 2014. Disponível em: <http://www.sbh.org.br/geral/sbh-namidia.asp?id=306>. Acesso em: 20/06/2014.

TAVARES, G. G. *Cidade e Território da Saúde: estudo da territorialidade e práticas das equipes das Unidades de Saúde da Família de Anápolis- Goiás (2001 – 2010)*.

TAVARES, et al. *Diagnóstico da Criança e Adolescente Residentes no Município de Anápolis, Goiás (2014)*. Centro Universitário de Anápolis – UniEVANGÉLICA Fundação Evangélica – FUNEV, Pró-Reitoria de Pós-Graduação, Pesquisa, Ação Comunitária e Extensão.

TEIXEIRA, Carmen. *Os Princípios do Sistema Único de Saúde*. Texto de apoio elaborado para subsidiar o debate nas Conferências Municipal e Estadual de Saúde. Salvador, Bahia. Junho de 2011. Disponível em: http://www.saude.ba.gov.br/pdf/os_principios_do_sus.pdf. Acesso: 03/05/2013.

TURRINI, R. N. T. et al. *Resolutividade dos serviços de saúde por inquérito domiciliar: percepção do usuário*. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24(3): 663-674, mar, 2008.

VALLE JUNIOR, R. F.; GALBIATTI, J. A. *Diagnóstico de Áreas de Risco de Erosão e Conflito de uso dos Solos na Bacia do Rio Uberaba*. Universidade Estadual Paulista- Banco de Teses- UNESP, Jaboticabal – São Paulo – Brasil, Julho de 2008.

VIANA, A. L. D.; DAL POZ, M. R. *A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família*. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 15(Suplemento):225- 264, 2005.

Apêndices e Anexos

Apêndices I – Entrevista semi – estruturada



Centro Universitário de Anápolis – UniEvangélica
Programa de Mestrado em Sociedade, Tecnologia e Meio Ambiente
Mestrando: Osmar Pereira dos Santos
Orientadora: Dra Giovana Galvão Tavares

Este projeto cujo título “Território e Saúde: estudo do território de abrangência da Unidade de Saúde da Família Bairro de Lourdes, Anápolis/GO” tem por objetivo estudar o território de abrangência da USF – Bairro de Lourdes (Anápolis/GO) e sua territorialidade, bem como o entendimento de suas configurações demográficas, epidemiológica, socioculturais, econômicas, ambientais e riscos, pelos gestores e profissionais de saúde.

Questionário

1. Identificação profissional (colocar apenas letras iniciais do nome e sobrenome)

1.1. Data do preenchimento do questionário: ____/____/____ Horário: ____:____

1.2. Sexo: Masculino () Feminino ()?

1.3. Qual é a sua profissão? _____

1.4. Qual é a sua idade? _____

1.5. Quantos anos você tem de formado (a)? _____

1.6. Há quanto tempo você trabalha nesta unidade de saúde? _____

2. Sobre o território da saúde

Na ESF o foco da atenção está voltado para a família, entendida e percebida a partir do seu ambiente físico e social, o que possibilita às equipes de saúde uma compreensão do processo saúde-doença e da necessidade de intervenção que vão além de práticas curativas, dentro de seu território de abrangência (RODRIGUES, 2008).

2.1. Diante do exposto o que você entende por território da saúde?

2.2. O quê você entende por territorialidade?

2.3. Qual é a demanda populacional que é atendida por essa unidade de saúde?

2.4. Qual é a demanda populacional que você atende?

2.5. Você julga suficiente a quantidade de profissionais atuantes para atender toda a população?

3. Sobre os Programas

3.1. Existem programas de saúde na USF que atende as necessidades da clientela? Se sim, Quais são?

3.2. Você atua em algum destes programas?

4. Os entendimentos que você tem sobre território da saúde, foram adquiridos na graduação, especialização, no cotidiano profissional ou outros? Se outros quais?

Se sim, foram suficientes?

Apêndices II – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Centro Universitário de Anápolis – UniEVANGÉLICA Programa de Mestrado em Sociedade, Tecnologia e Meio Ambiente

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

Senhor (a): _____ você está sendo convidado para participar, como voluntário, de nossa pesquisa. Após ser esclarecido sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa você não participará da pesquisa e não será penalizado de forma alguma.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Título do Projeto: Território e Saúde: estudo do território de abrangência da Unidade de Saúde da Família Bairro de Lourdes, Anápolis/GO.

Pesquisador Responsável/Orientadora: Dra. Giovana Galvão Tavares

Pesquisadores participantes/Acadêmico: Osmar Pereira dos Santos

Telefones para contato: (62) 9090-33106759; (62) 9090-35051691; (62) 9090-91385777. E o telefone do CEP-UniEVANGÉLICA – 3310 6736, caso o participante se sinta lesado ou prejudicado.

O objetivo desta pesquisa é estudar o território de abrangência da USF – Bairro de Lourdes (Anápolis/GO) e sua territorialidade, bem como o entendimento de suas configurações demográficas, epidemiológica, socioculturais, econômicas, ambientais e riscos, pelos gestores e profissionais de saúde.

- É importante salientar que toda pesquisa oferece risco para os atores envolvidos. No caso em tela há o risco de ansiedade por falta de tempo em responder ao questionário, a entrevista, ou algum dos gestores envolvidos se sentir constrangido por não ter conhecimentos mais profundos sobre Território da Saúde e como este tema vem sendo usado na unidade de saúde e área de abrangência. Diante disso, é fundamental deixar claro que as informações são confidenciais, que apenas o pesquisador e sua orientadora terão acesso, que não há necessidade de se identificar nominalmente e que os dados serão analisados em conjunto com as demais envolvidos para despersonalizar o resultado.

- Mesmo diante de toda cautela que a pesquisa prima, o risco continua a existir. O que fica de certeza é que os pesquisadores se comprometem a minimizá-los ao máximo, e caso ocorra algum problema pode-se agendar outra data e horário para responder ao questionário ou a entrevista. Caso perdure, após as entrevistas ou ao questionário, o nervosismo prolongado ou

até mesmo ansiedade, serão tomadas medidas de auxílio como indicação de tratamentos na rede pública compatíveis com o problema desencadeado.

- Mais uma vez reforçamos ao Senhor (a) gestor (a) que as pessoas participantes da pesquisa terão suas identidades preservadas e que seus nomes serão substituídos por letras e números, e que todos os dados serão utilizados apenas para pesquisa científica, artigos, apresentações em congressos, fóruns, etc. Depois de utilizado os dados coletados serão arquivados por cinco anos e depois incinerados.

- Privacidade e confidencialidade: Em hipótese alguma, seu nome será divulgado. Ao entrevistado o (a) senhor (a) poderá interromper a qualquer momento sem prejuízo algum a sua pessoa. Nesta pesquisa é garantido, se caso for solicitado pelo senhor (a), o resguardo de suas informações pessoais ou sigilosas. Além da liberdade em recusar-se a informar ou fornecer dados internos da Unidade de Saúde, em estudo, em qualquer fase da pesquisa sem penalidade alguma e sem prejuízo aos dados confiados aos seus cuidados.

Anápolis, ____ de _____ de 2014.

Pesquisador Responsável.

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO

Eu, _____, RG nº _____, abaixo assinado, concordo voluntariamente em participar do estudo acima descrito, como sujeito. Declaro ter sido devidamente informado e esclarecido pelo pesquisador Osmar Pereira dos Santos sobre os objetivos da pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios envolvidos na minha participação. Foi-me dada à oportunidade de fazer perguntas e recebi telefones para entrar em contato, a cobrar, caso tenha dúvidas. Fui orientado para entrar em contato com o CEP UniEVANGÉLICA (fone 3310 6736), caso me sinta lesado ou prejudicado. Foi-me garantido que não sou obrigado a participar da pesquisa e posso desistir a qualquer momento, sem qualquer penalidade. Recebi uma cópia deste documento.
Anápolis, ____ de _____ de 2014.

Assinatura do sujeito

Anexo I – Declaração da Instituição Co-participante



Declaração da Instituição Co-participante

Declaramos ciência quanto à realização da pesquisa intitulada “Território e Saúde: Estudo do Território de Abrangência da Unidade de Saúde da Família Bairro de Lourdes, Anápolis/GO (2011-2012)” realizada por Osmar Pereira dos Santos, telefone de contato (62) 9090-91385777, matriculado no Programa de Mestrado Multidisciplinar em Sociedade, Tecnologia e Meio Ambiente do Centro Universitário de Anápolis – UniEvangélica, sob a orientação do professor Prof.ª Dr.ª Giovana Galvão Tavares, a fim de desenvolver a Dissertação, para obtenção do título mestre, sendo esta uma das exigências do curso. No entanto, os pesquisadores garantem que as informações e dados coletados serão utilizados e guardados, exclusivamente para fins previstos no protocolo desta pesquisa.

A ciência da instituição possibilita a realização desta pesquisa, que tem como objetivo: Estudar o território de abrangência da USF – Bairro de Lourdes e sua territorialidade, bem como o entendimento de suas configurações demográficas, epidemiológica, sócio-culturais, econômicas, ambientais e riscos, pelos gestores e profissionais de saúde, fazendo-se necessário a coleta de dados nesta instituição, pois configura importante etapa de elaboração da pesquisa. Para a coleta de dados pretende se aplicar questionário/entrevista aos profissionais de saúde atuantes na Unidade de Saúde do Bairro de Lourdes. O nome do sujeito participante do questionário será ocultado, garantindo o sigilo nominal da pessoa. Apresentar, os riscos e como minimizá-los e os benefícios da pesquisa.

Declaramos que a autorização para realização da pesquisa acima descrita será mediante a apresentação de parecer ético aprovado emitido pelo CEP da Instituição Proponente, nos termos da Resolução CNS nº. 466/12.

Esta instituição esta ciente de suas co-responsabilidades como instituição co-participante do presente projeto de pesquisa de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de segurança e bem-estar.

Anápolis, 27 de setembro de 2013.

Assinatura e carimbo do responsável institucional

Ricardo Carvalho Araújo
Diretor do Atendimento Básico

Anexo II – Parecer Consubstanciado do CEP - Aprovado

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE
ANÁPOLIS - UNIEVANGÉLICA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Território e Saúde: estudo do território de abrangência da Unidade de Saúde da Família Bairro de Lourdes, Anápolis/GO

Pesquisador: Osmar Pereira dos Santos

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 20380613.4.0000.5076

Instituição Proponente: Centro Universitário de Anápolis - UniEVANGÉLICA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 545.252

Data da Relatoria: 21/02/2014

Apresentação do Projeto:

Considerar Número do Parecer: 527.667 - Data da Relatoria: 14/02/2014.

Objetivo da Pesquisa:

Considerar Número do Parecer: 527.667 - Data da Relatoria: 14/02/2014.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Considerar Número do Parecer: 527.667 - Data da Relatoria: 14/02/2014.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Considerar Número do Parecer: 527.667 - Data da Relatoria: 14/02/2014.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os documentos foram apresentados e adequados conforme Resolução CNS n.466/2012.

Recomendações:

Todas as folhas dos TCLEs aplicados aos diferentes participantes devem ser rubricadas e assinadas pelos participantes e pesquisador responsável.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

PENDÊNCIA ATENDIDA:

Endereço: Av. Universitária, Km 3,5

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 75.083-515

UF: GO

Município: ANAPOLIS

Telefone: (62)3310-6736

Fax: (62)3310-6636

E-mail: cep@unievangelica.edu.br