

Educação Profissional e Docência em Saúde:  
a formação e o trabalho do agente  
comunitário de saúde



## O Território e o Processo Saúde-Doença



ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE  
JOAQUIM VENÂNCIO

## **FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ**

### **Presidência**

Paulo Buss

### **Vice-Presidência de Pesquisa e Desenvolvimento Tecnológico**

José Rocha Carvalheiro

### **Coordenação da Área de Fomento e Infra-Estrutura**

Win Degrave

### **Coordenação do Programa de Desenvolvimento e Inovação Tecnológica em Saúde Pública (PDTSP)**

Mirna Teixeira

## **ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO**

### **Direção**

André Malhão

### **Vice-Direção de Pesquisa e Desenvolvimento Tecnológico**

Isabel Brasil Pereira

### **Vice-Direção de Desenvolvimento Institucional**

Sergio Munck

### **Coleção Educação Profissional e Docência em Saúde: a formação e o trabalho do agente comunitário de saúde**

### **Coordenação**

Márcia Valéria G. C. Morosini

Esta publicação contou com o apoio do PDTSP/Fiocruz

# O Território e o Processo Saúde-Doença

## Organização

Angélica Ferreira Fonseca

Anamaria D'Andrea Corbo



## **Projeto Gráfico e Editoração Eletrônica**

Marcelo Paixão

## **Capa**

Gregório Galvão de Albuquerque

Diego de Souza Inácio

## **Revisão**

Janaína de Souza Silva

Soraya de Oliveira Ferreira

## **Revisão Técnica**

Ana Lúcia Pontes

Angélica Ferreira Fonseca

Anamaria D'Andrea Corbo

Catálogo na fonte  
Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio  
Biblioteca Emília Bustamante

---

F676t Fonseca, Angélica Ferreira (Org.)  
O território e o processo saúde-doença. / Organizado por Angélica Ferreira  
Fonseca e Ana Maria D'Andrea Corbo. – Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

266 p. : il. , graf. , mapa. ; – (Coleção Educação Profissional e Docência  
em saúde: a formação e o trabalho do agente comunitário de saúde,  
1). Coordenadora da coleção Márcia Valéria G. C. Morosini.

1. Agente Comunitário de Saúde. 2. Saúde. 3. Doença. 4. Saúde da Família  
5. Brasil. 6. Promoção da Saúde. 7. Livro Didático. I. Título. II. Corbo, Ana  
Maria D'Andrea. III. Morosini, Márcia Valéria G. C.

CDD-362.10425

---

## **Autores**

### **Carlos Batistella**

Odontólogo sanitário, mestrando em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz), professor e pesquisador da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio da Fundação Oswaldo Cruz (EPSJV/Fiocruz).

### **Christovam Barcellos**

Geógrafo, doutor em Geociências pela Universidade Federal Fluminense (UFF), professor e pesquisador do Centro de Informação Científica e Tecnológica da Fundação Oswaldo Cruz (CICT/Fiocruz).

### **Grácia Maria de Miranda Gondim**

Arquiteta urbanista, doutoranda em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz), professora e pesquisadora da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio da Fundação Oswaldo Cruz (EPSJV/Fiocruz).

### **José Paulo Vicente da Silva**

Enfermeiro, mestre em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/Uerj), professor e pesquisador da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio da Fundação Oswaldo Cruz (EPSJV/Fiocruz).

### **Maurício Monken**

Geógrafo, doutor em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz), professor e pesquisador da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio da Fundação Oswaldo Cruz (EPSJV/Fiocruz).

### **Mauro de Lima Gomes**

Enfermeiro sanitário, mestrando do Programa de Políticas Públicas e Formação Humana da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IPPFH/Uerj), professor pesquisador da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio da Fundação Oswaldo Cruz (EPSJV/Fiocruz).



## Sumário

<b>Apresentação da Coleção</b>	<b>9</b>
<b>Apresentação do Livro</b>	<b>21</b>
<b>Saúde, Doença e Cuidado: complexidade teórica e necessidade histórica</b> <i>Carlos Batistella</i>	<b>25</b>
<b>Abordagens Contemporâneas do Conceito de Saúde</b> <i>Carlos Batistella</i>	<b>51</b>
<b>Do Conceito de Risco ao da Precaução: entre determinismos e incertezas</b> <i>Grácia Maria de Miranda Gondim</i>	<b>87</b>
<b>Análise da Situação de Saúde: principais problemas de saúde da população brasileira</b> <i>Carlos Batistella</i>	<b>121</b>
<b>Problemas, Necessidades e Situação de Saúde: uma revisão de abordagens para a reflexão e ação da equipe de saúde da família</b> <i>José Paulo Vicente da Silva, Carlos Batistella e Mauro de Lima Gomes</i>	<b>159</b>
<b>O Território na Promoção e Vigilância em Saúde</b> <i>Maurício Monken e Christovam Barcellos</i>	<b>177</b>
<b>Instrumentos para o Diagnóstico Sócio-Sanitário no Programa Saúde da Família</b> <i>Christovam Barcellos e Maurício Monken</i>	<b>225</b>





## **Apresentação da Coleção**

### **Educação Profissional e Docência em Saúde: a formação e o trabalho do Agente Comunitário de Saúde**

A coleção Educação Profissional e Docência em Saúde: a formação e o trabalho do Agente Comunitário de Saúde, organizada pela Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio da Fundação Oswaldo Cruz (EPSJV/Fiocruz), é dirigida aos docentes das instituições responsáveis pela formação dos agentes comunitários de saúde, em particular às Escolas Técnicas do Sistema Único de Saúde (ETSUS). Estas escolas públicas da área da saúde, majoritariamente ligadas às Secretarias de Saúde dos estados e municípios, dedicam-se à educação profissional dos trabalhadores de nível médio e técnico do SUS, estando organizadas em âmbito nacional, desde 2000, na Rede de Escolas Técnicas do SUS (RETSUS), da qual a EPSJV faz parte.

A idéia de uma coleção de textos de referência bibliográfica para os docentes que se dedicam à educação dos ACS surge do reconhecimento da necessidade de sistematizar e socializar os saberes fundamentais à formação desses profissionais, saberes estes que transcendem o nível local e conformam uma base comum ao trabalho. A coleção buscou também contemplar o entendimento de que o ACS realiza um trabalho complexo, cujas bases técnicas não podem ser descontextualizadas das relações sociais e políticas que as atravessam e condicionam. Tal premissa marca a concepção de educação profissional promovida pela EPSJV/Fiocruz, que entende o trabalho como princípio educativo e a formação docente como um processo contínuo no qual pesquisa e ensino se articulam em objetos de trabalho e investigação permanentes.

As discussões abordadas nos livros que compõem a coleção emergiram dos debates realizados com docentes, ACS, gestores e especialistas (representantes das coordenações municipais e estaduais da Saúde da Família) em oficinas regionais desenvolvidas em três escolas da Retsus – no Centro de Formação de Pessoal para os Serviços de Saúde Dr. Manuel da Costa Souza (Natal-RN), na Escola Técnica em Saúde Maria Moreira da Rocha (Rio Branco-AC) e na Escola Técnica de Saúde de Blumenau (Blumenau-SC) –, contemplando as três macrorregiões geoeconômicas do país, respectivamente, Nordeste, Amazônia e Centro-Sul. Nestas oficinas, participaram também o Centro

de Formação de Pessoal Caetano Munhoz da Costa, do Paraná, a Escola de Formação em Saúde de Santa Catarina e o Centro de Formação de Recursos Humanos da Paraíba.

Nesses encontros, almejou-se reconhecer as condições do trabalho dos ACS, buscando a interlocução necessária à construção da coleção. Esse processo se deu no âmbito do projeto “Material Didático para os Docentes do Curso Técnico de ACS: melhoria da qualidade na Atenção Básica”, coordenado pela EPSJV/Fiocruz, realizado em parceria com Escolas Técnicas do SUS, e financiado pelo Programa de Desenvolvimento e Inovação Tecnológica em Saúde Pública: Sistema Único de Saúde (PDTSP-SUS) da Fiocruz, edital 2004. A coleção foi viabilizada, assim, pelo diálogo já constituído no interior da Rede, apresentando-se, desta forma, também, como uma contribuição ao seu fortalecimento e ao processo de colaboração e parceria entre estas escolas.

Para melhor localizarmos a coleção no contexto da formação técnica dos ACS, devemos, então, remetermo-nos, em primeiro lugar, às questões relativas ao seu trabalho e à sua profissionalização e, em segundo lugar, ao projeto do qual a coleção resulta, incluindo suas concepções sobre trabalho, conhecimento e material didático.

### **A Formação do ACS e a Relevância desta Coleção**

Em meados de 2004, o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação publicaram o Referencial Curricular do Curso Técnico de Agente Comunitário de saúde, instituindo a formação técnica deste trabalhador e trazendo uma contribuição fundamental à regulamentação desta profissão, estratégica para a reorganização da atenção básica no SUS, por meio da Saúde da Família. Entretanto, a operacionalização da formação em nível técnico dos ACS não constitui tarefa simples. Esta operacionalização se depara com as complexidades inerentes à própria configuração da atividade dos ACS, no que diz respeito à natureza inovadora da atividade, à fragilidade de sua identidade profissional e à regulamentação incipiente. Além disso, a formação dos ACS transcende o setor da saúde.

Reconhecidamente o trabalho do agente comunitário de saúde lida com questões relativas à cidadania, à política, às condições de vida e à organização dos grupos e suas relações, incluindo a família. Assim, exige o aporte de conhe-

cimentos que extrapolam o campo da saúde, e que precisam estar sistematizados na formação dos ACS, além dos saberes específicos que perpassam a prática cotidiana da sua atuação. Independentemente da realidade local em que o ACS se encontra, estes eixos são estruturantes para o desenvolvimento de um trabalho com qualidade no campo da saúde.

A produção de material didático não está descolada desta complexidade. Porém, o material produzido para apoiar a capacitação dos ACS, que se desenvolveu predominantemente em serviço, vem-se caracterizando predominantemente por centrar-se no desempenho das atividades e atribuições específicas desses trabalhadores. Este tipo de material, embora tenha uma aplicação justificada em algumas circunstâncias específicas de qualificação, pode, por outro lado, reforçar a simplificação do trabalho do ACS e reduzi-lo à sua dimensão operacional, não contemplando, de forma satisfatória, a abrangência requerida por uma formação técnica congruente com a complexidade inerente às diversas etapas do trabalho em saúde.

O nível técnico, em nossa perspectiva, introduz a oportunidade de elaboração de um projeto político pedagógico que fundamente o saber sobre o trabalho e recupere as bases técnicas que o estruturam e o qualificam, constituindo-se na possibilidade de domínio pelo trabalhador do conhecimento científico construído pela humanidade. Este conhecimento permite ao sujeito a apropriação dos fundamentos teóricos e técnicos do seu trabalho, ampliando-lhe a compreensão do processo em que se insere.

A partir da atuação das ETSUS na formação técnica dos agentes comunitários, estas escolas iniciaram a produção de material didático dirigido para tal formação. A diretriz que prevaleceu foi que este material deveria ser sensível à realidade local em que se desenvolve o trabalho e a formação do ACS, em atenção às diferenças regionais. Entretanto, é de se considerar que tais diferenças expressam também desigualdades socialmente produzidas e que se ater a elas pode implicar a sua reprodução. Além disso, mesmo se considerando que há contextos e práticas culturais particulares, partimos do princípio que há conhecimentos que constituem uma base comum para a produção da saúde, e, portanto, para o trabalho e a formação do ACS.

Neste cenário, coloca-se a pertinência e a necessidade da presente proposta. Primeiro, por objetivar constituir um referencial bibliográfico sistematizado e tematizado a partir de um projeto formativo norteado por diretrizes

nacionais. Segundo, por buscar articular as diretrizes nacionais à realidade local, através da integração das escolas técnicas que concebem os planos de curso orientados pelas diretrizes nacionais e que realizam a formação dos ACS locais. Terceiro, por visar o docente que participa dessa formação técnica e que participará ativamente da elaboração do próprio material, ensejando um duplo processo de qualificação desse docente: no próprio processo de produção do material e na sua utilização posterior.

### **Concepções Teórico-Methodológicas de Construção do Material Didático**

Quanto aos referenciais teórico-metodológicos, destacamos a orientação de pautar a produção do material didático pela consideração dos diferentes discursos em disputa histórica sobre temáticas centrais à formação dos agentes comunitários: trabalho, educação e saúde. A concepção aqui defendida é a de que não há forma de tratar tais temáticas sem problematizar as noções, sócio-historicamente produzidas, a respeito destas.

A metodologia experimentada não está circunscrita à adaptação dos conhecimentos das tecnologias de base física e organizacional para a realidade dos agentes comunitários de saúde. Em certa medida, tal adaptação poderia significar o reforço da concepção de processo de trabalho como soma de funções executadas e do agente comunitário como último nível na hierarquia da divisão social e técnica do conhecimento. Assim, na perspectiva da presente coleção, uma forma de colocar em xeque a divisão social e técnica do trabalho é colocar os conceitos acima apontados em sua historicidade – via noções em disputa no discurso dos docentes, dos ACS, dos trabalhadores da saúde da família, enfim, em todos os sujeitos envolvidos na configuração da formação e do trabalho do ACS. Ou seja, o conhecimento não é neutro; o conhecimento se define como tal porque implica formas de ação e de existência – no caso, dos trabalhadores da saúde.

Neste sentido, a diversidade de temas e questões tratadas pela presente coleção ao longo dos seis volumes não constitui um “adendo” ou uma busca de “iluminar” os docentes atuantes na formação dos ACS. Parte-se do princípio que a historicidade do conhecimento – que passa por analisar

suas condições de produção e de disputa – está no cerne da compreensão e da construção do trabalho e da formação do ACS, tanto quanto o conhecimento mais imediatamente associável à prática desse trabalhador.

Note-se também que a compreensão de material didático, construída no âmbito dessa coleção, não se confunde com aquela que concebe este tipo de texto unicamente como instrumento *in loco* do processo ensino-aprendizagem. Ao contrário, compreende o processo ensino-aprendizagem de forma ampliada, abrangendo a formação do docente e a concepção do docente como um investigador. Destarte, nosso material didático formata-se como textos de referência que articulam ensino e pesquisa como dimensões indissociáveis da educação profissional, podendo constituir-se em uma biblioteca de consulta.

Está também presente em nossa concepção de material didático a necessidade de considerar – e colocar em confronto – a realidade cotidiana dos serviços e o conhecimento socialmente acumulado como ponto de partida da formação da classe trabalhadora. Entendemos esse confronto entre os significados como uma dinâmica profícua, na medida em que os contextos diferenciados, quando em interação, estabelecem uma relação não apenas de justaposição ou de indiferença, mas, sobretudo, de interação e conflito. Nesta relação pode-se estabelecer o diálogo, havendo tantas significações possíveis quantos os projetos histórico-sociais em disputa.

Neste sentido, a construção do material didático de apoio aos docentes atuantes na formação dos agentes comunitários de saúde orienta-se pela idéia de diálogo como condição de linguagem, diálogo entendido aqui como a inexorável inscrição de sujeitos e discursos na história – para que se produza sentido, conhecimento, saber. Logo, o diálogo, na perspectiva aqui adotada, é constitutivo da própria linguagem e do conhecimento.

No entanto, esta condição de linguagem chamada por nós aqui de “diálogo” se realiza e se manifesta historicamente nas mais diferentes formas, inclusive naquela que busca negar sua própria existência: ou seja, aquela que tenta reprimir, na superfície do texto, o caráter histórico e social dos conceitos. O resultado disto, no âmbito do material didático, é a idéia de que o conhecimento ali apresentado e construído se confunde com o real.

A presente coleção almeja alcançar o horizonte oposto, buscando incorporar a noção de livro didático como um processo e um texto em que múltiplas vozes estão representadas e, algumas vezes, em conflito. Além da própria for-

ma de implementação do projeto de pesquisa do qual este material didático emerge, este atravessamento de temáticas no trabalho do ACS ganha materialidade no tratamento editorial da coleção, no qual buscou-se explicitar, através de notas remissivas cruzadas em cada texto, a abordagem de conceitos e noções tratadas por outros textos também publicados na coleção. Esta direção constitui um dos passos para construir os conteúdos curriculares centrais à formação do agente comunitário e para colocar como questão o resgate e a produção de conhecimento envolvidos neste trabalho.

Nesta perspectiva, portanto, entendemos o livro didático como um artefato que também pode potencializar que os sujeitos-leitores vivenciem a leitura como um ato que permita a compreensão da dimensão histórica da produção do conhecimento, abrindo espaço para o questionamento e a resignificação do texto.

Enfim, entendemos o material didático como uma tecnologia educativa que pode problematizar a naturalização de conceitos e noções que atravessam o trabalho e a formação do ACS, entendendo que estes também são fruto de um processo em que o trabalhador foi “subalternizado” e expropriado da criação do trabalho. Mais que uma “devolução”, no entanto, os textos aqui publicados consistem de um questionamento direto da invisibilidade e da simplicidade deste trabalho, explicitando sua inevitável inscrição histórica nas práticas e nos saberes do trabalho em saúde.

*Márcia Valéria G. C. Morosini  
Carla Macedo Martins*

A presente coleção, que este livro inaugura, só foi possível mediante o trabalho coletivo no qual tiveram participação especial os integrantes das oficinas regionais de tematização dos eixos para a produção dos livros. A seguir, apresentamos os seus nomes e empenhamos a eles a nossa gratidão.

### **Participantes da Oficina em Blumenau – SC:**

**Aláide Maria Correa**

Agente Comunitário de Saúde – Secretaria Municipal de Saúde – Blumenau

**Arlete Barzenski**

Enfermeira – Coordenadora pedagógica do Curso Técnico de ACS Centro Formador de Recursos Humanos Caetano Munhoz da Rocha (CFRH– Curitiba) – PR.

**Cláudia Vilela de Souza Lange**

Pedagoga – Coordenadora Geral – Escola Técnica de Saúde de Blumenau (ETS - Blumenau) – SC

**Kátia Lúcia Brasil Pintarelli**

Cirurgiã Dentista – ETS – Blumenau – SC

**Lorete Margarida Bernardes**

Pedagoga Coordenadora Administrativa – ETS – Blumenau - SC

**Luis Carlos Kriewall**

Veterinário – SMS – Blumenau

**Maria de Fátima Campos**

Enfermeira – Coord. Curso Técnico de Enfermagem – ETS – Blumenau - SC

**Maria de Lourdes dos Santos**

Enfermeira – Coordenadora PSF – SMS – Blumenau – SC

**Nanci Aparecida da Silva**

Enfermeira – Coordenadora PSF – SMS – Blumenau – SC

**Náuria da Silva Guimarães**

Pedagoga da ETS – Blumenau – SC

**Nilcéia Bastos dos Santos**

Agente Comunitário de Saúde – SMS – Blumenau – SC

**Rosana A. Antunes Nunes**

Pedagoga – Escola de Formação em Saúde (EFOS) – SC.

**Rosete de Jesus Rosa Boenner**

Assistente social – Coordenadora Região Garcia – SMS – Blumenau - SC

**Sandra Marli Buttei**

Assistente Social – ETS – Blumenau – SC

**Solange Melo de Liz**

Agente Comunitário de Saúde – SMS – Blumenau – SC

**Stella Maris Duarte**

Enfermeira – Gerente PSF/UAS – SMS – Blumenau – SC

**Susana Maria Polidório dos Santos**

Pedagoga – EFOS – SC

**Tereza Miranda Rodrigues**

Enfermeira – Coordenadora pedagógica do Curso Técnico de ACS – CFRH – Curitiba – PR

**Coordenadores da oficina em Blumenau:**

Marcia Valéria Guimarães Cardoso Morosini; Ana Lúcia Abrahão; Anamaria D' Andréa Corbo; Anakeila de Barros Stauffer; Renata Reis Cornélio (EPSJV/Fiocruz)

**Participantes da Oficina em Natal - RN:**

**Aldeci Padilha Honório**

Pedagoga – Coordenadora pedagógica do Curso Técnico de ACS – Centro de Formação de Pessoal para os Serviços de Saúde Dr. Manuel da Costa Souza (Cefope) – RN.

**Ana Dilma da Silva**

Agente Comunitária – Secretaria Municipal de Saúde de São Gonçalo do Amarante – RN

**Aura Helena Gomes Dantas de Araújo**

Enfermeira – Coordenadora pedagógica de Curso de Auxiliar de Enfermagem – Cefope–RN

**Bárbara C. S. Farias Santos**

Dentista – PSF – Secretaria Estadual de Saúde Pública – RN

**Carolene de Fátima O. Estrela**

Pedagoga – Coordenadora Pedagógica – Centro Formador de Recursos Humanos (Cefor- RH) – PB

**Divaneide Ferreira de Souza**

Enfermeira – Coordenadora Pedagógica do Curso de Aux. Enf. – Cefope – RN

**Francisco Djairo Bezerra Alves**

Agente Comunitário de Saúde – SMS – Natal – RN

**Maria das Graças Teixeira**

Socióloga - SMS – Natal – RN

**Ivaneide Medeiros Nelson**

Pedagoga – Assessora – Cefope–RN



**Jacira Machado Alves Araújo**

Dentista – Docente do Curso de Formação de ACS – Cefor RH–PB

**Jeovanice Borja da Silva**

Agente Comunitária de Saúde – SMS - Natal

**Lêda Maria de Medeiros**

Dentista – Coordenadora do Curso de THD e do Curso Técnico de ACS – Cefope–RN

**Marco Aurélio Azevedo de Oliveira**

Dentista – PSF – SMS Natal – docente – Cefope–RN.

**Maria Bernadete Almeida Cavalcanti**

Enfermeira – Coordenadora Pedagógica do Curso de formação de ACS – Cefor–PB

**Maria da Assunção Régis**

Enfermeira – Coordenadora pedagógica dos Cursos de Qualificação do ACS - Cefope-RN

**Maria da Conceição Jales de M. Guedes**

Enfermeira - SMS de São Gonçalo do Amarante – RN

**Maria das Graças Leite Rebouças**

Enfermeira - Coordenadora do Curso de Aux.Enfermagem - Cefope-RN

**Maria dos Remédios de Oliveira Macedo**

Agente comunitária de saúde - PACS - SMS de São Gonçalo do Amarante - RN

**Maria Luciene B. da Costa**

Agente comunitária de saúde - SMS – Natal - RN

**Maria Neusa da Nóbrega Almintas**

Enfermeira - Coordenadora pedagógica do curso de Enfermagem e Hemoterapia - Cefope-RN

**Neuma Lucia de Oliveira**

Dentista - PSF – SMS Natal – Docente - Cefope-RN

**Maria das Graças da Silva Lucas**

Historiadora - Técnica do Setor de Desenvolvimento de Pessoal – SMS – Natal – RN

**Maria das Neves M. Maia (Nevinha)**

Administradora - Coordenadora pedagógica da formação do ACS - Cefope-RN

**Solane Maria Costa**

Enfermeira - Coordenadora local dos ACS - PACS/PSF - Secretaria Estadual de Saúde Pública RN - Assessora do COSEMS - RN

**Uiacy Nascimento de Alencar**

Assistente social - Coordenadora do PSF/ PACS Estado-RN - Secretaria Estadual de Saúde Pública RN

**Vera Lucia da Silva Ferreira**

Enfermeira – Diretora - Cefope-RN

**Verônica Maria e Silva**

Enfermeira - Coordenadora pedagógica do curso de Aux. Enfermagem - Cefope-RN

**Coordenadores da oficina em Natal:**

Márcia Valéria Guimarães Cardoso Morosini; Angélica Ferreira Fonseca; Anamaria D' Andréa Corbo; Anakeila de Barros Stauffer (EPSJV/Fiocruz)

**Participantes da oficina em Rio Branco – AC:**

**Analdemira da Costa Moreira**

Enfermeira - Área Técnica de Leishmaniose - Supervisão das U.S.F. – SEMSA - Coordenação Local do PROFAE-Acre – Escola Técnica de Saúde Maria Moreira da Rocha - ETSMMR

**Aurílio Fernandes de Lima**

Biólogo - mediador - ETSMMR – Secretaria de Estado de Saúde do Acre - SESACRE

**Elza Fernanda Leão de Assis**

Bióloga/Enfermeira – mediadora - ETSMMR

**Érica Fabíola Araújo da Silva**

Enfermeira - Área Técnica de Tabagismo - Supervisora das U.B.S. – SEMSA – mediadora - ETSMMR

**Francisca Lima do Nascimento**

Pedagoga - Assessora Pedagógica

**Francisca Viana de Araújo**

ACS – PSF – Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco - SEMSA  
Gerência de Educação Profissional – GEPRO - Secretaria de Estado de Educação

**Glacimar Alves de Nazaré**

Pedagoga - assessora pedagógica - ETSMMR

**Herleis Maria de Almeida Chagas**

Enfermeiro - coordenadora de Saúde Comunitária (PACS/PSF) - SEMSA

**Jarderlene Borges de Matos**

ACS – PACS - SEMSA

**João Batista Francalino da Rocha**

Enfermeiro - Gerência de Ações Básicas de Saúde (GABS) - SEMSA

**João Bosco Moreira Martins**

Pedagogo - Assessor Pedagógico – ETSMMR

**Lôdia Maria Lopes da Silva**

Licenciada em Letras – mediadora - Assessora de Português - ETSMMR

**Maria Estela Livelli Becker**

Enfermeira – mediadora - ETSMMR

**Maria Zulênia da Silva Sousa**

ACS - SEMSA

**Marlene Campos dos Reis**

Enfermeira - Área Técnica Hipertenso e Diabetes – SEMSA - mediadora - ETSMMR

**Marlene da Silva de Oliveira**

Pedagoga - Coordenadora de Aprendizagem - ETSMMR

**Mirtes da Silva Andrade Ribeiro**

Enfermeira – mediadora -ETSMMR

**Neidiany Vieira Jovarini**

Psicóloga – mediadora - ETSMMR

**Patrick Noronha Dantas**

Enfermeiro - mediador - ETSMMR

**Raimundo Jesus Pinheiro**

Enfermeiro - Coordenador Local - ETSMMR

**Rosa Maria da Silva Costa Rocha**

Bióloga – sanitaria - Coordenadora Técnica do Curso de Agentes Comunitários de Saúde - ETSMMR

**Roseane da Silveira Machado**

Enfermeiro - ETSMMR - SESACRE

**Rosinei de Queiroz**

ACS – PSF - SEMSA

**Silene Ferreira da Silva**

ACS - PSF - SEMSA - Associação dos Agentes Comunitários de Saúde de Rio Branco

**Simone Maria de Souza do Nascimento**

ACS - Associação dos Agentes Comunitários de Saúde de Rio Branco

**Talita Lima do Nascimento**

Enfermeira - Coordenação Geral - ETSMMR

**Valéria Cristina de Moraes Pereira**

História - Coordenação de Recursos Administrativos - ETSMMR

**Vânia Maria Lima da Silva**

Enfermeira - Coordenadora Técnica da área de Enfermagem - PROFAE-Acre.

**Coordenadores da Oficina em Rio Branco:**

Márcia Valéria Guimarães Cardoso Morosini; Anakeila de Barros Stauffer; Carla Macedo Martins; Gustavo Corrêa Matta.



## **Apresentação do Livro**

O livro *O Território e o Processo Saúde-Doença* é o primeiro da coleção Educação Profissional e Docência em Saúde: a formação e o trabalho do agente comunitário de saúde, composta de seis volumes voltados para os docentes do Curso Técnico de Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Os temas deste livro foram pautados a partir da discussão em torno de dois eixos: o processo saúde-doença; a territorialização e o diagnóstico sócio-sanitário. Incluir estes temas na formação e qualificação dos docentes, indicando a pertinência de sua adoção como conteúdo para a formação de ACS, significa propor uma reflexão para além das práticas cotidianas dos ACS, por meio da qual o diagnóstico sócio-sanitário tem destaque. O que se propõe aqui é tornar presente o pensamento crítico sobre concepções de saúde, os objetos da atenção à saúde, os conceitos que dialogam com a conformação desses objetos e os modos como estes se traduzem em práticas que compõem o trabalho do ACS.

O primeiro texto deste livro, de autoria de Carlos Batistella, “Saúde, doença e cuidado: complexidade teórica e necessidade histórica”, possibilita ao leitor refletir sobre os modelos explicativos de saúde situando-os no contexto histórico dos processos produtivos da sociedade. Ao recusar a rotulação desta discussão como uma abstração dispensável ao processo de formação, e em especial à formação do trabalhador de nível médio, este texto, seguindo a perspectiva que perpassa a coleção, acentua o rompimento com a dicotomia entre fazer e pensar.

No texto seguinte, “Problemas, necessidades e situação de saúde: uma revisão de abordagens para a reflexão e ação da equipe de saúde da família”, o mesmo autor, acompanhado de José Paulo Vicente e Mauro Gomes, dá continuidade à discussão anterior, acercando-se do tema da produção do cuidado em saúde. Este artigo faz importantes ponderações sobre os limites e possibilidades da adoção dos conceitos destacados – problemas, necessidades e situação de saúde – na ‘re-orientação’ das práticas de atenção à saúde. A problematização tem como pano de fundo a compre-

ensão da saúde como processo social, afastando-se assim do reducionismo clínico e biológico e enriquecendo-se, ao situar as questões apresentadas no contexto do Programa de Saúde da Família (PSF).

No texto “Análise da situação de saúde: principais problemas de saúde da população brasileira”, Batistella constrói um panorama sanitário no qual nos convoca a aliar ferramentas clássicas do pensamento epidemiológico – os indicadores de morbi-mortalidade – às informações advindas da utilização de indicadores sociais. Entre esses indicadores encontramos alguns que ganham relevância quando o pensar sobre a saúde, tal como proposto pelo conjunto de textos e autores deste livro, não se dissocia da questão do ambiente, tão cara à vigilância em saúde.

Esses três textos nos remetem, diretamente, a vários temas tratados ao longo da coleção particularmente àqueles que tratam das políticas e práticas de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) – o planejamento, a educação em saúde e os modelos de atenção.

Grácia Gondim, no texto “Do conceito do risco ao da precaução”, contextualiza a historicidade destes conceitos, atualizando a sua percepção e uso no campo da saúde coletiva, cujas intervenções devem ser, necessariamente, embasadas na análise e monitoramento dos riscos, na perspectiva de assegurar a efetividade das ações de precaução, promoção e proteção à saúde.

Christovam Barcellos e Maurício Monken reúnem-se para tratar, em dois textos – “O território na promoção e vigilância em saúde” e “Instrumentos para o diagnóstico sócio-sanitário no Programa de Saúde da Família” – de um conjunto amplo de questões cuja abordagem demanda a articulação entre conhecimentos de diferentes disciplinas, entre as quais se destacam a geografia e a epidemiologia. A concepção de território como processo histórico-social apresenta-se com força, tornando-se central para o entendimento do processo de produção da saúde-doença. Outro elemento-chave que estrutura os textos é a vigilância em saúde, compreendida por meio dos conceitos que a subsidiam e das práticas que lhe conferem identidade. Em ambos os artigos, fica visível o processo de produção do conhecimento que se relaciona intensamente com o ‘agir em saúde’ e articula-se

tanto com as bases teóricas quanto com os recursos políticos e técnicos que perpassam o processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família.

No contexto de reconfiguração da atenção à saúde, o ACS se torna um trabalhador central que realiza um trabalho complexo, localizado na interface de vários campos de conhecimentos. O conjunto de textos que compõe este livro aporta densidade teórica e reflexão crítica sobre temas centrais na reorganização das práticas e do modelo de atenção em saúde, adotando a perspectiva de que o conhecimento precisa ser socializado, de forma a subsidiar o trabalho e a reflexão crítica que perpassa o cotidiano dos serviços de saúde e das comunidades atendidas.

A perspectiva da politecnia, marca da coleção de livros ora inaugurada, faz-se marca também deste volume e revela-se na compreensão do docente e do ACS como trabalhadores e intelectuais, cujos trabalhos, realizados em espaços sociais distintos, porém complementares e articulados, envolvem a pesquisa e a educação; a escola e a comunidade/serviços.

*Angélica Ferreira Fonseca  
Anamaria D'Andrea Corbo*





# Saúde, Doença e Cuidado: complexidade teórica e necessidade histórica

*Carlos Batistella*

Buscar a saúde é questão não só de sobrevivência,  
mas de qualificação da existência.  
Boaventura de Souza Santos<sup>1</sup>

## **Introdução**

Cedo ou tarde, praticamente todo ser humano se pergunta sobre a origem da vida e as razões da existência. Essa reflexão faz parte de um exercício fundamental que nos liga ao universal, ao mesmo tempo que nos posiciona como sujeitos históricos. De modo semelhante, parece-nos que todo profissional de saúde deveria colocar-se diante de um questionamento essencial e existencial semelhante: O que é a saúde? Como meu trabalho pode efetivamente se tornar um meio de promovê-la?

Ainda que não se ache relevante tal exercício, é importante lembrar que cotidianamente expressamos compreensões sobre saúde e doença. Quando são exibidas reportagens ou propagandas na televisão sobre alimentos, produtos de beleza, remédios e comportamentos saudáveis; quando buscamos diagnósticos e tratamentos cada vez mais específicos; quando organizamos nosso cotidiano em função de nosso bem-estar; ou ainda quando optamos por um determinado estilo de vida, estamos sempre nos referindo a uma determinada compreensão de saúde e de enfermidade. Por sua vez, as práticas desenvolvidas nos serviços de atenção à saúde, conscientes ou não, estão relacionadas diretamente a determinadas concepções de saúde-doença-cuidado vigentes.

Nos últimos anos temos observado o ressurgimento do interesse pela discussão do conceito de saúde, tanto no meio acadêmico como na sociedade. Esse fenômeno pode ser explicado por diferentes fatores: o desenvolvimento de

<sup>1</sup> apud Czeresnia (2003).

## O TERRITÓRIO E O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

novas tecnologias diagnósticas e terapêuticas, e sua divulgação quase simultânea pelos meios de comunicação vem ampliando o conhecimento da população sobre as doenças, seus sinais e sintomas.

O monitoramento celular dos mecanismos bioquímicos fisiológicos e patológicos tem induzido o surgimento de 'novas' doenças; o mapeamento do genoma humano e a abertura de novos horizontes terapêuticos com base na utilização de células-tronco têm recolocado em pauta a discussão sobre saúde pré-natal, 'cirurgias genéticas' e questões éticas decorrentes. A transformação da saúde em valor individual na sociedade de consumo é atestada pela crescente preocupação com a adoção de comportamentos saudáveis, pela propagação de modelos de beleza ideal e sua busca por meio de dietas, cirurgias e indústria cosmética, bem como pela procura dos seguros privados de saúde. No meio acadêmico, o debate dessa temática se renova motivado principalmente pelas discussões em torno da necessidade de mudanças no atual modelo de atenção à saúde, do movimento da promoção da saúde e pela própria crise do setor (Almeida Filho 2000a, 2000b, 2002, 2003; Buss, 2003; Czeresnia, 2003; Lefèvre & Lefèvre, 2004; Teixeira, Paim & Villasbôas, 2002).

Nos processos formativos, essa discussão tende a ser considerada excessivamente teórica e de poucas implicações práticas para o cotidiano dos serviços. Procurando fazer um caminho oposto, consideramos de fundamental importância que sejam explicitadas as profundas relações entre as concepções e as práticas de saúde, sejam tais relações individuais, comunitárias ou institucionais, bem como compreendidas as complexas mediações estabelecidas na sua reprodução.

Segundo Caponi (1997), a problematização dos conceitos correntes acerca da saúde tem como objetivo

evidenciar que o âmbito dos enunciados, o âmbito dos discursos, está em permanente cruzamento com o âmbito do não-discursivo, do institucional. É por isso que a aceitação de determinado conceito implica muito mais que um enunciado, implica o direcionamento de certas intervenções efetivas sobre o corpo e a vida dos sujeitos, implica a redefinição desse espaço de onde se exerce o controle administrativo da saúde dos indivíduos.<sup>2</sup> (Caponi, 1997: 291)

Se, de um lado, não parece difícil perceber as implicações diretas dos conceitos sobre as práticas, ou seja, do 'porquê' conceituar; de outro, são bas-

---

<sup>2</sup> Tradução livre.

## SAÚDE, DOENÇA E CUIDADO (...)

tante polêmicas as formas do 'como' conceituar. A pretensão de objetividade na construção do conhecimento científico, classicamente traduzida nos modelos matemáticos, vem-se mostrando insuficiente, principalmente no campo das ciências humanas e sociais. Considerados em sua historicidade e complexidade, os fenômenos sociais não podem ser apreendidos somente por meio de seus aspectos objetivos (Minayo, 2004; Souza Santos, 2004). A própria ciência médica, ainda que trabalhe diretamente com a saúde e a doença, não consegue dar conta, isoladamente, de definições de saúde e doença. Para Czeresnia (2003: 42), "o discurso médico científico não contempla a significação mais ampla da saúde e do adoecer. A saúde não é objeto que se possa delimitar".

Mesmo apontando as dificuldades das construções teóricas, consideradas redutoras e incapazes de dar conta da totalidade dos fenômenos de saúde e do adoecer, a autora reconhece que não caberia questionar o pensamento científico por ser limitado e redutor, mas sim criticar o ponto de vista que nega o limite da construção científica:

Se, de um lado, o vital é mais complexo que os conceitos que tentam explicá-lo; de outro, é através de conceitos que são viabilizadas as intervenções operativas. Não há como produzir formas alternativas e atenção à saúde que não busquem operacionalizar conceitos de saúde e doença. (Czeresnia, 2003: 46-47)

Ainda que sejam sempre aproximações, recortes parciais de uma realidade sempre mais complexa, são os conceitos que nos possibilitam discutir as intervenções sobre esta mesma realidade. Não caberia negar sua importância, mas ter consciência de seus limites. Por isso mesmo tornam-se importantes: porque expõem a perspectiva de abordagem utilizada, permitindo seu questionamento e constante renovação. Os conceitos são a referência da prática. Traduzem-se nas opções de conhecimento necessário, no desenvolvimento de métodos, técnicas e instrumentos para a intervenção e, em última análise, na própria forma de a sociedade organizar-se para provê-la (a saúde) ou evitá-la (a doença).

Se pretendermos, como pressuposto da educação profissional em saúde, formar trabalhadores críticos, capazes de compreender e atuar na transformação da realidade social e de saúde da população, é preciso tomar a discussão do processo saúde-doença como eixo fundamental na organização dos currículos de formação. Mais do que isso, procurando superar uma concepção de educação profissional tecnicista, na qual a fragmentação entre teoria e prática reduz

## O TERRITÓRIO E O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

o ensino às tarefas do posto de trabalho, é preciso situá-la em suas dimensões histórica, social e cultural, reestabelecendo, assim, as relações fundamentais entre formação geral e técnica.

A idéia de um conceito 'ampliado' de saúde tornou-se consenso entre os profissionais da saúde coletiva, muito embora haja controvérsias sobre a direção dessa ampliação e pouco se saiba sobre como operacionalizá-lo. Nosso objetivo neste artigo é fazer uma breve revisão histórica desse debate, abordando diferentes dimensões de análise do processo saúde-doença. Importante enfatizar que não reforçaremos a idéia de uma superação linear dessas visões, pelo contrário, reforçaremos a tese de que esses diferentes olhares convivem, complementam-se e/ou disputam espaços de compreensão e intervenção até os dias de hoje.

### **As Interpretações Mágico-Religiosas**

A saúde e a doença sempre fizeram parte da realidade e das preocupações humanas. Ao longo da história, os modelos de explicação da saúde e da doença sempre estiveram vinculados aos diferentes processos de produção e reprodução das sociedades humanas. Desde a visão mágica dos caçadores-coletores até a perspectiva individualizante do capitalismo concorrencial, a diversidade de práticas que procuram promover, manter ou recuperar a saúde tem estreita relação com as formações sociais e econômicas, os significados atribuídos e o conhecimento disponível em cada época.

A preocupação com a conservação da saúde acompanha o homem desde os primórdios. A rejeição a substâncias amargas, a procura de abrigos para o frio, o calor e a chuva, a necessidade de repousar, de comer e beber são comportamentos que fazem parte do instinto humano de conservação (Scliar, 2002). A doença, no entanto, sempre esteve presente no desenvolvimento da humanidade. Estudos de paleoepidemiologia relatam a ocorrência, há mais de três mil anos, de diversas doenças que até hoje afligem a humanidade. Esquistossomose, varíola, tuberculose foram encontradas em múmias, restos de esqueletos e retratadas em pinturas tanto no Egito como entre os índios pré-colombianos. Também podem ser encontrados relatos de epidemias na *Iliada* e no *Velho Testamento*.

## SAÚDE, DOENÇA E CUIDADO (...)

Durante o paleolítico, a descoberta e o domínio do fogo juntamente com o desenvolvimento de uma linguagem rudimentar irão favorecer o desenvolvimento de sociedades comunais, indicando uma certa organização social entre os homens primitivos. Essencialmente caçadores-coletores, viviam em bandos nômades, e a sobrevivência estava diretamente associada à disponibilidade de alimentos e água abundante. As doenças e agravos que não pudessem ser entendidos como resultado direto das atividades cotidianas – quedas, cortes e lesões obtidas durante as caçadas – eram explicados pela ação sobrenatural de deuses ou de demônios e espíritos malignos mobilizados por um inimigo.

Dominante entre os povos da Antigüidade, o pensamento mágico-religioso (Scliar, 2002) será responsável pela manutenção da coesão social e pelo desenvolvimento inicial da prática médica. Nas diferentes culturas, o papel da cura estava entregue a indivíduos iniciados: os sacerdotes incas; os xamãs e pajés entre os índios brasileiros; as benzedeiras e os curandeiros na África. Considerados líderes espirituais com funções e poderes de natureza ritualística, mágica e religiosa, mantinham contato com o universo sobrenatural e com as forças da natureza. Encarregados de realizar a cura, erradicando o mal e reintegrando o doente a partir de diferentes recursos extáticos de convocação, captura e afastamento dos espíritos malignos, os curandeiros valem-se de cânticos, danças, instrumentos musicais, infusões, emplastros, plantas psicoativas, jejum, restrições dietéticas, reclusão, tabaco, calor, defumação, massagens, fricção, escarificações, extração da doença pela provocação do vômito, entre outros recursos terapêuticos.

Além de uma sofisticada farmacopéia, a herança menos óbvia dos sistemas etnomédicos dos ameríndios e de outras tradições milenares baseadas no pensamento mágico-religioso encontra-se na forma integral de tratamento do indivíduo. Compreendendo-o a partir do conjunto de relações sociais estabelecidas no interior de uma comunidade e de uma cosmogonia própria, os vínculos desenvolvidos entre o curandeiro e o doente são fundamentais no processo de cura. Hoje em dia, diversas linhas de pesquisa e de intervenção nas práticas de saúde procuram resgatar essa dimensão subjetiva envolvida nos processos terapêuticos, relegada pelo pensamento positivista e mecanicista que predominou no desenvolvimento da medicina ocidental contemporânea.

Porém, os problemas de saúde se acentuaram significativamente com o desenvolvimento da vida comunitária (Rosen, 1994). No neolítico, o cultivo da

## O TERRITÓRIO E O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

terra e a produção de alimentos permitiram a fixação do homem em sítios próximos de rios e vales férteis, dando origem aos primeiros aldeamentos. O homem passou, desse modo, de nômade a agricultor e pastor. A domesticação dos animais, seja para auxílio no plantio, seja como fonte regular de proteínas, foi elemento crucial no aparecimento de novas doenças.

Originalmente presentes nos animais, diversos microorganismos são, pouco a pouco, adaptados e disseminados entre as populações humanas. Doenças como a varíola e a tuberculose migraram do gado para os seres humanos. Porcos e aves transmitiram a gripe, e o cavalo, o resfriado comum (Palmeira et al., 2004). O armazenamento de alimentos e a concentração dos dejetos nas aldeias aproximaram os vetores do convívio humano.

O excedente gerado pelo aumento da produção agrícola será responsável pela intensificação das trocas e o surgimento do comércio entre populações. O aumento dos contatos humano proveniente destas atividades irá favorecer a circulação de parasitos e a disseminação das doenças.

À medida que as diferentes civilizações vão-se desenvolvendo e se consolidando, vão surgindo outras formas de enfrentar os problemas. Escavações realizadas no norte da Índia indicaram a existência de uma antiga civilização que, há cerca de quatro mil anos, já apresentava indícios de planejamento urbano, com ordenamento das casas, ruas largas, pavimentadas e canais para escoamento do esgoto (Rosen, 1994).

Impressionantes sistemas de abastecimento de água, instalações para banhos, descargas para lavatórios e canalização para o esgoto também estavam presentes no Antigo Egito (3.100 a.C.), na cultura creto-micênica (1.500 a.C.) e entre os quéchuas, no Império Inca (1200 d.C.).

Embora a preocupação com a limpeza e higiene pessoal acompanhe o homem desde a pré-história, as razões para esse comportamento são bastante distintas. A associação entre limpeza e religiosidade é comum em diferentes culturas. Expurgar as impurezas a fim de apresentar-se limpo aos olhos dos deuses constitui-se um hábito e um ritual de diferentes civilizações como os incas, hebreus e egípcios (Rosen, 1994).

Com um forte enraizamento histórico nas mais diferentes culturas, a visão mágico-religiosa ainda exerce muita influência nas formas de pensar a saúde e a doença na sociedade contemporânea. De um lado, o uso disseminado de chás, o recurso às rezas, benzeduras, simpatias, oferendas e os ritos de

## SAÚDE, DOENÇA E CUIDADO (...)

purificação, presentes nas diversas crenças e religiões (católica, evangélica, espírita, candomblé entre outras), atestam a força de sua presença na cultura brasileira.<sup>3</sup> De outro, salienta-se a importância de reassociar as dimensões espiritual e ambiental às tradicionais dimensões social, biológica e psicológica em que se insere a vida humana (Luz, 2006).

Na perspectiva da formação de profissionais de saúde, em especial daqueles que irão atuar junto à população, como é o caso dos agentes comunitários de saúde (ACS), é fundamental que se reconheça e respeite a expressão dessas crenças e práticas na sociedade, viabilizando um encontro de saberes que possa conferir maior efetividade às ações de promoção, prevenção e cuidado, realizadas pelos serviços de saúde.<sup>4</sup>

### **As Primeiras Explicações Racionais: a medicina hipocrática**

Ao lado das concepções mágico-religiosas, pouco a pouco foi-se desenvolvendo uma outra explicação para a saúde e a doença. O apogeu da civilização grega vai representar o rompimento com a superstição e as práticas mágicas e o surgimento de explicações racionais para os fenômenos de saúde e doença. Nascida no seio da religião panteísta, a medicina grega cultuava a divindade de Asclepius. Suas práticas, no entanto, iam além da ritualística, envolvendo o uso de ervas medicinais e de métodos naturais. Na mitologia grega, Asclépius teve duas filhas a quem ensinou a sua arte: Hygeia (de onde deriva 'higiene') e Panacea (deusa da cura).

Os grandes médicos gregos eram também filósofos naturais (Rosen, 1994). Mais do que lidar com os problemas de saúde, procuravam entender as relações entre o homem e a natureza. Entre estas preocupações estava

<sup>3</sup> A sabedoria dos feiticeiros e curandeiros indígenas e africanos acerca da flora e o poderoso efeito psicológico dos rituais foi responsável pela maior parte das curas no Brasil colônia (Scliar, 2002). Uma das hipóteses mais aceitas para explicar as razões da Revolta da Vacina, ocorrida na cidade do Rio de Janeiro em 10 de novembro de 1904, tem base religiosa. Para Chalhoub, boa parte do movimento de oposição à vacinação obrigatória pode ser atribuído à resistência dos negros que viam na prática uma violação dos ritos dedicados a Omolu (Obaluaê), orixá da saúde e doença: "(...) uma epidemia de varíola era um castigo que funcionava como uma purificação dos males de uma comunidade; a tentativa de obstaculizar a marcha natural das bexigas seria então um convite a mais devastação e morte" (Chalhoub, 1996: 145).

<sup>4</sup> Para a discussão da relação entre o saber popular e as práticas de saúde, ver Pedrosa, texto "Cultura popular e identificação comunitária: práticas populares no cuidado à saúde", no livro *Educação e Saúde*, nesta coleção (N. E.).

## O TERRITÓRIO E O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

a explicação da saúde e da doença como resultantes de processos naturais e não sagrados.

A observação empírica da natureza irá fornecer os elementos centrais para a organização de um novo modo de conceber o adoecimento humano. É principalmente através de Hipócrates (460-377 a.C.) e de sua obra que tomamos contato com uma abordagem racional da medicina.

Em seu mais famoso livro: *Ares, Águas e Lugares*, Hipócrates chamará de 'endêmicas' aquelas doenças em que observou a ocorrência de um número regular e contínuo de casos entre os habitantes de uma comunidade, e de 'epidemia' o surgimento repentino, explosivo, de um grande número de casos em uma população. Ele atribui como fatores responsáveis pela endemicidade local o clima, o solo, a água, o modo de vida e a nutrição. Essa observação terá um importante aspecto prático, conduzindo e orientando as atitudes e a organização das comunidades gregas no sentido da prevenção das doenças por ocasião da conquista de novos territórios ao Leste e Oeste. Datam daí os primeiros contratos de médicos municipais, que em comunidades maiores deixavam de exercer seu ofício de forma itinerante. Além das práticas curativas, esses médicos já atuavam no sentido da preservação da harmonia e do equilíbrio entre os elementos constituintes do corpo humano. As ações de higiene e de educação em saúde estavam baseadas na recomendação de um modo ideal de vida, em que nutrição, excreção, exercício e descanso eram fundamentais.

A relação com o ambiente é um traço característico da compreensão hipocrática do fenômeno saúde-doença. Partindo da observação das funções do organismo e suas relações com o meio natural (periodicidade das chuvas, ventos, calor ou frio) e social (trabalho, moradia, posição social etc), Hipócrates desenvolveu uma teoria que entende a saúde como homeostase, isto é, como resultante do equilíbrio entre o homem e seu meio.

Hipócrates concebia a doença como um desequilíbrio dos quatro humores fundamentais do organismo: sangue, linfa, bile amarela e bile negra. A teoria dos miasmas explicava o surgimento das doenças a partir da emanação do ar de regiões insalubres (a origem da palavra malária vem daí: *maus ares*).

Com escassos conhecimentos de anatomia e fisiologia, os médicos hipocráticos eram atentos observadores. Para Scliar (2002:25), a característica fundamental dos médicos gregos era a "observação atenta, mas não experimentação, registro lógico, mas não metodologia científica". A base da semiologia



## SAÚDE, DOENÇA E CUIDADO (...)

médica atual já era apresentada nos quatro passos fundamentais da medicina grega: exploração do corpo (ausculta e manipulação sensorial); conversa com o paciente (anamnese); entendimento sobre o problema (o raciocínio diagnóstico); e estabelecimento de procedimentos terapêuticos ou ações indicadas para as queixas mencionadas (prognóstico).

As contribuições da medicina grega foram assimiladas pelo Império Romano. Embora tenha sido notado pouco avanço em relação à clínica e à própria percepção da constituição das doenças entre os homens,<sup>5</sup> a engenharia sanitária e a administração terão um notável desenvolvimento.

O suprimento de água através de aquedutos foi antes de tudo uma necessidade para os romanos. As cidades dependiam de poços, cisternas de água de chuva, canalizações extensas, banheiros e fontes públicas. Em seu livro *De Aquis Urbis Romae* (Os aquedutos da cidade de Roma), Sexto Júlio Frontino (40-104 a.C.), comissário de águas de Roma no ano 97 d.C., descreve os benefícios à saúde da população resultantes da substituição da captação de água do rio Tibre e de poços particulares pelo sistema de aquedutos, destacando a pureza da água obtida através da disposição de bacias de assentamento para depósito de sedimentos e do sistema de distribuição mantido por reservatórios e encanamentos (Rosen, 1994).

O hábito romano dos banhos era extensivo a todos os moradores. Podia ter diversas finalidades, entre as quais a higiene corporal e a terapia pela água com propriedades medicinais. O grande número de banhos públicos tornou a higiene pessoal acessível, trazendo imensos benefícios ao povo.

O grande sistema de esgoto de Roma, a 'cloaca máxima', foi construído originalmente para realizar a drenagem de pântanos, sendo posteriormente utilizado para eliminar a água de superfície e os esgotos através de canos localizados sob as ruas. Embora também existissem latrinas públicas, nos quarteirões mais pobres a degradação ambiental era inequívoca. O apinhamento de cortiços e o cheiro de urina nas ruas prenunciavam os tempos sombrios que estavam por vir.

Os romanos também podem ser considerados precursores da área de atuação que hoje chamamos de saúde dos trabalhadores. A relação entre ocupações e enfermidades era observada por diversos naturalistas e poetas que

<sup>5</sup> A teoria miasmática irá permanecer válida até meados do século XIX. Somente com o advento da bacteriologia é que serão questionados seus postulados.

## O TERRITÓRIO E O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

atribuíam o adoecimento dos mineiros à pobre ventilação das minas e aos fluidos e vapores tóxicos aos quais estavam expostos.

### **Saúde e Doença na Idade Média: entre o castigo e a redenção**

Com a queda do Império Romano e a ascensão do regime feudal, por volta do ano 476 d.C., evidenciaram-se o declínio da cultura urbana e a decadência da organização e das práticas de saúde pública. As instalações sanitárias tanto na sede como nas províncias do antigo Império foram destruídas ou arruinaram-se pela falta de manutenção e reparos (Rosen, 1994).

Enquanto no Ocidente a desmantelamento da máquina do governo e o declínio econômico fazia o Império agonizar; no Oriente, em Bizâncio (hoje Istambul, Turquia), onde as invasões bárbaras não chegaram a ameaçar, foram mantidas várias das conquistas do mundo clássico e a herança da tradição médica greco-romana.

A Idade Média (500-1500 d.C.) foi marcada pelo sofrimento impingido pelas inúmeras pestilências e epidemias à população. A expansão e o fortalecimento da Igreja são traços marcantes desse período.

O cristianismo afirmava a existência de uma conexão fundamental entre a doença e o pecado. Como este mundo representava apenas uma passagem para purificação da alma, as doenças passaram a ser entendidas como castigo de Deus, expiação dos pecados ou possessão do demônio. Conseqüência desta visão, as práticas de cura deixaram de ser realizadas por médicos e passaram a ser atribuídas a religiosos. No lugar de recomendações dietéticas, exercícios, chás, repousos e outras medidas terapêuticas da medicina clássica, são recomendadas rezas, penitências, invocações de santos, exorcismos, unções e outros procedimentos para purificação da alma, uma vez que o corpo físico, apesar de albergá-la, não tinha a mesma importância. Como eram poucos os recursos para deter o avanço das doenças, a interpretação cristã oferecia conforto espiritual, e morrer equivalia à libertação (Rosen, 1994).

A difusão da igreja católica e de sua visão tornou marginal qualquer explicação racional que pretendesse aprofundar o conhecimento a partir da observação da natureza. As ciências, e especialmente a medicina, eram consideradas blasfêmias diante do evangelho. A especulação científica era, portanto, desnecessária (Scliar, 2002). Assim, o desenvolvimento da medicina só teve continuidade entre os árabes e judeus, onde a tradição de Hipócrates e Galeno de

## SAÚDE, DOENÇA E CUIDADO (...)

Pérgamo foi acrescida de importantes estudos em farmacologia e cirurgia. Destacam-se nesse período Avicena (980-1037) e Averróes (1126-1198).

O medo das doenças era constante nos burgos medievais. Dentre as inúmeras epidemias que aterrorizavam as populações (varíola, difteria, sarampo, influenza, ergotismo, tuberculose, escabiose, erisipela etc), a lepra e a peste bubônica foram, sem dúvida, aquelas de maior importância e preocupação.

Caso emblemático, a lepra era tida como manifestação evidente da impureza diante de Deus, e seus portadores deveriam ser condenados ao isolamento, conforme descrição bíblica. Considerados mortos, rezava-se uma missa de corpo presente antes do mesmo seguirem para o leprosário. Aqueles que vagassem pelas estradas deveriam usar vestes características e fazer soar uma matraca para advertir a outros de sua perigosa ameaça. Todo estigma e as conseqüências de seu diagnóstico fizeram da lepra a doença mais temida nesse período (Rosen, 1994; Scliar, 2002).

A peste bubônica, por sua vez, marcou o início e o ocaso da Idade Média. Causada por uma bactéria, *Pasteurella pestis*, transmitida pela pulga de ratos, a doença foi responsável pela morte de cerca de ¼ da população europeia em 1347. Dentre as principais causas apontadas estavam as viagens marítimas e o aumento da população urbana, que, somados aos conflitos militares, aos intensos movimentos migratórios, à miséria, à promiscuidade e à falta de higiene nos burgos medievais, tornaram o final deste período histórico digno da expressão muitas vezes evocada para descrevê-la: a idade das trevas.

Ainda que limitadas, algumas ações de saúde pública foram desenvolvidas na intenção de sanear as cidades medievais. A aglomeração crescente da população – que chegava trazendo hábitos da vida rural, como a criação de animais (porcos, gansos, patos) –, o acúmulo de excrementos nas ruas sem pavimentação, a poluição das fontes de água, a ausência de esgotamento e as péssimas condições de higiene, produziam um quadro aterrador. Buscou-se então garantir o suprimento de água aos moradores para beber e cozinhar; pedia-se que não fossem lançados animais mortos ou refugos na corrente do rio; proibiu-se a lavagem de peles e o despejo de resíduos dos tintureiros nas águas que serviam à comunidade.

Somente no final da Idade Média é que, pouco a pouco, foram sendo criados códigos sanitários visando normatizar a localização de chiqueiros, matadouros, o despejo de restos, o recolhimento do lixo, a pavimentação das ruas e

## O TERRITÓRIO E O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

a canalização de dejetos para poços cobertos (Rosen, 1994). Ainda assim, é preciso lembrar que os hábitos culturais dos habitantes tornavam boa parte das medidas inócuas.

Também na Idade Média é que surgem os primeiros hospitais. Originados da igreja, nas ordens monásticas, inicialmente estavam destinados a acolher os pobres e doentes. Para Foucault (1982a: 99-100),

Antes do século XVIII, o hospital era essencialmente uma instituição de assistência aos pobres. Instituição de assistência, como também de separação e exclusão. O pobre como pobre tem necessidade de assistência e, como doente, portador de doença e de possível contágio, é perigoso. Por estas razões, o hospital deve estar presente tanto para recolhê-lo quanto para proteger os outros do perigo que ele encarna. O personagem ideal do hospital, até o século XVIII, não é o doente que é preciso curar, mas o pobre que está morrendo. É alguém que deve ser assistido material e espiritualmente, alguém a quem se deve dar os últimos cuidados e o último sacramento. (...) E o pessoal hospitalar não era fundamentalmente destinado a realizar a cura do doente, mas a conseguir sua própria salvação.<sup>6</sup>

Outra importante contribuição deste período foi a instituição da prática da quarentena para deter a propagação das doenças. A êxito da experiência do isolamento de leprosos – embora proposta por razões religiosas – reforçou a idéia de sua utilização para outras doenças comunicáveis. Diante da epidemia da peste, em meio a outras práticas baseadas na compreensão miasmática e no misticismo (como uso de perfumes, fogueiras purificadoras etc), a retirada das pessoas da convivência e a sua observação até a garantia de que não estivessem doentes já apontavam uma preocupação com a natureza contagiosa de algumas doenças.

Surgida em 1348 em Veneza, principal porto de comércio com o Oriente, a quarentena consistia na notificação de casos suspeitos às autoridades e no isolamento e observação rigorosa de pessoas suspeitas, embarcações e mercadorias por quarenta dias, em uma ilha situada na laguna. Posteriormente, outros locais foram designados com a finalidade de promover a reclusão quarentenária.

Como síntese desse período, parece-nos importante lembrar que, embora a natureza comunicável de algumas doenças fosse cada vez mais nítida –

<sup>6</sup> Para a discussão sobre o surgimento do hospital, ver Lima, texto “Bases histórico-conceituais para a compreensão do trabalho em saúde”, no livro *O Processo Histórico do Trabalho em Saúde*, nesta coleção (N. E.).

## SAÚDE, DOENÇA E CUIDADO (...)

como a lepra e a peste –, a teoria miasmática ainda persistia como modelo explicativo. Ou seja, não havia evidência do elemento comunicável que não aqueles já sugeridos por Hipócrates: uma alteração atmosférica, onde águas estagnadas e matéria orgânica em decomposição corrompiam o ar. Naturalmente que, sob o poder da igreja, foram desautorizadas todas as iniciativas de avanço no conhecimento das causas das doenças e até mesmo de sugestão de qualquer explicação que estivesse além da fé. Aqueles que insistissem enfrentariam os tribunais da Inquisição.

### **Renascimento: novos olhares**

Paradoxalmente, foi justamente no interior da igreja que perseguiu os hereges defensores do conhecimento baseado na observação da natureza que se preservou a maior parte do saber e do conhecimento de higiene e saúde da civilização greco-romana. Além de disporem de instalações e regulamentações higiênicas, no final da Idade Média alguns mosteiros começaram a abrigar as primeiras universidades.

Em 1530, quando já sopravam os ventos do Renascimento e a transição para a Modernidade encontrava-se em curso, o poeta e médico Girolamo Fracastoro publica a obra *De Contagione*, onde expõe sua hipótese sobre o contágio da sífilis, associando-a ao ato sexual. Em uma época em que o misticismo ainda não havia desaparecido e a ciência moderna não havia nascido (Scliar, 2002), Fracastoro proporá a existência de agentes específicos para cada doença. Mesmo sem o recurso do microscópio (só seria inventado no século XVII), intui que a transmissão das doenças de pessoa a pessoa ocorreria em função de partículas imperceptíveis, ou germes de contágio.

O surgimento de muitas cidades no Norte da Itália e Flandres foi acompanhado de uma importante modificação na organização do regime feudal. A sociedade de cultura rural, marcadamente dividida entre senhores e servos, vê surgir a burguesia, uma classe fundada não mais na posse de terras, mas no comércio e nas manufaturas.

A necessidade de expansão comercial e de novas rotas para o Oriente patrocinaram as grandes navegações que resultaram na descoberta do novo mundo. Se, por um lado, as conquistas simbolizaram um novo horizonte que se abria aos olhos dos conquistadores; por outro, significaram o genocídio das

## O TERRITÓRIO E O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

populações ameríndias a partir da introdução de novos agentes infecciosos contra os quais não havia nenhuma defesa (Diamond, 2002).

Os séculos XV e XVI assistiram à revalorização do saber técnico proveniente dos diferentes ofícios, como a agricultura, a mineração, a metalurgia e a navegação. O interesse crescente dos intelectuais em se aproximar do conhecimento da natureza, das coisas reais tinha como objetivo refutar uma concepção meramente retórica ou contemplativa do saber. Reivindicavam “um saber em que a observação dos fenômenos, a atenção às obras, a pesquisa empírica fossem mais importantes do que as evasões retóricas, as complacências verbais, as sutilezas lógicas, as construções apriorísticas” (Rossi, 1989: 25).

A afirmação de um novo tipo de conhecimento se dava principalmente por meio da publicação de inúmeros tratados técnicos, favorecendo o contato entre o saber científico e o saber técnico-artesanal. Nasce daí uma intensa cooperação entre cientistas e técnicos, entre ciência e indústria. Pouco a pouco vão sendo estabelecidas as bases de um pensamento científico cujo discurso pré-moderno passa a submeter todo e qualquer conhecimento à prova da prática.

O desejo de tornar tudo visível estava presente tanto nos desenhos do Renascentista Leonardo da Vinci como também em Andreas Vesalio, médico suíço cujos estudos de anatomia presentes no *De Corporis Humani Fabrica* (1543) causaram grande polêmica. Recusando-se a estudar anatomia em textos teóricos, ele partiu para a dissecação de cadáveres e pôs em cheque as idéias de Galeno:

De início, ele mesmo fazia as dissecações, ao contrário de alguns anatomistas que deixavam essa tarefa, considerada inferior, para auxiliares. Depois, contestou com veemência as idéias de Galeno. Essa polêmica continha um elemento religioso. Os protestantes – a Reforma estava em curso – acreditavam que era dever dos crentes estudar a obra da criação mediante observação própria, o que incluía a prática da dissecação anatômica. Prática essa contestada por muitos católicos que ainda defendiam o galenismo, cujo raciocínio abstraía o conhecimento anatômico, baseado, como era, na teoria humoral. Os humores eram entidades semi-reais, semi-hipotéticas; já a anatomia é um conhecimento objetivo (...). (Scliar, 2002: 44)

Embora as universidades fossem instituições relativamente novas, elas faziam parte de uma instituição muito mais antiga, a igreja. O caráter inovador do movimento humanista associado ao Renascimento gerava oposição no interior das universidades – o saber convencional dos filósofos e teólogos escolásticos, quase todos ligados ao clero, era refratário às mudanças. As universidades

## SAÚDE, DOENÇA E CUIDADO (...)

deveriam concentrar-se na transmissão do conhecimento, e não em sua descoberta. Diante desse impedimento, os humanistas fundarão as academias – instituições próprias para a discussão de idéias (Burke, 2003).

No campo da saúde, passam a ser desenvolvidos estudos de anatomia, fisiologia, e de individualização da descrição das doenças, fundada na observação clínica e epidemiológica. A experiência acumulada pelos médicos forneceu elementos para a especulação sobre a origem das epidemias e o fenômeno do adoecimento humano.

O grande embate iniciado entre contagionistas e não-contagionistas atravessaria os séculos e, de certa forma, permanece influente no pensamento e práticas de saúde pública até hoje (Rosen, 1994; Czeresnia, 1997; Chalhoub, 1996).

De um lado, os 'contagionistas' empenhavam-se em identificar um princípio causal para cada doença. De outro, os defensores da 'constituição epidêmica' advogavam serem as epidemias consequência de desequilíbrios de uma constituição atmosférica e corporal. Os primeiros, influenciados pela tendência crescente de especificação da doença e de objetividade na produção do conhecimento. Lembremos, com Czeresnia (1997: 60-61) que "localização, especificidade e intervenção" foram valores introduzidos no pensamento médico a partir do Renascimento. No entanto, até meados do século XIX – quando então foi retomada com o advento da bacteriologia –, a teoria do contágio permaneceu tão 'metafísica' e sem base consistente quanto aquela que os próprios contagionistas criticavam.

Os anticontagionistas, por sua vez, foram cada vez mais se afastando dos termos obscuros que caracterizavam a descrição dos miasmas na Idade Média e aproximando-se de uma observação das relações entre as condições objetivas de vida construídas no espaço social.

A referida polêmica ilustra de modo singular o período em que se firmavam as bases da ciência moderna e do método científico. É somente no final do século XVIII, com o surgimento da anatomia patológica, que nascerá a medicina moderna (Foucault, 1980).

### **O Surgimento da Medicina Social**

Com fim do modelo feudal de sociedade e a expansão comercial, as cidades tornam-se cada vez mais importantes econômica e politicamente. O

## O TERRITÓRIO E O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

mercantilismo impulsiona a indústria nascente, e a produção torna-se elemento central na atividade econômica dos países.

A introdução da máquina a vapor intensifica o ritmo produtivo, as fábricas passam a demandar mais mão-de-obra, e as cidades crescem nas periferias. As péssimas condições de trabalho começam a chamar a atenção dos administradores. O corpo, tomado como meio de produção pelo capitalismo emergente, será objeto de políticas, práticas e normas. Surgem as primeiras regulações visando à saúde nas fábricas. Dentre estas, a redução da excessiva carga horária de trabalho.

O conjunto de doutrinas políticas e econômicas do Estado Moderno vai tomar o trabalho como elemento central de preocupação dos governos, influenciando diretamente a administração da saúde pública. Da necessidade de manutenção do poder dos Estados Nacionais surgem os registros de estado, e entre eles, a estatística médica. Neste contexto, a medicina passa a considerar os aspectos econômicos, sociais e culturais envolvidos na saúde/doença da população. Segundo Foucault (1982b), é possível distinguir três etapas na formação da medicina social: a medicina de Estado, surgida na Alemanha do século XVIII com a organização de um sistema de observação da morbidade, com a normalização do saber e práticas médicas, a subordinação dos médicos à uma administração central e a integração de vários médicos em uma organização médica estatal; a medicina urbana, com seus métodos de vigilância e hospitalização, por sua vez, não é mais do que um aperfeiçoamento, na segunda metade do século XVIII, do esquema político-médico da quarentena. Surgida na França, a higiene urbana tinha como preocupação central a análise das regiões de amontoamento que significassem ameaça à saúde humana, como os cemitérios e os matadouros, propondo sua 're-localização' e o controle da circulação do ar e da água. Era a medicalização das cidades; por fim, com o desenvolvimento do proletariado industrial na Inglaterra, a medicina inglesa começa a tornar-se social através da 'lei dos pobres'. Caracterizada pela assistência e controle autoritário dos pobres, a implantação de um cordão sanitário que impunha o controle do corpo da classe trabalhadora por meio da vacinação, do registro de doenças e do controle dos lugares insalubres visava torná-la mais apta ao trabalho e menos perigosa para as classes ricas (Foucault, 1982b).

Nesse contexto de crescente urbanização dos países europeus e de consolidação do sistema fabril, a concepção de causalidade social passa a se fortale-



## SAÚDE, DOENÇA E CUIDADO (...)

cer como interpretação das relações entre as condições de trabalho das populações e da classe trabalhadora e o aparecimento de doenças:

Ao lado das condições objetivas de existência, o desenvolvimento teórico das ciências sociais permitiu, no final do século XVIII, a elaboração de uma teoria social da Medicina. O ambiente, origem de todas as causas de doença, deixa, momentaneamente, de ser natural para revestir-se do social. É nas condições de vida e trabalho do homem que as causas das doenças deverão ser buscadas. (Gutierrez, 2001: 20)

### **A Era Bacteriológica e a Discussão da Causalidade**

Até meados do século XIX, a saúde pública dispunha de poucos instrumentos para o controle de doenças. Os mais utilizados eram o isolamento e a quarentena. O desenvolvimento das investigações no campo das doenças infecciosas e da microbiologia resultou no aparecimento de novas e mais eficazes medidas de controle, entre elas a vacinação.

Ainda que o mecanismo do contágio já tivesse sido elucidado por Fracastoro no século XVI e as bactérias e outros microorganismos já tivessem sido observados por Antony Van Leeuwenhoek no século XVII, somente no final do século XIX é que a identificação de diversos microorganismos patogênicos é realizada.

A hipótese de que as doenças infecciosas fossem causadas por pequenos 'animalículos', 'sementes' ou 'vermes' não era recente, já sendo uma suposição na Antiguidade. Porém, a partir do uso do microscópio como poderoso auxiliar nessa tarefa, diferentes cientistas vão contribuindo para o estabelecimento de uma importante ruptura epistemológica: o início da era bacteriológica.

Bonomo, em 1687, já havia observado e demonstrado que a escabiose era devida ao ácaro da sarna. Porém, sua demonstração não causou maior impacto entre os cientistas, sendo insuficiente como contraposição à vigência da teoria miasmática. Em 1834, o italiano Agostino Bassi demonstrou a participação de um fungo na doença do bicho-da-seda. Em 1841, Jacob Henle, um anatomista de Zurique, formulou uma teoria em que comprova serem os organismos vivos os causadores das doenças infecciosas. Para ordenar a confusão de idéias acerca da origem das doenças transmissíveis no início do século XIX, elaborou postulados de prova, a serem respeitados

## O TERRITÓRIO E O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

para que se pudesse demonstrar ser um microorganismo específico a causa de uma determinada doença: presença constante do parasito, isolamento em meios externos e reprodução da doença a partir do parasito isolado (Rosen, 1994).

No final do século XIX, com o auxílio do microscópio, o químico francês Louis Pasteur, estudando as falhas na fermentação de vinhos e cervejas, observou que microorganismos tinham um papel fundamental neste processo. Descobriu ainda que as falhas eram devidas à participação indevida de outros microorganismos na fermentação, e que era possível corrigi-las a partir da supressão destes organismos estranhos através de um aquecimento por um período curto, a uma certa temperatura, preservando aqueles fermentos desejados. Embora Pasteur manifestasse o desejo de comprovar a participação de bactérias específicas para cada doença, os meios de cultura utilizados – líquidos – não permitiam o isolamento.

O avanço nas técnicas foi, em grande medida, resultado das pesquisas do botânico Ferdinand Cohn e de sua equipe, que começaram a utilizar meios sólidos, como batatas, massa de farinha, albumina de ovo etc.

A comprovação de um microorganismo específico como causa de uma determinada doença só foi cientificamente aceita em 1876, quando Robert Koch, um médico alemão, obedecendo aos postulados de Henle, demonstrou, durante três dias, diante de outros cientistas, a transmissão do antraz por um bacilo, usando camundongos como animais experimentais.

Após a publicação de seu artigo, seguiram-se duas décadas de avanços impressionantes em várias direções: de um lado, Koch aprofundou o desenvolvimento de meios de cultura e de coloração mais apropriados para o cultivo e estudos das bactérias. De outro, a microbiologia francesa de Pasteur e seus colaboradores concentraram esforços na descoberta dos mecanismos da infecção e nas formas de prevenção e tratamento das doenças contagiosas.

Com base na experiência exitosa de Edward Jenner,<sup>7</sup> na utilização da vacina para evitar a transmissão da varíola, Pasteur irá dedicar-se à produção

---

<sup>7</sup> Edward Jenner, médico rural inglês que, no final do século XVIII, descobriu uma forma de evitar a transmissão da varíola. Ao invés de utilizar pus variólico, que causava um número considerável de mortes pessoas inoculadas, o líquido que saía das feridas das vacas, que tinham úlceras semelhantes aquelas provocadas pela varíola. Assim, através de experimentações descobriu que este procedimento conferia imunidade à varíola (Chalhoub, 1996).

## SAÚDE, DOENÇA E CUIDADO (...)

de vacinas a partir de cepas atenuadas. Por sua vez, o cirurgião Joseph Lister deu importante contribuição ao descobrir os mecanismos antissépticos ideais para evitar a septicemia pós-cirúrgica, sugerindo o tratamento químico das feridas com fenol.

No final do século XIX, boa parte das questões relativas às doenças infecciosas havia sido respondida, especialmente tratando-se das doenças contagiosas. Porém, persistiam algumas interrogações sobre a origem de doenças em que novos casos surgiam sem qualquer contato direto com os indivíduos enfermos. Do mesmo modo, intrigava o não-adoecimento de pessoas expostas aos doentes. Nos primeiros anos do século XX, foram desvendados a participação de vetores ou hospedeiros intermediários na transmissão de doenças e o papel dos portadores sadios na manutenção da cadeia epidemiológica. Abria-se a possibilidade de aplicar o princípio da imunidade ativa (inoculação de germes vivos em estado atenuado ou de seus extratos) e passiva (injeção de anticorpos específicos produzidos em outro animal) a todas as doenças infecciosas. Várias vacinas e soros imunes foram produzidos para um número expressivo de doenças – febre tifóide, tuberculose, febre amarela, poliomielite, difteria, tétano, envenenamento por mordida de cobra etc.

A crença na possibilidade de erradicação das doenças infecciosas repercutiu na criação de laboratórios de microbiologia e imunologia em diversos países. Reflexo dessa disseminação, os indicadores de mortalidade decrescem continuamente, fruto da diminuição da frequência de certas doenças. À medida que eram identificados os modos de transmissão e as formas de reprodução de vetores específicos, várias melhorias sanitárias e das condições de vida dos habitantes foram incentivadas.

### **A Unicausalidade**

O impacto da era bacteriológica mudaria definitivamente a forma de perceber a saúde e a doença. Da teoria miasmática, muito pouco restaria depois que se passou a visualizar o antes invisível. Desvendam-se os mistérios, desmancham-se os castelos místicos erguidos em torno dos flagelos que assolaram a humanidade durante séculos.

Contudo, não se pode falar desse salto tratando apenas de suas consequências benéficas. O surgimento da microbiologia denotava a própria expres-

## O TERRITÓRIO E O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

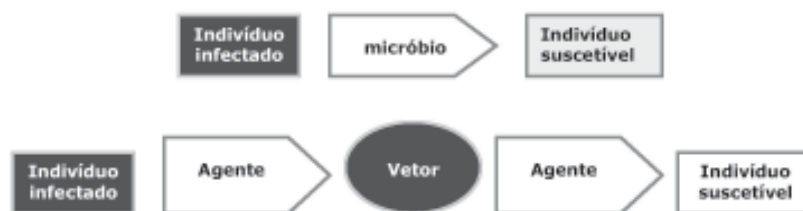
são da revolução científica no campo da saúde, e como tal, representou um reducionismo do fenômeno, enfatizando seus aspectos verificáveis. A subjetividade dá lugar à objetividade na definição da doença, a abordagem qualitativa é subordinada às análises quantitativas. A fisiologia, a anatomia patológica, a imunologia e a farmacologia estruturam um novo pensamento médico científico:

Ao centrar o olhar na patologia para o estudo das lesões do organismo, o discurso da medicina definiu uma opção coerente com o desenvolvimento da biologia (...). Firmou-se no pensamento médico a hegemonia do orgânico. A racionalidade científica na medicina estruturou a explicação dos fenômenos com base no estudo de mudanças morfológicas, orgânicas e estruturais. (Czeresnia, 1997: 61)

O modelo unicausal de compreensão da doença estava baseado na existência de apenas uma causa (agente) para um agravo ou doença (Figura 1). Essa concepção, ao passo que permitiu o sucesso na prevenção de diversas doenças, termina por reduzi-las à ação única de um agente específico. A polêmica entre contagionistas e anti-contagionistas não é concluída linearmente com a vitória dos contagionistas:

Os contagionistas enfatizavam a busca de uma causa verdadeira e específica da doença. Os anti-contagionistas, apesar de também estarem tentando precisar a especificidade da doença e sua etiologia, enfatizavam a importância de estudar a predisposição do corpo e do ambiente para o surgimento da doença. Predisposição, noção originalmente relativa à teoria da constituição epidêmica, denotava no contexto desta teoria um estado, uma totalidade que, contudo, não se expressava como um conceito. (Czeresnia, 1997: 64)

Figura 1 – Modelo unicausal



Para o modelo positivista de ciência, a emergência do modelo unicausal conferia o estatuto de cientificidade que se julgava faltar às explicações sociais. A desqualificação destas, mediante o advento da bacteriologia, impediu que

## SAÚDE, DOENÇA E CUIDADO (...)

fossem estudadas as relações entre o adoecer humano e as determinações econômicas, sociais e políticas. A prática médica resultante desse modelo é predominantemente curativa e biologicista.

### O Modelo de Explicação Multicausal

O vigor das explicações unicasais começa a enfraquecer após a Segunda Guerra, quando os países industrializados começam a vivenciar uma 'transição epidemiológica', caracterizada pela diminuição da importância das doenças infecto-parasitárias como causa de adoecimento e morte em detrimento do incremento das doenças crônico-degenerativas. A debilidade do modelo unicasal na explicação de doenças associadas a múltiplos fatores de risco favoreceu o desenvolvimento dos modelos multicausais.

Segundo Gutierrez e Oberdiek (2001), várias abordagens foram propostas para compreender o processo saúde-doença como síntese de múltiplas determinações: os modelos da balança, da rede de causalidades e, por fim, o modelo ecológico, também conhecido como da história natural das doenças.

Figura 2 – Modelo multicausal: a tríade ecológica



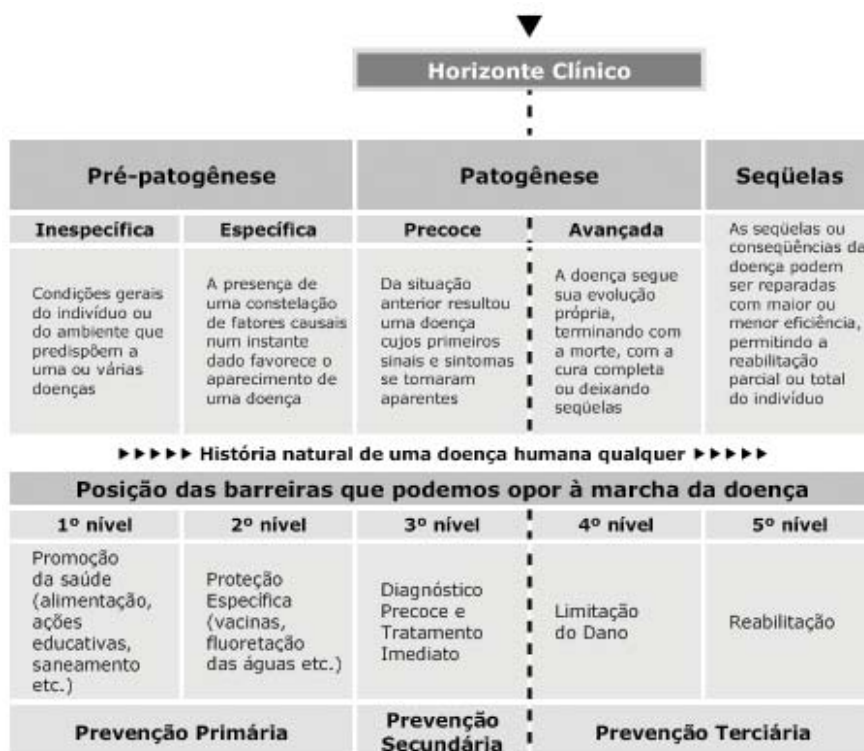
Fonte: adaptado de Leavell & Clarck, 1976.

## O TERRITÓRIO E O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

Proposto por Leavell e Clark (1976), esse modelo considera a interação, o relacionamento e o condicionamento de três elementos fundamentais da chamada 'triade ecológica': o ambiente, o agente e o hospedeiro. A doença seria resultante de um desequilíbrio nas auto-regulações existentes no sistema (figura 2 e Quadro 1).

O exame dos diferentes fatores relacionados ao surgimento de uma doença e a utilização da estatística nos métodos de investigação e desenhos metodológicos permitiram significativos avanços na prevenção de doenças. Outra vantagem deste modelo teórico reside no fato de possibilitar a proposição de barreiras à evolução da doença mesmo antes de sua manifestação clínica (pré-patogênese).

Quadro 1 – Modelo da história natural da doença



Fonte: adaptado de Leavell & Clark, 1976.

## SAÚDE, DOENÇA E CUIDADO (...)

Diversas críticas, porém, têm evidenciado as insuficiências deste modelo na explicação do surgimento das doenças na sociedade. De um lado, aponta-se que as análises só estabelecem relações quantitativas entre os fatores causais, não fazendo qualquer distinção hierárquica entre eles (Palmeira et al., 2004). De outro, embora se reconheça a existência de aspectos sociais envolvidos no processo saúde-doença, estes são subalternizados em detrimento dos aspectos biológicos. Segundo Palmeira et al. (2004: 38),

o modelo multicausal avançou no conhecimento dos fatores condicionantes da saúde e da doença. A crítica que se faz a ele reside no fato de tratar todos os elementos da mesma forma, ou seja, naturalizar as relações entre o ambiente, o hospedeiro e o agente, esquecendo que o ser humano produz socialmente sua vida em um tempo histórico e que por isso, em certos períodos, podem ocorrer doenças diferentes com intensidades e manifestações também diferentes.

### **A Produção Social da Saúde e da Doença**

A década de 1960 foi bastante rica em análises que criticavam o modelo da história natural da doença, propondo uma abordagem mais ampla, que considerasse as relações da saúde com a produção social e econômica da sociedade.

O modelo da determinação social da saúde/doença procura articular as diferentes dimensões da vida envolvidas nesse processo. Assim, são considerados os aspectos históricos, econômicos, sociais, culturais, biológicos, ambientais e psicológicos que configuram uma determinada realidade sanitária.

A construção de um novo marco explicativo que supere a concepção biologicista linear de simples causa-efeito aponta o papel da estrutura social como modeladora dos processos de produção da saúde ou doença. A noção de 'causalidade' é substituída, do ponto de vista analítico, pela noção de 'determinação', com base na qual a hierarquia das condições ligadas à estrutura social é considerada na explicação da saúde e doença. Está vinculada à compreensão dos 'modos e estilos de vida', derivados não só das escolhas pessoais, como de fatores culturais, práticas sociais e constituição do espaço.

Essa explicação mais abrangente procura relacionar essas dimensões de forma sistêmica, integradas em uma totalidade na qual são identificados os níveis de determinação e os condicionantes do fenômeno observado. Diferente do modelo multicausal, que não apontava para nova prática médica, o modelo

## O TERRITÓRIO E O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

da produção social da saúde implica uma profunda revisão do objeto, dos sujeitos, dos meios de trabalho e das formas de organização das práticas, visando não apenas deter o avanço das doenças, mas sim, à promoção da saúde (Palmeira et al., 2004; Teixeira; Paim & Villasbôas, 2002).

Diversas abordagens contemporâneas têm-se preocupado em articular a totalidade de dimensões que compõem o complexo fenômeno da saúde-doença: o modelo sistêmico multinível ou hierárquico, o modelo do campo da saúde, o modelo da conceitual da determinação social da saúde, o enfoque ecossistêmico de saúde, a holopatogênese, entre outras. No texto intitulado “Abordagens contemporâneas do conceito de saúde” presente neste mesmo livro, após a revisão de algumas concepções clássicas, discutiremos as premissas básicas desses enfoques.

### Referências

- ALMEIDA FILHO, N. de. *A Ciência da Saúde*. São Paulo: Hucitec, 2000a.
- ALMEIDA FILHO, N. de. O conceito de saúde: ponto cego da epidemiologia? *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 3(1-3): 4-20, 2000b.
- ALMEIDA FILHO, N. de. & JUCÁ, V. Saúde como ausência de doença: crítica à teoria funcionalista de Christopher Boorse. *Ciência e Saúde Coletiva*, 7(4): 879-889, 2002.
- ALMEIDA FILHO, N. de. & ANDRADE, R. F. S. Holopatogênese: esboço de uma teoria geral de saúde-doença como base para a promoção da saúde. In: CZERESNIA, D. & FREITAS, C. M. de. (Orgs.) *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.
- BURKE, P. *Uma história Social do Conhecimento: de Gutenberg a Diderot*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003.
- BUSS, P. M. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: CZERESNIA, D. & FREITAS, C. M. de. (Orgs.) *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.
- CAPONI, S. Georges Canguilhem y el estatuto epistemológico del concepto de salud. *História, Ciências e Saúde – Manguinhos*, IV(2): 287-307, jul.-out., 1997.
- CHALHOUB, S. *Cidade Febril: cortiços e epidemias na Corte imperial*. São Paulo: Companhia das Letras, 1996.
- CZERESNIA, D. *Do Contágio à Transmissão: ciência e cultura na gênese do conhecimento epidemiológico*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.
- CZERESNIA, D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: CZERESNIA, D. & FREITAS, C. M. de (Orgs.) *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.



## SAÚDE, DOENÇA E CUIDADO (...)

- DIAMOND, J. *Armas, Germes e Aço: os destinos das sociedades humanas*. 3.ed. Rio de Janeiro: Record, 2002.
- FOUCAULT, M. *O nascimento da clínica*. 2.ed. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1980.
- FOUCAULT, M. O nascimento do hospital. In: FOUCAULT, M. *Microfísica do Poder*. 3.ed. Rio de Janeiro: Graal, 1982a.
- FOUCAULT, M. O nascimento da medicina social. In: FOUCAULT, M. *Microfísica do Poder*. 3.ed. Rio de Janeiro: Graal, 1982b.
- GUTIERREZ, P. R. & OBERDIEK, H. I. Concepções sobre a saúde e a doença. In: ANDRADE, S. M. de; SOARES, D. A. & CORDONI JUNIOR, L. (Orgs.) *Bases da Saúde Coletiva*. Londrina: UEL, 2001.
- LEAVELL, S. & CLARK, E. G. *Medicina Preventiva*. São Paulo: McGraw-Hill, 1976.
- LEFEVRE, F. & LEFEVRE, A. M. C. *Promoção de Saúde: a negação da negação*. Rio de Janeiro: Vieira e Vent, 2004.
- LUZ, M. Saúde. (verbete) In: EPSJV & Estação de Trabalho Observatório dos Técnicos em Saúde (Orgs.) *Dicionário da Educação Profissional em Saúde*. Rio de Janeiro: EPSJV, 2006.
- MINAYO, M. C. de S. *O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 8.ed. São Paulo: Hucitec, 2004.
- PALMEIRA, G. et al. Processo saúde doença e a produção social da saúde. In: EPSJV. (Org.) *Informação e Diagnóstico de Situação*. Rio de Janeiro: Fiocruz, EPSJV, 2004. (Série Material Didático do Programa de Formação de Agentes Locais de Vigilância em Saúde – Proformar)
- ROSEN, G. *Uma História da Saúde Pública*. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Unesp, Abrasco, 1994.
- ROSSI, P. Artes mecânicas e filosofia no século XVI. In: ROSSI, P. (Org.) *Os Filósofos e as Máquinas*. São Paulo: Companhia das Letras, 1989.
- SCLIAR, M. *Do Mágico ao Social: trajetória da saúde pública*. São Paulo: Senac, 2002.
- SOUZA SANTOS, B. de. *Um Discurso sobre as Ciências*. 2.ed. São Paulo: Cortez, 2004.
- TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S. & VILLASBÔAS, A. L. (Orgs.) *Promoção e Vigilância da Saúde*. Salvador: ISC, 2002.



# Abordagens Contemporâneas do Conceito de Saúde

*Carlos Batistella*

## **Introdução**

Terminada (porém nunca concluída) a nossa jornada pela história dos modelos explicativos de saúde e doença, realizada no primeiro artigo, creio ser apropriado um retorno ao esforço de sua conceituação.

Por envolver diferentes dimensões e aspectos constitutivos, torna-se bastante difícil uma definição de saúde. Ao contrário da doença, cuja explicação foi perseguida de modo incessante pelo homem, a saúde parece ter recebido pouca atenção de filósofos e cientistas. Lembrando que a dificuldade de definir a saúde é reconhecida desde a Grécia antiga (Coelho & Almeida Filho, 2003), e tendo como princípios epistemológicos a complexidade e a incerteza do conhecimento (Morin, 2001), não temos a pretensão de encontrar uma aceção única, mas sim de apresentar e confrontar diferentes olhares que se propõem à difícil tarefa de compreensão desse fenômeno.

Para tanto, este artigo está dividido em três seções: na primeira, seguindo as indicações metodológicas de Caponi (2003) e de Coelho e Almeida Filho (2003), discutiremos três formulações que têm servido de referência no debate desta questão: a) a saúde como ausência de doença; b) a saúde como bem-estar; c) a saúde como um valor social (o conceito ampliado). Na segunda seção, apresentaremos algumas vertentes conceituais que propõem a articulação dos determinantes e condicionantes à explicação dos fenômenos de saúde-doença. Ao final, buscaremos uma aproximação ao problema da operacionalização de um conceito amplo de saúde.

## **A Saúde como Ausência de Doença**

A visão da saúde entendida como ausência de doença é largamente difundida no senso comum, mas não está restrita a esta dimensão do conhecimento. Pelo contrário, essa idéia não só é afirmada pela medicina, como tem

## O TERRITÓRIO E O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

orientado a grande maioria das pesquisas e da produção tecnológica em saúde, especialmente aquelas referentes aos avanços na área de diagnóstico. Para compreender as razões dessa prevalência, é preciso buscar sua gênese na fundação do paradigma biomédico.

As profundas transformações sociais e científicas iniciadas no século XVII com o advento da Modernidade irão presenciar um intenso debate entre empiristas e racionalistas quanto à produção e validade do conhecimento. Os primeiros, afirmando a necessidade de partir da experiência para a construção posterior de modelos teóricos capazes de explicar a realidade. Os racionalistas, por sua vez, reivindicando a existência de saberes *a priori* que iluminam a busca de evidências empíricas. É nesse contexto de afirmação da ciência que se irão estruturar o método científico e a teoria moderna sobre a doença.

De acordo com Foucault (1982a, 1982b), a formação da medicina científica moderna<sup>1</sup> se dá a partir de sua subordinação ao desenvolvimento capitalista, que gerou profundas transformações sociais no plano da sociedade e fez emergir uma noção moderna de Estado<sup>2</sup> e de intervenção social.

Até meados do século XVIII, a doença era vista como uma entidade que subsistia no ambiente como qualquer outro elemento da natureza. Esse caráter ontológico da doença está presente na transformação da medicina em 'medicina das espécies'. Por influência de outros campos disciplinares, como a botânica, as doenças foram agrupadas em um sistema classificatório fundado nos sintomas. A organização dessa taxonomia, embora tenha proporcionado bases racionais para a escolha terapêutica, não logrou estruturar um modelo capaz de dar respostas às epidemias cada vez mais frequentes nas cidades modernas, que viviam o industrialismo e o capitalismo emergente.

A ruptura desse sistema teórico será realizada com o advento da clínica moderna. O hospital, anteriormente concebido como lugar de exclusão dos doentes e miseráveis do meio social e de exercício de caridade, transforma-se, gradativamente, em local de cura. A substituição do poder religioso pelo dos médicos na organização do hospital, o esquadrinhamento e a divisão de seu

<sup>1</sup> Sobre o surgimento da medicina científica, ver Lima, texto "Bases histórico-conceituais para a compreensão do trabalho em saúde", no livro *O Processo Histórico do Trabalho em Saúde*, nesta coleção (N. E.).

<sup>2</sup> Sobre a formação do Estado Nacional Moderno, ver Linhares e Pereira, texto "O Estado e as políticas sociais no capitalismo", no livro *Sociedade, Estado e Direito à Saúde*, nesta coleção (N. E.).

## ABORDAGENS CONTEMPORÂNEAS DO CONCEITO DE SAÚDE

espaço interno – permitindo a separação de doentes classificados de acordo com os sintomas – e o registro sistemático e permanente das informações dos pacientes, dentre outros fatores, foram fundamentais para essa mudança.

À medida que as doenças passam a ser acompanhadas estatisticamente, o hospital também transforma-se em espaço de produção de conhecimento e de ensino para os médicos-aprendizes. A clínica passa a buscar uma linguagem objetiva, capaz de descrever o 'signo original' de forma menos abstrata possível. O sintoma passa a representar a linguagem primitiva do corpo.

Com o aprofundamento dos estudos anatômicos, as disseções de cadáveres passam a procurar a doença no corpo (e não fora dele) a partir de seus sinais, e o desenvolvimento da anatomia patológica torna-se um dos principais alicerces da medicina moderna. Mais à frente, a unidade de análise deixa de ser o órgão e passa ser os tecidos. O 'olhar munido' (não só de instrumentos e técnicas, mas, principalmente, de teoria) parte em busca de evidências empíricas, e o exame físico mostra a mudança na estrutura dos tecidos: a cada sintoma corresponde uma lesão anatomopatológica. A doença, então, transforma-se em patologia.

Se até meados do século XIX a doença epidêmica era relacionada ao tato e ao olfato – devido à associação da lepra com o contato/contágio e da peste com as alterações atmosféricas –, com o nascimento da clínica a visão passa a ser o principal sentido mobilizado na compreensão da doença (Foucault, 1980; Machado, 1981): "Apresentando-se como sensações mais indiferenciadas e descontínuas, olfato e tato não se prestam à memorização ou à tradução em imagens e em linguagem. Já a visão é um sentido mais próximo da linguagem e, portanto da razão" (Czeresnia, 1997: 59).

No âmbito da mudança na estrutura perceptiva que sustentará o pensamento médico científico emergente, estão os valores da 'localização', 'especificidade' e 'intervenção'. Os fenômenos são explicados pela nova racionalidade a partir do estudo, baseado na observação e na experiência, das mudanças morfológicas, orgânicas e estruturais. Por conseguinte, a saúde passa a ser entendida como seu oposto lógico: a inexistência de patologia, ou seja, a própria fisiologia. Essa profunda transformação na forma de conceber a doença irá assentar as bases do sistema teórico do modelo biomédico, cuja força explicativa é responsável pela sua presença até os dias de hoje.

## O TERRITÓRIO E O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

Caracterizado pela ênfase nos aspectos biológicos, individuais e pela abordagem mecanicista, esse modelo passa a fragmentar o corpo em sistemas, órgãos, tecidos e células, estruturando um conhecimento cada vez mais especializado sobre cada função e disfunção orgânica. Os extraordinários avanços da medicina nos últimos cinquenta anos atestam sua capacidade indubitável de análise e de produção de tecnologias.

À medida que todos os esforços de investigação concentravam-se na análise da doença, o conceito de saúde era negligenciado, ou, na melhor das hipóteses, era secundarizado, uma vez que seu entendimento esteve sempre implícito como a 'não-doença', ou, nas palavras de Lerich (apud Canguilhem, 2006: 57), como "a vida no silêncio dos órgãos".

Uma das tentativas de enfrentar o desafio de conceituar a saúde – ainda nos marcos do modelo biomédico – partiu do filósofo americano Christopher Boorse. Com base em uma epistemologia naturalista, Boorse elabora um conceito negativo da saúde,<sup>3</sup> percebendo-a também como ausência de doença: "A saúde de um organismo consiste no desempenho da função natural de cada parte" (Boorse apud Almeida Filho & Jucá, 2002: 881). Para o autor da teoria bioestatística da saúde, seria preciso evitar qualquer dimensão valorativa para definir saúde. Seu conhecimento se dá com base em uma concepção do normal definido estatística e funcionalmente (Almeida Filho & Jucá, 2002; Almeida Filho & Andrade, 2003).

Ao defender que a classificação de estados humanos como saudáveis ou doentes deva ser realizada somente com base em dados objetivos – a serem extraídos dos fatos biológicos da natureza sem necessidade de juízos de valor –, Boorse exclui as dimensões econômica, social, cultural e psicológica da base teórica da saúde-doença, rejeitando também a experiência clínica como referência viável, reafirmando que somente a biologia e a patologia podem fornecer dados objetivos para sua definição (Almeida Filho & Jucá, 2002).

Em seus artigos, Boorse não apenas desenvolve os argumentos em favor de sua teoria como justifica seu afastamento de uma concepção positiva de saúde, argumentando que tal abordagem apresentaria sérias incompatibilida-

<sup>3</sup> Ainda que tenham sido desenvolvidas várias iniciativas de tratar empiricamente a definição de saúde proposta pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1948, as primeiras tentativas sistemáticas de formulação teórica do conceito de saúde surgem na década de 1970, partindo de uma teoria biomédica da doença para uma concepção negativa de saúde (Almeida Filho & Jucá, 2002).

## ABORDAGENS CONTEMPORÂNEAS DO CONCEITO DE SAÚDE

des com teorias biológicas de doença. Em primeiro lugar, qualquer concepção positiva substantivaria a saúde e, mais ainda, a elevaria ao plano do ideal. Em segundo lugar, estaria a dificuldade em determinar um ponto no sentido do qual a saúde deveria ser promovida: “não só não há qualquer meta fixa de perfeita saúde para se alcançar, mas também não há uma única direção para se avançar” (Boorse apud Almeida Filho & Andrade, 2003: 98).

Avançando em relação à concepção biomédica, autores ligados à tradição da antropologia aplicada (Kleinman; Eisenberg & Good apud Almeida Filho & Andrade, 2003) procuram fazer uma distinção entre patologia e enfermidade. Afirmam que a patologia refere-se a alterações ou à disfunção de processos biológicos e/ou psicológicos, definidos de acordo com a concepção biomédica. A enfermidade, por outro lado, incorpora a experiência e a percepção individual, dizendo respeito aos processos de significação da doença. A transformação da patologia em experiência humana e em objeto da atenção médica ocorre através de um processo de atribuição de sentido. A fronteira entre normal-patológico e saúde-doença seria estabelecida pelas experiências de enfermidade em cada cultura – suas narrativas e rituais de cura.

Fica mais fácil perceber por que, diante da força e da hegemonia do modelo biomédico, para a maioria da população, saúde é não estar doente. Sabemos, porém, que esta é uma definição muito limitada. Nem sempre a ausência de sinais e sintomas indicam a condição saudável. Entretanto, muitos se consideram normais, ainda que portadores de uma determinada doença.

No debate contemporâneo, diversos autores têm criticado a definição negativa de saúde. Para Almeida Filho e Andrade (2003: 101), “em uma perspectiva rigorosamente clínica (...) a saúde não é o oposto lógico da doença e, por isso, não poderá de modo algum ser definida como ‘ausência de doença’. (...) os estados individuais de saúde não são excludentes *vis à vis* a ocorrência de doença”.

A teoria boorseana também é combatida sob a alegação de que tanto a saúde como a doença seriam incomensuráveis (Laad apud Almeida Filho & Jucá, 2002) e que o conceito de doença porta componentes não-físicos, não-químicos e não-biológicos, como vem afirmando a antropologia médica contemporânea, a psicanálise e a epistemologia médica de Canguilhem. Nestas abordagens, a idéia da saúde como ausência de doen-

## O TERRITÓRIO E O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

ça foi ampliada pela perspectiva da 'saúde com possibilidade de adoecimento' (Canguilhem, 2006; Coelho & Almeida Filho, 2003).

Para as pesquisas antropológicas, a ausência de enfermidade não implica necessariamente a saúde. Indivíduos considerados doentes sob o ponto de vista clínico e laboratorial, que resistem e afirmam estarem bem, são considerados saudáveis em seu meio (Susser apud Almeida Filho & Jucá, 2002; Kleinman, Eisenberg & Good apud Almeida Filho & Jucá, 2002).

No âmbito da psicanálise, tem sido questionado o antagonismo que a medicina atribui entre o normal e o patológico:

Toda pessoa se aproxima do neurótico e do psicótico num lugar ou outro, em maior ou menor extensão. A vida dos normais também encontra-se marcada por sintomas e traços neuróticos (...) Assim tanto os fenômenos normais quanto os patológicos são produzidos pelos mesmos mecanismos mentais. (Freud apud Coelho & Almeida Filho, 2003: 102)

Canguilhem, por sua vez, afirma que saúde implica poder adoecer e sair do estado patológico. Em outras palavras, a saúde é entendida por referência à possibilidade de enfrentar situações novas, pela "margem de tolerância ou de segurança que cada um possui para enfrentar e superar as infidelidades do meio" (Canguilhem, 2006: 148), ou ainda "um guia regulador das possibilidades de reação" (p. 149). A ameaça da doença é, portanto, um dos elementos constitutivos da saúde. (Coelho & Almeida Filho, 2003).

O estado patológico não é apenas uma variação quantitativa (falta ou excesso) do estado fisiológico. Contestando a coerência lógica do princípio enunciado por Claude Bernard,<sup>4</sup> que define a atenuação ou a exageração de um mecanismo normal como estado patológico, Canguilhem (2006: 74 – grifos do autor) alerta: "é em relação a uma norma que se pode falar de *mais* ou de *menos*, no campo das funções e das necessidades fisiológicas". Para chegar a esse entendimento, o autor investiga as relações entre norma e saúde.

A doença não é apenas o desaparecimento de uma ordem fisiológica, mas o aparecimento de uma nova ordem vital (...). O patológico implica pathos, um sentimento direto e concreto de sofrimento e de impotência, sentimento de vida contrariada (...). (Canguilhem, 2006: 145, 96)

<sup>4</sup> Médico e fisiologista francês do século XIX, é considerado um dos principais iniciadores da linha experimental hipotético-dedutiva. Filiado à compreensão dinâmica da doença, afirmava a identidade real e a continuidade entre os fenômenos patológicos e fisiológicos. Para Claude Bernard, o estudo dos processos patológicos deve partir do conhecimento do estado normal do indivíduo.



## ABORDAGENS CONTEMPORÂNEAS DO CONCEITO DE SAÚDE

A saúde, por sua vez, envolve muito mais que a possibilidade de viver em conformidade com o meio externo, implica a capacidade de instituir novas normas. Canguilhem critica o reducionismo da concepção biomédica mecanicista: “é compreensível que a medicina necessite de uma patologia objetiva, mas uma pesquisa que faz desaparecer seu objeto não é objetiva. (...) A clínica coloca o médico em contato com indivíduos completos e concretos, e não com seus órgãos ou funções” (Canguilhem, 2006: 53-55).

As tentativas de definir objetivamente a saúde por meio de constantes funcionais e médias estatísticas produzem o apagamento do corpo subjetivo assinalado por Canguilhem. Dor, sofrimento, prazer – referências inevitáveis quando falamos de saúde – indicam a necessidade de falar na primeira pessoa ali onde o discurso médico insiste em falar na terceira pessoa (Caponi, 1997).

Em última análise, é possível afirmar que há uma parte do corpo humano vivo que é inacessível aos outros, que é, pura e exclusivamente, acessível a seu titular. Radicalizando essa perspectiva, o autor irá sustentar a tese de que a saúde não é um conceito científico, e sim um conceito vulgar e uma questão filosófica. Vulgar não no sentido de trivial, mas simplesmente comum, ao alcance de todos, isto é, capaz de ser enunciado por qualquer ser humano vivo (Canguilhem, 2005).

### **Saúde e Bem-Estar**

O esforço de Cooperação Internacional estabelecido entre diversos países no final da Segunda Guerra Mundial deu origem à criação, em 1948, da Organização Mundial da Saúde (OMS), agência subordinada à Organização das Nações Unidas. Em seu documento de constituição, a saúde foi enunciada como “um completo estado de bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade”.

Ao reagrupar as diferentes dimensões em que se insere a vida humana (Luz, 2006), essa perspectiva evidencia uma tentativa de superar a visão negativa da saúde propagada pelas instituições médicas. Apesar do avanço, várias críticas incidiram sobre este conceito.

Por um lado, foi apontado o seu caráter utópico, inalcançável. A expressão ‘completo estado’, além de indicar uma concepção pouco dinâmica do processo – uma vez que as pessoas não permanecem constantemente em estado

## O TERRITÓRIO E O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

de bem-estar –, revela uma idealização do conceito que, tornado inatingível, não pode ser usado como meta pelos serviços de saúde. Por outro lado, afirma-se a sua carência de objetividade: fundado em uma noção subjetiva de 'bem-estar', implicaria a impossibilidade de medir o nível de saúde de uma população.

Sobre este último aspecto, porém, Caponi (1997) faz uma advertência: embora o conceito de saúde da OMS comporte crítica, esta não deveria incidir sobre seu caráter subjetivo, posto que a subjetividade é um elemento inerente à definição de saúde-doença e, por ser dela inseparável, estará presente seja em uma concepção restrita, seja em uma perspectiva ampliada de saúde.

Na visão da autora, mais do que impraticável, porque utópico e subjetivo, a maior objeção ao conceito da OMS reside no fato de que sua adoção pode servir para justificar práticas arbitrárias de controle e exclusão de tudo aquilo que for considerado indesejável ou perigoso. A simples tentativa de definir o estado de bem-estar mental e social poderá supor uma existência sem angústias ou conflitos, sabidamente inerentes à própria história de cada ser humano e de cada sociedade. Assim, o discurso médico pode converter-se em discurso jurídico, e tudo aquilo que é considerado perigoso ou desviante se torna objeto de uma intervenção – medicalização.

Fundamentada nas reflexões de Canguilhem e Foucault, Caponi (1997: 300-301) contrapõe-se ao conceito enunciado pela OMS:

o que chamamos de bem-estar se identifica com tudo aquilo que em uma sociedade e em um momento histórico preciso é valorizado como 'normal' (...) Para Canguilhem, as infidelidades do meio, os fracassos, os erros e o mal-estar formam parte constitutiva de nossa história e desde o momento em que nosso mundo é um mundo de acidentes possíveis, a saúde não poderá ser pensada como carência de erros e sim como a capacidade de enfrentá-los.

### **Saúde e Norma ou a Dimensão Normativa da Saúde**

Nessa jornada exploratória em torno das concepções de saúde e doença, é recomendável que se faça uma breve pausa com o intuito de observar mais detidamente as relações entre norma e saúde.

Analisaremos aqui dois dos principais enfoques que tratam da dimensão normativa da saúde. O primeiro, desenvolvido a partir das investigações de Michel Foucault, diz respeito ao estabelecimento de normas sociais

## ABORDAGENS CONTEMPORÂNEAS DO CONCEITO DE SAÚDE

associadas ao surgimento, da medicina social na Alemanha, França e Inglaterra, no final do século XVIII. O segundo parte dos questionamentos epistemológicos de Canguilhem acerca da relação entre os conceitos de norma e média, normal e patológico.

De acordo com Foucault (1982a), o surgimento do Estado Moderno coloca a saúde como um valor, como fonte de poder e riqueza para o fortalecimento dos países. Conseqüência dessa perspectiva, a medicina do século XIX se modifica, introduzindo o controle dos corpos através da normatização dos espaços, dos processos e dos indivíduos, necessários para a sustentação do capitalismo emergente. A nova ordem econômica, fundamentada na industrialização e complexificação do trabalho, tornou necessário o estabelecimento de novas normas e padrões de comportamento (Coelho & Almeida Filho, 2003).

O corpo, investido política e socialmente como força estatal e como força de trabalho, passa a ser monitorado por meio das estatísticas vitais e de morbidade. A instituição da quarentena como forma de deter o progresso das epidemias estava baseada no esquadrinhamento da população urbana e na implementação de regulamentos de urgência. A prática da vigilância era realizada por chefes de distrito e inspetores de bairro, com registro centralizado das ocorrências (Foucault, 1982a).

Na França, o surgimento da medicina urbana introduz o controle da circulação das coisas e elementos, como o ar e a água. A reforma urbana promove a remoção de amontoamentos de casas sobre as pontes, de cemitérios e matadouros localizados no centro de Paris e a abertura de avenidas amplas e arejadas.

Na Inglaterra, a medicina social caracterizou-se como medicina dos pobres, da força de trabalho e dos operários, conjugando um sistema de assistência e de controle médico. À medida que os pobres eram beneficiados pelo tratamento gratuito ou de baixo custo, deveriam submeter-se a vários controles médicos. A imposição de um cordão sanitário no interior das cidades, separando os ricos dos pobres, garantia, indiretamente, a proteção dos segmentos mais abastados com o fim da heterogeneidade de vizinhanças e a diminuição da possibilidade de fenômenos epidêmicos entre os pobres. Ao final do século XIX, a 'lei dos pobres' é acrescida pelas ações de controle da vacinação, de intervenção em locais insalubres e do registro de doenças (Foucault, 1982a).

## O TERRITÓRIO E O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

É possível destacar, como uma das mais relevantes contribuições de Foucault para nossa reflexão, o modo como foi-se constituindo, a partir das sociedades industriais, um grande esforço de disciplinarização e de normalização do social, “um dispositivo de seleção entre os normais e os anormais” (Foucault, 1982c: 150). Os mecanismos de controle e ajustamento se dão tanto de forma sutil, por meio da propagação de modelos e da prescrição de comportamentos desejáveis, quanto de forma mais rigorosa, por meio de regulamentações, controles e exclusão dos ‘degenerados’.

As implicações da associação entre norma e saúde sob esta perspectiva podem ser percebidas de diferentes formas. De um lado, o sucesso de programas de imunização e a obrigatoriedade na notificação para auxiliar o controle de doenças, por exemplo, têm corroborado a importância de intervenções estatais. De outro, o estabelecimento de normas e padrões de condutas saudáveis a serem observadas para evitar as doenças tende a colocar exclusivamente sobre os indivíduos a responsabilidade pelo seu adoecimento.

Ora, ao descontextualizar os fenômenos de saúde e doença do desenvolvimento histórico e cultural da sociedade, isenta-se o poder público e culpabiliza-se a vítima. Entre outras conseqüências, essa concepção tem sustentado a tese do focalismo em saúde que, diante de um cenário de recursos limitados, preconiza a definição de prioridades para a oferta de serviços de saúde, em detrimento da oferta universal, defendida como direito inalienável do cidadão e dever do Estado.

Diversos autores (Campos, 2003; Carvalho, 2005; Lefevre & Lefevre, 2004) alertam para os riscos da penalização dos indivíduos mediante o estabelecimento de critérios discutíveis de homogeneização de comportamentos. Esse dispositivo configuraria uma agudização do autoritarismo sanitário, diminuindo a margem de autonomia das pessoas, dos grupos humanos e das coletividades.

Localizando esses traços no discurso e nas práticas de abordagens reducionistas da promoção da saúde, estes autores questionam o alcance de uma de suas estratégias – desestimular comportamentos e estilos de vida não-saudáveis:

é preciso que se saliente que as ações de promoção de saúde ao intentarem modificar estilos e comportamentos de vida devem evitar, ao máximo, a intrusão nos assuntos das famílias, desrespeitando posições minoritárias ou divergentes daquelas hegemônicas na sociedade (...) As-

## ABORDAGENS CONTEMPORÂNEAS DO CONCEITO DE SAÚDE

sim sendo, não se justificaria a imposição de restrições a pessoas autônomas em nome de benefícios para elas, benefícios julgados segundo uma ótica externa (...). (Lefèvre & Lefèvre, 2004: 154)

Obviamente não se trata aqui de questionar o benefício de adoção de determinadas condutas e ações, como receber as vacinas, lavar as mãos, alimentar-se com uma dieta equilibrada, praticar esportes, nem de ignorar práticas nocivas à saúde. Interroga-se sobretudo sobre os limites da regulação social sobre os indivíduos e, principalmente, o alcance de suas recomendações diante de condições de vida restritivas:

Essas colocações nos remetem a questionamentos como: somos realmente os únicos responsáveis por nossa saúde? Somente podem ser responsáveis por seu estilo de vida 'não saudável' aqueles que têm ou tiveram condições de exercer sua autonomia para poderem se conservar saudáveis? (Lefèvre & Lefèvre, 2004: 154)

A responsabilização das pessoas por estilos de vida 'não-saudáveis' tenderia a desviar a discussão de fatores sociais, ambientais, econômicos e sobre as condições de trabalho que influem fortemente no processo saúde-doença. Carvalho (2005), analisando as correntes contemporâneas da saúde coletiva, diferencia as versões da promoção da saúde quanto ao seu potencial efetivo de mudanças. Identifica dentre aquelas que apontam para a manutenção do *status quo* a "promoção da saúde behaviorista", cuja estratégia de intervenção sobre estilos de vida é criticada como justificativa para o não-enfrentamento das causas da iniquidade na distribuição de recursos e de poder na sociedade:

é importante que a intervenção no plano fenomenológico leve em consideração a gênese mais profunda dos problemas sociais. É igualmente necessário indagar sobre o conteúdo da noção de 'hábitos de vida saudáveis', sendo útil sempre se perguntar sobre 'quem e como se definiu o que é estilo de vida saudável?' 'quais são as causas que estão na origem do estilo de vida não saudável?' (...) A promoção da saúde behaviorista trabalha com uma concepção reducionista do sujeito, definindo-o como um ser que resulta predominantemente de determinações de natureza biológica ou comportamental. (Carvalho, 2005: 150)

Nesse mesmo caminho, porém buscando indicar algumas diretrizes operacionais para a reorganização do modelo de atenção, Campos (2003: 116) chama a atenção:

É importante serem superados o discurso e a postura fundamentalista da saúde coletiva, como quando ela sataniza alguns estilos de vida, valorizando a dimensão quantidade, ganhar-se anos de vida, em detrimento de valores relacionados à qualidade e intensidade com que se vive. A superação desse discurso moralista e normativo depende de uma composição

## O TERRITÓRIO E O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

de conhecimentos técnicos sobre risco com valores de uso existentes em distintos grupos da sociedade.

Em outra direção, a análise de Canguilhem aponta os equívocos na superposição dos conceitos de saúde e normalidade, destacando o duplo sentido do conceito de 'normal'. De um lado, refere-se à noção de médias e constantes estatísticas. De outro, apresenta-se como um conceito valorativo, aludindo àquilo que é considerado como desejável em um determinado momento e em uma determinada sociedade.

Em sentido geral, é considerado 'normal' tudo aquilo que é esperado para um organismo, o que é compatível com a vida. Assim, o conceito de normal está indissolivelmente vinculado com a média estatística ou tipo. Longe de serem estritamente biológicos, estes conceitos correspondem a parâmetros ou médias consideradas 'normas' de adaptação e equilíbrio com o meio ambiente (Caponi, 1997).

Canguilhem, no entanto, questiona a suposta identificação entre norma e média, segundo a qual os valores considerados como médias estatísticas nos dariam as medidas certas daquilo que deve ser considerado como normal para um organismo. Para o autor, ao contrário do que se supõe, não é a média que estabelece o normal: as constantes funcionais expressam normas de vida que não são o resultado de hábitos individuais, mas de valores sociais e biológicos. Assim, devemos considerar as médias (constantes) fisiológicas como expressão de normas coletivas de vida histórica e socialmente mutantes.

Ser normal, portanto, nessa perspectiva, indica a própria capacidade do indivíduo de, em um cenário de restrições ou adversidades, instaurar uma nova norma, ser 'normativo': "Uma pessoa pode ser normal em um determinado meio e não sê-lo diante de qualquer variação ou infração do mesmo. Recordemos que saudável é nesta perspectiva, aquele que tolera e enfrenta as infrações" (Caponi, 1997: 297).

Esse aspecto será especialmente relevante mais à frente, quando analisarmos a perspectiva da autonomia contida em um dos campos centrais de ação da promoção da saúde, o *empowerment* (empoderamento) – tratado em sua dimensão social.

A abertura de novos horizontes terapêuticos, originados com os recentes avanços da biologia molecular, parece reacender o otimismo e a confiança na ciência, experimentados tanto na chamada 'era bacteriológica' do final do sécu-

## ABORDAGENS CONTEMPORÂNEAS DO CONCEITO DE SAÚDE

lo XIX – quando foi comprovada a relação entre os microorganismos e as doenças e foram desenvolvidas as primeiras vacinas – quanto no período após a Segunda Guerra, quando o advento dos antibióticos pareceu inaugurar uma crença na cura de todas as enfermidades.

Ao mesmo tempo em que a descoberta do genoma humano coloca a possibilidade de intervenção no código genético a fim de evitar o surgimento de determinadas anomalias, a profusão de estudos bioestatísticos de fatores de risco aponta para um controle cada vez maior das circunstâncias que predis põem o indivíduo ao adoecimento, indicando os comportamentos e os modos de vida considerados saudáveis.

Nesta perspectiva, fica patente a associação dos conceitos de saúde e normalidade com as frequências estatísticas. Embora seja esta a definição mais corriqueira e mais utilizada pelos profissionais da área de saúde (Caponi, 2003), diversos autores têm questionado seus pressupostos (Canguilhem, 2006; Almeida Filho & Jucá, 2002; Caponi, 2003), afirmando a impossibilidade de se identificar anomalia com patologia e, conseqüentemente, normalidade e saúde.

Para Caponi (2003: 56), "se nos referirmos ao código genético 'normal', veremos que existem inúmeros exemplos de variações e desvios, de 'anomalias' que não podem ser, em absoluto, consideradas como de valor negativo ou patológicas". Por outro lado, a comparação entre os organismos, a fim de obter intervalos estatísticos por onde a normalidade fisiológica seria estabelecida, também resultaria em um artificialismo que não contempla a diversidade da vida. Segundo Canguilhem (2006), o ser vivo não pode ser considerado normal se for considerado em separado de seu meio.

### **Saúde como Direito: o conceito ampliado de saúde**

Analisemos agora o conceito de saúde formulado na histórica VIII Conferência Nacional de Saúde (VIII CNS), realizada em Brasília, no ano de 1986. Também conhecido como 'conceito ampliado' de saúde, foi fruto de intensa mobilização, que se estabeleceu em diversos países da América Latina durante as décadas de 1970 e 1980, como resposta aos regimes autoritários e à crise dos sistemas públicos de saúde.

O amadurecimento desse debate se deu em pleno processo de redemocratização do país, no âmbito do movimento da Reforma Sanitária bra-

## O TERRITÓRIO E O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

sileira e representou uma conquista social sem precedentes ao transformar-se em texto constitucional em 1988.<sup>5</sup> Recordemos seu enunciado:

Em sentido amplo, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde. Sendo assim, é principalmente resultado das formas de organização social, de produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida. (Brasil, 1986: 4)

A força de seus postulados procura resgatar a importância das dimensões econômica, social e política na produção da saúde e da doença nas coletividades. Contrapondo-se à concepção biomédica, baseada na primazia do conhecimento anatomopatológico e na abordagem mecanicista do corpo, cujo modelo assistencial está centrado no indivíduo, na doença, no hospital e no médico, o texto defende como princípios e diretrizes para um novo e único sistema de saúde a universalidade, a integralidade, a equidade, a descentralização, a regionalização e a participação social. Alinha-se a uma corrente de pensamento crítico que tem expressão em diversos autores na América Latina.

Para Laurell (1997: 86), a saúde é vista como 'necessidade humana' cuja satisfação "associa-se imediatamente a um conjunto de condições, bens e serviços que permitem o desenvolvimento individual e coletivo de capacidades e potencialidades, conformes ao nível de recursos sociais existentes e aos padrões culturais de cada contexto específico".

A saúde, no texto da Constituição de 1988, reflete o ambiente político de redemocratização do país e, principalmente, a força do movimento sanitário na luta pela ampliação dos direitos sociais: "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 igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação" (Brasil, 1988: 37). O grande mérito desta concepção reside justamente na explicitação dos determinantes sociais da saúde e da doença, muitas vezes negligenciados nas concepções que privilegiam a abordagem individual e subindividual.<sup>6</sup>

<sup>5</sup> Sobre a conquista da saúde como direito no Brasil, ver Baptista, texto "História das políticas de saúde no Brasil: a trajetória do direito à saúde", no livro *Políticas de Saúde: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde*, nesta coleção (N. E.).

<sup>6</sup> De acordo com Almeida Filho (2003), o objeto saúde-doença, enquanto objeto complexo, deve ser apreendido a partir de suas diferentes dimensões (a classificação e hierarquização dessas dimensões será tratada mais a frente). A dimensão subindividual refere-se aos órgãos e sistemas de um determinado indivíduo onde se expressam diferentes processos fisiopatológicos.



## ABORDAGENS CONTEMPORÂNEAS DO CONCEITO DE SAÚDE

Sem desmerecer sua importância histórica, alguns críticos fazem ressalvas a este conceito. Para Nascimento (apud Caponi, 1997: 302),

esta concepção situa a saúde e a enfermidade como fenômenos superestruturais que reproduzem, como uma resultante ou como um reflexo, uma única dimensão considerada como determinante absoluta: a base sócio-econômica. Assim, aquela que se propõe como a forma mais progressista e inovadora de conceituar saúde pode acabar por resultar politicamente pouco operativa ou simplesmente inibidora de ações efetivas.

De acordo com esta análise, o conceito ampliado esvaziaria a referência às especificidades biológica e psíquica da enfermidade. De forma semelhante ao conceito da OMS, dada a sua amplitude e extensão de sua atuação, correria o risco de ver medicalizados todos os âmbitos da existência (trabalho, alimentação, tempo livre, transporte etc).

Esta perspectiva encontra eco em meio a autores que mais recentemente têm estabelecido uma crítica ao movimento da promoção da saúde. Reconhecida como uma das mais instigantes propostas para operacionalizar o conceito positivo da saúde – desde de sua reconfiguração a partir do “Informe Lalonde”, no Canadá, até os dias de hoje – a promoção da saúde vem ganhando espaço tanto nos debates acadêmicos (Buss, 2003; Czeresnia & Freitas, 2003; Lefèvre & Lefèvre, 2004; Teixeira, Paim & Villasbôas, 2002) quanto nas políticas públicas mais amplas (Brasil, 2006).

A reorientação dos sistemas de saúde, um dos campos centrais de ação desta perspectiva de acordo com a Carta de Otawa, se expressa através da formação dos profissionais e, principalmente, pela atuação intersetorial. Para Lefèvre e Lefèvre (2004) e Carvalho (2005), no entanto, ao definir como instância privilegiada a intersetorialidade, a política de saúde deixaria de ter um objetivo setorial específico e diluir-se-ia como pseudomandatária de todas as demais políticas. Para Lefèvre e Lefèvre (2004), ao afirmar que a saúde é responsabilidade de todos os setores (habitação, emprego, renda, meio ambiente etc), a perspectiva da intersetorialidade esvaziaria a ação específica do setor saúde em detrimento de ações políticas globais com alto grau de generalidade.

O risco do uso equivocado do conceito de ‘políticas públicas saudáveis’ já ficou demonstrado pelo caráter abusivo com que se procurou revestir políticas clientelistas em anos eleitorais, representando desvio de parcelas significativas do recurso destinado ao setor saúde.

## O TERRITÓRIO E O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

Contudo, submetendo o conceito ampliado da VIII CNS às teorizações de Canguilhem, Caponi reconhece que, ao estabelecer o entendimento da saúde como uma 'margem de segurança para suportar as infidelidades do meio', o autor concede uma certa primazia à dimensão individual do fenômeno de saúde-doença, excluindo de suas preocupações os determinantes sociais: "Poderia-se argumentar que ao falar da necessidade de integrar essas infidelidades do meio como um elemento indispensável para tematizar a saúde, se corre o risco de legitimá-las em lugar de combatê-las" (Caponi, 1997: 304).

É importante diferenciar a inevitabilidade do adoecimento, quando falamos de doenças e agravos cuja compreensão sobre seus determinantes e a capacidade de intervenção ainda são limitadas – o caso de muitas viroses, por exemplo –, da perigosa naturalização de condições de vida adversas que, sabidamente, conferem maior vulnerabilidade a diferentes grupos e extratos sociais.

Avançando de forma dialética em direção à superação das dualidades indivíduo/coletivo e sujeito/estrutura, Caponi propõe a extensão do conceito canguilhemiano à esfera social. Saúde, nesse sentido, estaria referida à capacidade de indivíduos e coletivos de tolerância com as infidelidades do meio. Exemplificando, no caso da tuberculose, podemos observar que os organismos menos saudáveis são aqueles que possuem menor capacidade (falta de alimentação, de moradia adequada, de educação, incapacidade de autocuidado etc.) para tolerar e enfrentar esta 'infidelidade' (neste caso, o bacilo de Koch) que seu meio apresenta. Em síntese, isto significa que "capacidade de tolerância para enfrentar as dificuldades está diretamente vinculada a valores não só biológicos, mas também sociais" (Caponi, 1997: 305).

### **Algumas Abordagens Integradoras**

Diversos trabalhos têm sido desenvolvidos no intuito de formular uma conceituação positiva de saúde. A principal característica dessas abordagens é a busca de uma integração dos aspectos sociais e econômicos na explicação do processo saúde-doença.

## ABORDAGENS CONTEMPORÂNEAS DO CONCEITO DE SAÚDE

### **O enfoque ecossistêmico da saúde**

Tido como uma das alternativas teórico-metodológicas surgidas na década de 1970 para fazer frente ao conceito negativo e restrito de saúde, o enfoque ecossistêmico busca rever a perspectiva antropocêntrica de dominação dos espaços ambientais, cujo caráter predador tem sido responsável pela destruição dos projetos humanos de vida saudável (Minayo, 2002).

A despeito de não intencionar, ao menos explicitamente, a criação de um novo conceito de saúde, acreditamos ser importante enfatizar algumas dimensões destacadas por seus pressupostos.

A abordagem ecossistêmica coloca em xeque o uso instrumental do conceito de 'desenvolvimento como crescimento econômico', ligado apenas ao dinamismo econômico, produção de riquezas e aumento da produtividade. Ao questionar o conteúdo do crescimento, procura lhe conferir outro sentido, o de desenvolvimento humano. Outro conceito fundamental passa a ser o de 'qualidade de vida'. Entendida para além das tentativas de sua apreensão objetiva através de indicadores quantitativos, sua definição é eminentemente qualitativa, e junta

o sentimento de bem-estar, a visão da finitude dos meios para alcançá-lo e a disposição para, solidariamente, ampliar as possibilidades presentes e futuras. Portanto, da mesma forma que a noção de saúde, a qualidade de vida, dentro do enfoque ecossistêmico, é como um guarda-chuva onde estão ao abrigo nossos desejos de felicidade; nossos parâmetros de direitos humanos; nosso empenho em ampliar as fronteiras dos direitos sociais e das condições de ser saudável e de promover a saúde. (Minayo, 2002: 174)

O estreitamento das relações entre saúde e ambiente provocado neste enfoque representa um significativo avanço no questionamento do uso desmedido dos recursos naturais e de seus impactos ambientais e sociais. Sob esse ponto de vista, a saúde e a doença decorrem tanto das chamadas 'situações de risco tradicionais' – como a contaminação das águas e dos alimentos, a ausência de saneamento, a maior exposição aos vetores, as condições precárias de moradia – quanto de riscos 'modernos' – como o cultivo intensivo de alimentos e monoculturas, a poluição do ar e as mudanças climáticas globais, o manejo inadequado de fontes energéticas, entre outros.

Compreendendo a saúde-doença como um processo coletivo, tal enfoque indica a necessidade de recuperar o sentido do

## O TERRITÓRIO E O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

'lugar'<sup>7</sup> como o espaço organizado para a análise e intervenção, buscando identificar, em cada situação específica, as relações entre as condições de saúde e seus determinantes culturais, sociais e ambientais, dentro de ecossistemas modificados pelo trabalho e pela intervenção humana. (Minayo, 2002: 181-182)

### O Modelo conceitual dos determinantes sociais da saúde

Sabe-se que alguns grupos da população são mais saudáveis que outros. Se deixarmos de lado as desigualdades de adoecimento de acordo com a faixa etária e as diferenças ocasionadas pelas doenças específicas de cada sexo, e voltarmos nossa atenção ao cruzamento e relacionamento de informações, evidenciam-se as desigualdades decorrentes das condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham. Ao contrário das outras, tais desigualdades são injustas e inaceitáveis, e por isso são denominadas iniquidades (Brasil, 2006).

Exemplo de iniquidade é a probabilidade cinco vezes maior de uma criança morrer antes de alcançar o primeiro ano de vida pelo fato de ter nascido no Nordeste e não no Sudeste. O outro exemplo é a chance três vezes maior de uma criança morrer antes de chegar aos cinco anos de idade pelo fato de sua mãe ter quatro anos de estudo e não oito.

As relações entre os determinantes e aquilo que determinam é mais complexa e mediada do que as relações de causa e efeito. Daí a denominação 'determinantes sociais da saúde' e não 'causas sociais da saúde'. Por exemplo, o bacilo de Koch causa a tuberculose, mas são os determinantes sociais que explicam porque determinados grupos da população são mais susceptíveis do que outros para contrair a tuberculose. (Brasil, 2006: 1)

Os determinantes sociais da saúde incluem as condições mais gerais –socioeconômicas, culturais e ambientais – de uma sociedade, e se relacionam com as condições de vida e trabalho de seus membros, como habitação, saneamento, ambiente de trabalho, serviços de saúde e educação, incluindo também a trama de redes sociais e comunitárias.

Dentre os vários modelos propostos para a sua compreensão (Solar & Irwin, 2005), destaca-se um esquema que permite visualizar as relações hierárquicas entres os diversos determinantes da saúde (Figura 1).

<sup>7</sup> Nessa perspectiva, o conceito de 'lugar' remete ao território da área de atuação das equipes do Programa de Saúde da Família (PSF).

## ABORDAGENS CONTEMPORÂNEAS DO CONCEITO DE SAÚDE

Figura 1 – Modelo de Dahlgren e Whitehead: influência em camadas



Fonte: Whitehead & Dahlgren apud Brasil, 2006.

Se quisermos combater as iniquidades de saúde, devemos conhecer melhor as condições de vida e trabalho dos diversos grupos da população. Precisamos, ainda, saber estabelecer as relações dessas condições de vida e trabalho, por um lado, com determinantes mais gerais da sociedade e, por outro, com determinantes mais específicos próprios dos indivíduos que compõem esses grupos.<sup>8</sup> Devemos também definir, implementar e avaliar políticas e programas que pretendam interferir nessas determinações – o Programa de Saúde da Família (PSF), sem dúvida alguma, é uma das mais importantes estratégias nessa direção. Por fim, devemos fazer com que a sociedade se conscientize do grave problema que as iniquidades de saúde representam, não somente para os mais desfavorecidos, como também para o conjunto social, buscando, com isso, obter o apoio político necessário à implementação de intervenções.

A partir dos anos 90, o crescente consenso em relação ao papel dos determinantes sociais no fenômeno do adoecimento humano tem motivado di-

<sup>8</sup> O reconhecimento das condições de vida e da situação de saúde através de um diagnóstico sócio-sanitário será desenvolvido no texto "Território e diagnóstico sócio-sanitário no Programa Saúde da Família", no presente livro. A concepção teórico-metodológica de abordagem do território proposta por Monken (2003) e Monken e Barcellos (2005) mostra-se apropriada para a compreensão da complexidade das relações que se estabelecem no espaço cotidiano.

## O TERRITÓRIO E O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

versos países a reformularem seus objetivos estratégicos na área da saúde. As metas de redução das taxas de morbidade e mortalidade passam a ser acompanhadas pela busca de criação de condições sociais que assegurem uma boa saúde para toda a população.

As preocupações com as iniquidades em saúde levam à organização, no interior da OMS, de uma Divisão para tratar dessa temática (WHO Equity Initiative). A equidade em saúde, então, passa a ser definida em relação à posição dos indivíduos na hierarquia social e, conseqüentemente, aos gradientes de poder social, econômico e político acumulados.

Na 57ª Assembléia Geral da OMS, realizada em maio de 2004, foi anunciada a intenção de criar uma Comissão Global sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CDSH), para fazer a agenda pró-equidade avançar e para aumentar o apoio da Organização aos Estados-membros na implementação de abordagens abrangentes dos problemas de saúde, incluindo suas raízes sociais e ambientais.

Com base nestas preocupações, em março de 2006 foi criada no Brasil, no âmbito do Ministério da Saúde, a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), que tem como principais objetivos:

- Produzir conhecimentos e informações sobre as relações entre os determinantes sociais e a situação de saúde, particularmente as iniquidades de saúde;
- Promover e avaliar políticas, programas e intervenções governamentais e não-governamentais realizadas em nível local, regional e nacional, relacionadas aos determinantes sociais da saúde;
- Atuar junto a diversos setores da sociedade civil para promover uma tomada de consciência sobre a importância das relações entre saúde e condições de vida e sobre as possibilidades de atuação para diminuição das iniquidades de saúde. (<[www.determinantes.fiocruz.br](http://www.determinantes.fiocruz.br)>)

### **Complexidade e processo saúde-doença**

Outras abordagens, porém, ao integrarem os determinantes sociais nas explicações do processo saúde-doença, o fazem com o cuidado necessário para que não se recaia em determinismos que enfraqueceriam novamente a análise em questão.

## ABORDAGENS CONTEMPORÂNEAS DO CONCEITO DE SAÚDE

Partindo do pressuposto de que os fenômenos de saúde-doença não podem ser definidos apenas a partir do espaço subindividual, Almeida Filho e Andrade (2003) reivindicam o estabelecimento de uma abordagem totalizadora que respeite a complexidade dos fenômenos da vida, saúde, doença, sofrimento e morte.

Para os autores, as disciplinas que compõem o campo da saúde têm definido de forma inadequada seu objeto de conhecimento. Cada campo disciplinar reduz os outros campos ao seu próprio objeto, apresentando-se como a única ciência capaz de explicar e produzir conhecimento válido. Essa disputa pela hegemonia do nível de ancoragem definidor do conceito de saúde-doença termina por esterilizar a compreensão do fenômeno, produzindo um grave reducionismo analítico:

A biologia molecular toma o genoma e o proteoma como único tema válido de pesquisa, argumentando que todos os outros níveis de processos patológicos derivam desses sistemas básicos de reprodução molecular e bioquímica. A histopatologia e a imunopatologia reivindicam a centralidade do nível tissular ou intrasistêmico na causalidade da patologia (...) A fisiopatologia explicitamente instituída como a ciência de base da clínica prefere invocar modelos de mecanismos regulatórios ou desequilíbrios patológicos para explicar a causalidade das doenças (...) (Almeida Filho & Andrade, 2003: 108)

Na busca de um olhar menos fragmentado e 'com mais consciência epistemológica', os autores indicam a necessidade de um tratamento teórico-metodológico transdisciplinar tendo como base a perspectiva da complexidade. Valendo-se das contribuições do epistemólogo argentino Juan Samaja, procuram conceber o conceito de saúde como um objeto com distintas faces hierárquicas e planos de emergência.

Tomada como "base para uma proposta de sistematização de uma Teoria Geral da saúde-doença", a designação 'holopatogênese' refere-se ao "conjunto de processos de determinação (*gênesis*) de doenças e condições relacionadas (*pathos*) tomadas como um todo integral (*holos*), compreendendo todas as facetas, manifestações e expressões de tal objeto complexo de conhecimento" (Almeida Filho & Andrade, 2003: 109).

O esboço dessa teoria parte de uma reflexão sobre as ordens hierárquicas de complexidade. Uma ordem hierárquica é constituída de um conjunto de conceitos construídos no âmbito de cada campo disciplinar. Na biologia, por exemplo, observam-se as seguintes derivações: molécula, célula, tecido, órgão,

## O TERRITÓRIO E O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

sistema, organismo, grupo, população, ambiente. A uma das vertentes dessa ordem 'biodemográfica' – organismo, grupo, população, ambiente – corresponde uma ordem 'sociocultural' – sujeito, família, sociedade, cultura.

De acordo com os autores, tomado em sua integralidade, o fenômeno da saúde-doença deve ser compreendido, então, a partir da integração de ambas as ordens hierárquicas, apresentando diferentes dimensões e componentes:

- Microestrutural – molecular ou celular;
- Microsistêmica – metabolismo ou tecido;
- Subindividual (órgão ou sistema) – processos fisiopatológicos;
- Clínica individual – casos;
- Epidemiológica – população sob risco;
- Interfaces ambientais – ecossistemas;
- Simbólica – semiológica e cultural.

Evitando a linearidade na interpretação das relações, os autores apontam as conexões interativas entre essas dimensões e componentes. Mais do que a simples determinação em cadeia, cada subespaço contém componentes dos outros subespaços, em uma evolução dinâmica do sistema, de tal maneira que a projeção de um sobre o outro não permite distinguir os efeitos individuais dos fatores de cada subconjunto. A interação em rede e o sinergismo nos seus efeitos caracterizam a 'fractalidade'<sup>9</sup> desse modelo, no qual a 'borrosidade' das fronteiras entre os componentes da saúde e da doença representam a complexidade e a dinâmica do processo (Almeida Filho & Andrade, 2003).

Em perspectiva semelhante, Sabroza (2001) considera a saúde como um sistema complexo, em que se articulam diferentes dimensões. Tais dimensões (biológica, psicológica, econômica, social, cultural, individual, coletiva etc) precisam ser analisadas em diferentes níveis de organização da vida: o molecular, o

<sup>9</sup> Fractal é um objeto geométrico que pode ser dividido em partes, cada uma das quais semelhante ao objeto original. Diz-se que os fractais têm infinitos detalhes, são geralmente auto-similares e independem de escala. Em muitos casos, um fractal pode ser gerado por um padrão repetido, tipicamente um processo recorrente ou interativo. A fractalidade é tida como uma das características dos sistemas complexos. Um sistema caracterizado pela fractalidade constitui-se de partes interdependentes entre si, que interagem e transformam-se mutuamente, desse modo o sistema não será definível pela soma de suas partes, mas por uma propriedade que emerge deste seu funcionamento. O estudo em separado de cada parte do sistema não levará ao entendimento do todo. Nesta perspectiva, o todo é mais do que a soma das partes. Da organização de um sistema nascem propriedades emergentes que podem retroagir sobre as partes. Por outro lado, o todo é também menos que a soma das partes, uma vez que tais propriedades emergentes possam também inibir determinadas qualidades das partes.

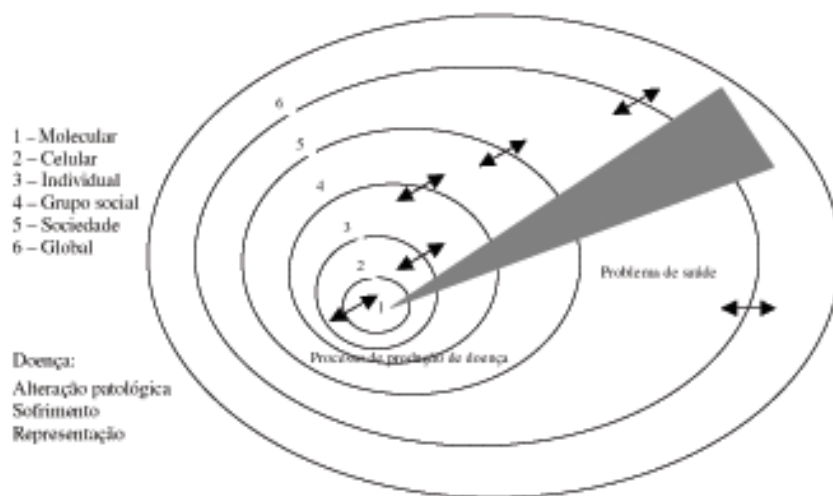


## ABORDAGENS CONTEMPORÂNEAS DO CONCEITO DE SAÚDE

celular, o individual, do grupo social, da sociedade e global. Internamente, as categorias e variáveis de cada nível são mediadas por relações de determinação e especificação.<sup>10</sup>

O processo saúde-doença, reconhecido a partir da posição do observador, aparece como alteração celular, sofrimento ou problema de saúde. No nível individual, a expressão do processo pode ser, simultaneamente, alteração fisiopatológica, sofrimento e representação (mediada por valores culturais). No nível coletivo, o processo saúde-doença possui uma expressão populacional (demográfica, ecológica), cultural (conjunto de regras) e espacial (organização e disposição). Nas sociedades, esse mesmo processo aparece como problemas de saúde pública, na interface com o Estado, entre particular e público e entre o individual e o coletivo. Estará, assim, sempre na interseção de duas lógicas: a da reprodução da vida e a da lógica da produção econômica (Sabroza, 2001).

Figura 2 – Níveis de organização e processos saúde-doença



Fonte: Sabroza, 2001.

<sup>10</sup> Na análise estatística da relação entre variáveis, a especificação é a prática de verificar se uma dada relação permanece a mesma em diferentes segmentos de uma população. Isso é conhecido também como 'relações condicionais' (Jonhson, 1997). A especificação designa um processo de seleção baseado na singularização.

## O TERRITÓRIO E O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

As transformações observadas nos processos de produção e na organização social implicam, necessariamente – ainda que não simultaneamente – modificações nas demais dimensões, através de processos interativos de estruturação que relacionam modo de produção, organização espacial, problemas de saúde, concepções de saúde, respostas institucionais aos problemas e práticas assistenciais prevalentes.

De acordo com Sabroza (2001: 4), o conceito de saúde deve ser incluído entre aqueles tidos como imprecisos:

ao contrário de conceitos bem estabelecidos, demarcados pelos limites que explicitam as suas condições, os conceitos imprecisos são definidos a partir de questões centrais ou atratores, e de suas interações com outros conceitos com os quais se relacionam, sempre a partir de perspectivas definidas em determinado período histórico.

Embora fazendo parte de uma realidade objetiva, a construção do conceito só se dá a partir da sua elaboração por atores sociais concretos.

Discutindo as transformações na organização do modo de produção nas diferentes formações sociais ao longo da história para analisar suas implicações na saúde das populações, Sabroza detêm-se na transição dos diferentes estágios do capitalismo. De um capitalismo molecular, baseado no consumo intensivo de mão-de-obra (manufaturas), passando pelo capitalismo monopolista de estado, cuja produção estava centrada no consumo intensivo de energia, chega-se ao estágio do capitalismo técnico-científico, caracterizado pelo consumo intensivo de informação, pela desconcentração territorial da produção, informatização acelerada, flexibilização das relações de trabalho, redução dos postos de trabalho, fortalecimento das corporações transnacionais, fomento à produtividade e competitividade, diminuição do poder regulador dos estados, entre outros fenômenos associados.

Considerando os determinantes sociais e espaciais relacionados com as transformações no processo de produção, o autor destaca a busca pela manutenção e mesmo ampliação da capacidade de consumo das imensas populações urbanas diante do desemprego e da redução dos investimentos públicos em políticas sociais:

As estratégias têm sido a fragmentação do território, assegurando maior controle social através de poderes políticos locais, e a segmentação social, com a emergência de um novo componente, o circuito inferior urbano, integrado e dinâmico. Este circuito espacial de produção, descrito ora como economia informal, ora como estratégia de sobrevivência popular,

## ABORDAGENS CONTEMPORÂNEAS DO CONCEITO DE SAÚDE

se caracteriza por sua produtividade e relativa autonomia. Ele representa custos sociais mínimos para o capital e para o Estado, e ainda gera renda que garante a reprodução, o consumo ampliado e transferência importante de recursos para o circuito principal. (Sabroza, 2001: 23)

Apoiado nas formulações do geógrafo Milton Santos, Sabroza refere-se a uma nova estratificação social surgida nas diferentes formações sociais capitalistas: os incluídos (porém vulneráveis) e os excluídos. Representando não mais uma disfunção do sistema, o que antes era visto como 'patologia social' passa a ser compreendido como característica inerente do capitalismo, ou seja, um recurso estratégico de reprodução de seu dinamismo econômico e, conseqüentemente, de reprodução das desigualdades sociais e espaciais.

Do ponto de vista da análise social, indica o surgimento de uma nova pobreza, caracterizada não somente pela diferença de renda, mas também pelo baixo grau de incorporação de inovações técnico-científicas e pela ausência da seguridade social. Diferentes daqueles considerados vulneráveis – dada a sua inserção no circuito inferior, embora integrados ao circuito principal –, os excluídos não conseguem mais trabalho ou outra fonte de renda.

Nota-se que nestas duas abordagens é recorrente a preocupação em apontar a hierarquia de determinação e a complexidade das relações entre os diferentes níveis de expressão do processo saúde-doença. Diferente do que ocorria no modelo multicausal, os fatores não são mais alinhados como variáveis de peso igual. Há uma nítida valorização dos aspectos socioeconômicos na produção da saúde e da doença, no entanto, não são deixados de lado os aspectos relativos ao nível individual. Esse movimento, ao passo que permite integrar no mesmo modelo aspectos tão aparentemente diversos, como desemprego, *stress*, hipertensão e reações bioquímicas, fornece elementos importantes para a mudança das práticas de saúde e para a formação ético-política dos trabalhadores da saúde.

### **A Operacionalização de um Conceito Amplo**

Uma vez analisado o conceito ampliado de saúde, outro dilema aflige os trabalhadores da saúde, em especial aqueles que lidam diretamente com a população: como operacionalizá-lo? Como fazer com que suas premissas ganhem concretude e expressão nas práticas cotidianas dos serviços?

## O TERRITÓRIO E O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

Sabemos que as 'infidelidades do meio' referidas por Canguilhem têm uma distribuição desigual na sociedade, qualquer que seja o plano de análise escolhido: desde as assimetrias geradas pelas políticas econômicas competitivas adotadas pelos países centrais em relação aos países periféricos até as profundas diferenças intra-urbanas de acesso a bens e serviços; a vulnerabilidade de determinados extratos sociais é acentuadamente maior do que de outros, dadas as precárias condições de vida em que se encontram.

Assim, se por um lado podemos perceber como normal o acometimento de algumas enfermidades; por outro, não deveria ser considerada normal a impossibilidade de acesso a meios adequados para lidar com esse adoecimento. Concordamos com Caponi (1997: 306) quando afirma que "a saúde entendida como margem de segurança exige que integremos aqueles elementos relativos às condições de vida que foram enunciadas na definição da VIII Conferência".

Embora a saúde tenha sido promulgada na Constituição Brasileira como "direito de todos e dever do Estado" (Brasil, 1988), e seu texto seja considerado até hoje uma das maiores conquistas dos movimentos sociais no período da redemocratização do país, a norma está bastante distante de sua expressão real, e a organização dos serviços de saúde não parece estar preparada política e tecnicamente a repensar suas práticas.

Pensar saúde como acesso à educação, trabalho, transporte, lazer, alimentação etc implica a superação do modelo biomédico e a adoção de outros princípios norteadores capazes de auxiliar na necessária reorganização do modelo de atenção à saúde, ainda voltado às ações curativas e assistenciais.

O conceito e as práticas de promoção da saúde têm representado uma possibilidade concreta de ruptura desse paradigma ao proporem uma nova forma de conceber e intervir no campo da saúde. Desde que o termo foi formulado pela primeira vez, seu desenvolvimento transitou de uma concepção restrita a um nível de atenção da medicina preventiva (Leavell & Clark, 1976) para um enfoque político e técnico do processo saúde-doença-cuidado (Buss, 2003). Esse movimento de renovação observado nos últimos 30 anos, principalmente no Canadá, tem como marcos o "Informe Lalonde", de 1974, e a I Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde, de 1986.

A Carta de Ottawa, principal produto desta reunião, definiu a promoção da saúde como "o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior parti-

## ABORDAGENS CONTEMPORÂNEAS DO CONCEITO DE SAÚDE

cipação no controle deste processo” (Buss, 2003). Os cinco campos centrais de ação propostos foram:

- Elaboração e implementação de ‘políticas públicas saudáveis’;
- Criação de ‘ambientes favoráveis à saúde’;
- Reforço da ‘ação comunitária’;
- Desenvolvimento de ‘habilidades pessoais’;
- Reorientação dos serviços de saúde’.

Pela relevância que assumem na organização das práticas dos agentes comunitários de saúde (ACS), é recomendável que sejam comentados alguns desses campos de ação.

A ‘criação de ambientes favoráveis à saúde’ diz respeito não apenas à conservação dos recursos naturais, mas também daqueles ambientes construídos pelo homem. Implica sobretudo “o reconhecimento da complexidade das nossas sociedades e das relações de interdependência entre os diversos setores” (Buss, 2003: 27).

O ‘reforço da ação comunitária’, também chamado de *empowerment* comunitário, refere-se ao “*incremento do poder das comunidades* na fixação de prioridades, na tomada de decisões e na definição e implementação de estratégias para alcançar um melhor nível de saúde (...) ou seja, à aquisição de poder técnico e consciência política para atuar em prol de sua saúde” (Buss, 2003: 27 – grifos do autor). Esse processo, entre outras ações, depende substancialmente da garantia de acesso da população à informação, às oportunidades de aprendizagem e ao planejamento das ações.

Já o ‘desenvolvimento de habilidades pessoais’ tem sido um dos campos de ação mais polêmicos dessa proposta. Boa parte das críticas à promoção da saúde incidem sobre este aspecto. Se, por um lado, é imprescindível a divulgação de informações sobre diferentes aspectos relativos à saúde – de modo que a população tenha como orientar suas condutas –; por outro, quando essa perspectiva é adotada como o próprio conceito de promoção, opera-se um reducionismo que empobrece a potencialidade de seu alcance.

Os problemas da promoção da saúde ficam mais evidentes quando analisamos o desenvolvimento da autonomia: em uma vertente *behaviorista*, reduz-se a autonomia no nível dos indivíduos, traduzindo-a como desresponsabilização do Estado e conseqüente fortalecimento das propostas de modelagem de comportamentos saudáveis como forma de os indivíduos toma-

## O TERRITÓRIO E O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

rem conta de si mesmos. Em outra direção, para a vertente crítica, a autonomia decorre da conquista social do controle dos determinantes e condicionantes da saúde, invertendo o foco do modelo de ênfase curativa, assistencial, medicalizante para o de um modelo em que se estruturam políticas intersetoriais visando à qualidade de vida. É nessa segunda via que residem as potencialidades de operacionalização de um conceito amplo de saúde.

A discussão acerca dos modelos de atenção no Brasil tem indicado a necessidade de reorganização tecnológica do trabalho em saúde, incorporando 'ferramentas' bastante negligenciadas<sup>11</sup> no cotidiano dos serviços de saúde. Esse esforço exige o repensar dos objetos, dos sujeitos, dos meios de trabalho e das formas de organização das práticas<sup>12</sup> (Teixeira; Paim e Villasbôas, 2002).

Dessa forma, em uma outra perspectiva de modelo de atenção, o 'objeto das práticas de saúde' se expande para além da doença, dos doentes, dos modos de transmissão e dos fatores de risco, passando a englobar as necessidades e os determinantes (condições de vida e de trabalho); os sujeitos da atenção já não podem ser considerados apenas os médicos, os sanitaristas e seus auxiliares, mas as equipes de saúde (de todos os níveis), trabalhadores de outros setores e a própria população; os 'meios de trabalho' incorporam, para além das consagradas tecnologias médicas e sanitárias, a contribuição de outros conhecimentos e instrumentos fundamentais para uma ação mais ampla, capaz de produzir impactos na esfera dos determinantes e condicionantes de modo não espontaneísta, como os conteúdos de outros campos disciplinares, como a educação, a comunicação, a geografia, o planejamento estratégico-situacional etc; e, por fim, as 'formas de organização do trabalho em saúde' seriam reorientadas para além da oferta tradicional de serviços de saúde (rede básica e hospitalar), campanhas sanitárias, programas especiais e de vigilância sanitária e epidemiológica, buscando o desenvolvimento de operações sobre os principais problemas e necessidades sociais de saúde, através de ações intersetoriais e de políticas públicas saudáveis.

<sup>11</sup> Sobre essa discussão, a leitura das formulações de Emerson Mehry (2002), referindo-se às 'valises' tecnológicas das práticas em saúde, destacando a importância das tecnologias duras, leve-duras e leves tem contribuído bastante no atual debate sobre o cuidado.

<sup>12</sup> Para discussão sobre tecnologia no trabalho em saúde, ver também Abrahão, texto "Tecnologia: conceito e relações com o trabalho em saúde", no livro *O Processo Histórico do Trabalho em Saúde*, nesta coleção (N. E.).

## ABORDAGENS CONTEMPORÂNEAS DO CONCEITO DE SAÚDE

Esse movimento de reorganização tecnológica do trabalho em saúde implica também o reconhecimento do território de atuação dos profissionais de saúde. A compreensão de como se dão as complexas relações entre homem e o seu espaço/território de vida e trabalho é fundamental para a identificação de suas características históricas, econômicas, culturais, epidemiológicas e sociais, bem como de seus problemas (vulnerabilidades) e potencialidades.

A realização de um diagnóstico das condições de vida e da situação de saúde da população é, sem dúvida, um passo fundamental nessa reorientação do modelo de atenção, e requer o domínio de conceitos e instrumentos advindos de outros campos de conhecimento distintos daqueles habitualmente oferecidos na capacitação das equipes e, particularmente, dos ACS. Sua adoção como recurso metodológico e como tecnologia do trabalho em saúde permite a superação do reducionismo dos problemas de saúde à sua dimensão biológica e incorpora as diferentes dimensões da reprodução social (Samaja, 2000). Antes de tudo, é preciso que se defina com clareza um referencial crítico de abordagem dos fenômenos a serem analisados, sob o risco de serem percebidos na sua superficialidade, o que, no mais das vezes, conduz a conclusões desesperançadas de culpabilização da população (no microcontexto) ou do Estado (no macrocontexto), gerando imobilismo e, no máximo, voluntarismo assistencialista.

Se, por um lado, é possível perceber a importância de buscar uma compreensão dos determinantes e condicionantes sociais do processo saúde-doença, evitando a individualização e a fragmentação biologicista; por outro, é preciso estar atento para que esse movimento não seja tomado como justificativa para a normatização dos corpos, em uma espécie de biossociabilidade bastante perigosa, em que a prescrição de estilos de vida e de comportamentos saudáveis concebe a sociedade como homogênea e indiferenciada. Como já vimos, amparados na epistemologia médica de Canguilhem, a capacidade de dizer se o corpo está saudável ou doente pertence ao titular, mediante suas normas culturais e particulares.

Assim, a saúde deve ser compreendida em seus múltiplos aspectos. Ela nunca será redutível a qualquer de suas dimensões, seja ela biológica, psicológica, individual ou coletiva, objetiva ou subjetiva. Objeto complexo, requer instrumental teórico de nova ordem, não mais referenciado à epistemologia positivista, analítica, e sim a partir de uma perspectiva transdisciplinar, totalizante.

## O TERRITÓRIO E O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

Creio que a capacidade normativa destacada por Canguilhem como a forma pela qual o sujeito interage com eventos da vida poderia referir-se, em um movimento de extrapolação semântica, não mais às capacidades individuais, mas à capacidade de autonomia e de organização da sociedade. O conceito de *empowerment*, um dos campos centrais de ação da promoção da saúde, encontra similaridades com esta qualidade autogestionária. A conformação de sujeitos históricos, capazes de reconhecer o nível de determinação das estruturas, capacitando-se técnica e politicamente para atuar na sua transformação, é chave na dialética necessária para construção de novas relações sociais, possibilidades de um mundo movido por outra utopia – menos destrutiva que a do capital.

O reconhecimento dos determinantes históricos – econômicos, sociais e culturais – envolvidos na conformação de contextos específicos de carência passa, necessariamente, pela atuação de trabalhadores da saúde capazes de realizar diagnósticos participativos sobre as condições de vida e situação de saúde de uma determinada população. A investigação histórica da ocupação, das características físicas, econômicas, sociais e culturais do território, da disposição e qualidade dos equipamentos e serviços públicos, do perfil epidemiológico e dos principais problemas da comunidade é um passo fundamental para a busca de soluções. Somente uma leitura interdisciplinar da realidade é capaz de promover uma maior compreensão da realidade de saúde-doença-cuidado de uma população. A complexidade de determinantes, condicionantes e fatores envolvidos sugere a identificação de problemas mais amplos, que tradicionalmente não figuram entre os problemas médicos ou epidemiológicos, nem na linha de ação dos profissionais da saúde.

O planejamento de ações para o enfrentamento dos problemas passa pela mobilização da capacidade normativa<sup>13</sup> da comunidade, traçando metas, organizando operações de enfrentamento contínuo e buscando a atuação intersetorial sobre os problemas identificados.

<sup>13</sup> De acordo com o sentido que Canguilhem (2006) lhe atribui, o 'normal' refere-se não ao esperado, à média, mas a uma vida em meio em que flutuações e novos acontecimentos são possíveis. A capacidade normativa, portanto, refere-se à capacidade de instituir normas diferentes em condições diferentes, de responder às exigências do meio. Ainda que Canguilhem tenha utilizado esse termo em relação ao indivíduo, sua extrapolação semântica nos parece adequada para analisar o grau de mobilização de um determinado grupo social na busca de atendimento às suas necessidades.



## ABORDAGENS CONTEMPORÂNEAS DO CONCEITO DE SAÚDE

A mudança paradigmática envolve mais atores na operacionalização da promoção da saúde. Mais do que médicos, enfermeiros, técnicos, agentes e demais trabalhadores da saúde, serão incorporados ambientalistas, engenheiros, advogados, antropólogos, artistas, jornalistas, garis, e a própria população envolvida direta ou indiretamente na produção e/ou na solução do problema.

O objeto da ação, qualificando o tradicional cuidado preventivo-curativo em relação às doenças infecciosas e não-infecciosas, expande-se para a compreensão de danos, riscos, necessidades e determinantes das condições de vida, saúde e trabalho.

Os problemas identificados muitas vezes não são doenças ou agravos, objetos típicos da ação no setor saúde, mas problemas ambientais, como a ausência de saneamento; sociais, como a deficiência da escola, a violência entre os jovens, a falta de emprego e alternativa de renda, a indisponibilidade de áreas de lazer e de acesso à cultura, o transporte insuficiente, as condições inadequadas de moradia; ou um contexto econômico-cultural de vulnerabilidade, como o consumo excessivo de carboidratos e gorduras. Diversos e complexos problemas podem ser considerados determinantes ou condicionantes de várias doenças e agravos.

As práticas, por sua vez, passam a contar com uma dimensão comunicativa mais forte, buscando estabelecer vínculos sociais com a comunidade e suas formas culturais – visando à troca de saberes populares e científicos, o fortalecimento técnico e o amadurecimento político a partir do reconhecimento da história, dos problemas e das próprias potencialidades do território.

O planejamento participativo é ferramenta fundamental para a viabilidade do encontro de saberes, interesses e visões sobre a realidade. Desde a identificação e definição de prioridades até a construção de propostas de intervenção são necessárias várias etapas e uma significativa capacidade de mobilização. A formação dessa capacidade normativa (Canguilhem, 2006) põe em evidência outra importante dimensão de uma nova prática: a ação educativa.

Procurando afastar-se de uma visão prescritivista, aliada inseparável de uma perspectiva autoritária da ciência, a ação pedagógica deve procurar estabelecer uma relação de aprendizado compartilhado, de mútua busca do saber entre aqueles atores envolvidos. Não se trata de buscar a modelagem de comportamentos tidos como não saudáveis ou de risco, mas sim de identificar e compreender as razões das vulnerabilidades coletivas. Todos aprendem com os

## O TERRITÓRIO E O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

moradores mais antigos as origens, as características que mudaram e as que permaneceram no território. Com os artistas, a linguagem, os desejos e os significados culturais; com os professores, a realidade das escolas; com os moradores, o grau de satisfação com os serviços e as percepções diferenciadas sobre os problemas; com os epidemiólogos, as informações sobre as tendências e o perfil de saúde e doença; com os ACS, as singularidades e capacidades da população. Dependendo do problema identificado, novos olhares são requisitados, e assim podem-se encontrar formas de viabilizar aquilo que todo ano, passivamente, repete-se como mera queixa sem comprometimento algum com a mudança.

A análise da viabilidade pode interpor a necessidade de estabelecer objetivos estratégicos, soluções parciais e incremento de recursos. As operações podem ser atingidas somente a médio e longo prazo, porém terão seguramente um impacto mais amplo e formativo na sociedade do que a persistência única e exclusiva nas reformas da atenção setorial.

A implementação e a avaliação contínua dos processos e dos resultados serão sempre conseqüência da capacidade mobilizadora dos atores sociais envolvidos, sejam profissionais de saúde, de outros setores, ou a própria comunidade.

### **Considerações Finais**

A saúde é um constructo que possui as marcas de seu tempo. Reflete a conjuntura econômica, social e cultural de uma época e lugar. Reconhecer sua historicidade significa compreender que sua definição e o estabelecimento de práticas dependem do grau de conhecimento disponível em cada sociedade.

O fato de o conceito de saúde ser impreciso, dinâmico e abrangente não impede que seja possível tomá-lo como eixo para a reorientação das práticas de saúde. Pelo contrário: sua importância é fundamental para a superação de um modelo de atenção biologicista, medicalizante e prescritivo.

Se tomarmos a saúde como um sistema complexo (Sabroza, 2001) e pensarmos que a crise da saúde pública nos convoca a superar a simples atenção das demandas, procurando a eliminação de problemas que se encontram tanto na esfera dos determinantes sociais da saúde quanto no âmbito da resolutividade das práticas médicas, então estaremos, de fato,

## ABORDAGENS CONTEMPORÂNEAS DO CONCEITO DE SAÚDE

nos posicionando em defesa de uma ética que valorize a vida humana, buscando colaborar efetivamente para a construção de ambientes e de uma sociedade mais justa e saudável.

A proposição de diagnósticos participativos e interdisciplinares das condições de vida e da situação de saúde de territórios específicos apresenta-se como importante ferramenta para a organização de práticas que favoreçam o 'encontro de horizontes' entre a população e os serviços de saúde.

Diante da vida e das circunstâncias (não deixá-las de lado), elaboramos e executamos nossas práticas de saúde. Os profissionais de saúde precisam desenvolver a percepção de como a população compreende suas práticas de saúde. É nesse encontro de sujeitos que se faz a construção conjunta – da qual os conceitos são formas mediadoras. Não devemos nos apressar em construir o objeto da intervenção: é o encontro que diz quais são os objetos (Ayres, 2003, 2004).

Assim, refletindo sobre a prática dos ACS, caberia perguntar: em que medida são retomados os diagnósticos realizados no momento inicial do cadastramento? Ao privilegiar as fichas de acompanhamento de determinadas morbidades não estaríamos reproduzindo o modelo biomédico?

### Referências

- ALMEIDA FILHO, N. de. O conceito de saúde: ponto cego da epidemiologia? *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 3(1-3): 4-20, 2000.
- ALMEIDA FILHO, N. de. & JUCÁ, V. Saúde como ausência de doença: crítica à teoria funcionalista de Christopher Boorse. *Ciência e Saúde Coletiva*, 7(4): 879-889, 2002.
- ALMEIDA FILHO, N. de. & ANDRADE, R. F. S. Holopatogênese: esboço de uma teoria geral de saúde-doença como base para a promoção da saúde. In: CZERESNIA, D. & FREITAS, C. M. de. (Orgs.) *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões e tendências*. Rio de Janeiro:Editora Fiocruz, 2003.
- AYRES, J. R. de C. M. Norma e formação. Horizontes filosóficos para as práticas de avaliação no contexto da promoção da saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, 9(3): 583-592, jul.-set, 2004.
- AYRES, J. R. de C. M. et al. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, D. & FREITAS, C. M. de. (Orgs.) *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões e tendências*. Rio de Janeiro:Editora Fiocruz, 2003.

## O TERRITÓRIO E O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

- BRASIL. Comissão Nacional dos Determinantes Sociais da Saúde – CNDSS. *Determinantes Sociais da Saúde ou Por Que Alguns Grupos da População São Mais Saudáveis Que Outros?* Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. Disponível em: <www.determinantes.fiocruz.br>.
- BRASIL. Ministério da Saúde. VIII Conferência Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 1986. (Anais)
- BRASIL. *Constituição Federal da República*. Brasília: Governo Federal, 1988.
- BUSS, P. M. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: CZERESNIA, D. & FREITAS, C. M. de. (Orgs.) *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões e tendências*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.
- CAMPOS, G. W. de S. *Saúde Paidéia*. São Paulo: Hucitec, 2003.
- CANGUILHEM, G. A saúde: conceito vulgar e questão filosófica. In: CANGUILHEM, G. (Org.) *Escritos sobre a Medicina*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2005.
- CANGUILHEM, G. *O Normal e o Patológico*. 6.ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006.
- CAPONI, S. A saúde como abertura ao risco. In: CZERESNIA, D. & FREITAS, C. M. de. (Orgs.) *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões e tendências*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.
- CAPONI, S. Georges Canguilhem y el estatuto epistemológico del concepto de salud. *História, Ciências e Saúde – Manguinhos*, IV(2): 287-307, jul-out., 1997.
- CARVALHO, S. R. *Saúde Coletiva e Promoção da Saúde: sujeito e mudança*. São Paulo: Hucitec, 2005.
- COELHO, M. T. Á. D. & ALMEIDA FILHO, N. de. Análise do conceito de saúde a partir da epistemologia de Canguilhem e Foucault. In: GOLDENBERG, P.; GOMES, M. H. de A. & MARSIGLIA, R. M. G. (Orgs.) *O Clássico e o Novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.
- CZERESNIA, D. *Do Contágio à Transmissão: ciência e cultura na gênese do conhecimento epidemiológico*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1997.
- CZERESNIA, D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: CZERESNIA, D. & FREITAS, C. M. de. (Orgs.) *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões e tendências*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.
- FOUCAULT, M. *O Nascimento da Clínica*. 2.ed. Rio de Janeiro: Graal, 1980.
- FOUCAULT, M. O nascimento da medicina social. In: FOUCAULT, M. *Microfísica do Poder*. 3.ed. Rio de Janeiro: Graal, 1982a.
- FOUCAULT, M. O nascimento do hospital. In: FOUCAULT, M. *Microfísica do Poder*. 3.ed. Rio de Janeiro: Graal, 1982b.
- FOUCAULT, M. Poder-corpo. In: FOUCAULT, M. *Microfísica do Poder*. 3.ed. Rio de Janeiro: Graal, 1982c.

## ABORDAGENS CONTEMPORÂNEAS DO CONCEITO DE SAÚDE

- GUTIERREZ, P. R. & OBERDIEK, H. I. Concepções sobre a saúde e a doença. In: ANDRADE, S. M. de; SOARES, D. A. & CORDONI JUNIOR, L. (Orgs.) *Bases da Saúde Coletiva*. Londrina: UEL, 2001.
- JOHNSON, A. G. *Dicionário de Sociologia: guia prático da linguagem sociológica*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997.
- LAURELL, A. C. Impacto das políticas sociais e econômicas nos perfis epidemiológicos. In: BARRADAS, R. et al. (Orgs.) *Eqüidade e Saúde: contribuições da epidemiologia*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, Abrasco, 1997.
- LEAVELL, S. & CLARCK, E. G. *Medicina Preventiva*. São Paulo: McGraw-Hill, 1976.
- LEFEVRE, F. & LEFEVRE, A. M. C. *Promoção de Saúde: a negação da negação*. Rio de Janeiro: Vieira e Vent, 2004.
- LUZ, M. Saúde. (verbete) In: EPSJV & Estação de Trabalho Observatório dos Técnicos em Saúde (Orgs.) *Dicionário da Educação Profissional em Saúde*. Rio de Janeiro: EPSJV, 2006.
- MACHADO, R. *Ciência e Saber: a trajetória da arqueologia de Michel Foucault*. Rio de Janeiro: Graal, 1981.
- MERHY, E. E. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec, 2002.
- MINAYO, M. C. de S. Enfoque ecossistêmico de saúde e qualidade de vida. In: MINAYO, M. C. de S. & MIRANDA, A. C. de. *Saúde e Ambiente Sustentável: estreitando nós*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.
- MONKEN, M. *Desenvolvimento de Tecnologia Educacional a partir de uma Abordagem Geográfica para a Aprendizagem da Territorialização em Vigilância em Saúde*, 2003. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.
- MONKEN, M. & BARCELLOS, C. Vigilância em saúde e território utilizado: perspectivas teóricas. *Cadernos de Saúde Pública*, 21(3): 898-906, maio.-jun, 2005.
- MORIN, E. *Introdução ao Pensamento Complexo*. Porto Alegre: Sulina, 2006.
- PAIM, J. S. & ALMEIDA FILHO, N. de. *A Crise da Saúde Pública e a Utopia da Saúde Coletiva*. Salvador: Casa da Qualidade, 2000.
- SABROZA, P. C. *Concepções de Saúde e Doença*. Rio de Janeiro: EAD, Ensp, 2001. (Texto de Apoio ao módulo I do Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde)
- SAMAJA, J. *A Reprodução Social e a Saúde: elementos teóricos e metodológicos sobre a questão das "relações" entre saúde e condições de vida*. Salvador: Casa da Qualidade Editora, 2000.
- SOLAR, O. & IRWIN, A. *Rumo a um Modelo Conceitual para Análise e Ação sobre os Determinantes Sociais de Saúde*. Genebra: CDSH, OMS, 2005.

## O TERRITÓRIO E O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S. & VILLASBÔAS, A. L. (Orgs.) *Promoção e Vigilância da Saúde*. Salvador: ISC, 2002.

TEIXEIRA, C. F.; PINTO, L. L. & VILLASBÔAS, A. L. *O Processo de Trabalho da Vigilância em Saúde*. Rio de Janeiro: EPSJV, 2004. v.5. (Série Material Didático do Proformar)

# Do Conceito de Risco ao da Precaução: entre determinismos e incertezas

Grácia Maria de Miranda Gondim

## Contextualizando o Tema

Diariamente levamos em conta nossos riscos. Proteger-se da morte, da doença, da tempestade, do mau êxito nos negócios não é uma criação recente. Existem relatos de seguros para embarcações e proprietários de escravos já na Grécia do século II a.C. A prática de afastar riscos sempre esteve associada à possibilidade de ocorrência de eventos indesejáveis (Maciel & Telles, 2000).

No entanto, 'risco' é um termo muito recente. É uma noção genuinamente moderna, e está implicada na reorientação das relações que os indivíduos e as coletividades estabelecem com os acontecimentos que podem ocorrer no futuro. Não significa dizer que as pessoas não tenham experimentado, antes da era moderna, alguma situação de perigo. Sabe-se que a humanidade sempre enfrentou situações ameaçadoras de diversas ordens – as decorrentes da ação da natureza (enchentes, terremotos, vulcões, furações), as produzidas pelo homem (guerras, tecnologias), ou mesmo aquelas que ocorrem na vida cotidiana em função dos modos e estilos de vida dos indivíduos e dos grupos sociais (situações de trabalho, consumo de produtos, bens e serviços, hábitos culturais). Para Spink (2001), o que é ressaltado nesse conceito como novidade produzida pela modernidade é a (re)significação das situações de perigo, como uma tentativa de 'domesticar o futuro', ou seja, aprisioná-lo em uma rede explicativa de fatos conhecidos.

Dessa forma, o risco como concepção moderna cuja idéia central é controlar o futuro surge em oposição ao conceito de fatalidade e destino. Bernstein (1997: 1) em seu livro *O Desafio aos Deuses* corrobora com essa assertiva:

a idéia revolucionária que define a fronteira entre os tempos modernos e o passado é o domínio do risco: a noção de que o futuro é mais que um capricho dos deuses e de que homens e mulheres não são passivos diante da natureza. Até os seres humanos descobrirem como transpor essa fronteira, o futuro era um espelho do passado ou o domínio obscuro de oráculos e adivinhos que detinham o monopólio sobre o conhecimento de eventos previstos.

## O TERRITÓRIO E O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

O uso da palavra risco se inicia em torno do século XIV na chamada pré-modernidade. Esse período é marcado por uma transição no modo de produção e de organização da sociedade – do feudalismo<sup>1</sup> para novas territorialidades<sup>2</sup> que vão, mais à frente, dar origem aos Estados-nações.<sup>3</sup> Até então, o vocábulo não existia entre os idiomas grego, árabe ou no latim clássico, apenas o espanhol catalão o utilizava para denotar fatalidade, sorte, azar. É somente nos séculos XVI e XVII que emerge nos léxicos das línguas latinas e anglo-saxônicas respectivamente, com o significado moderno de representar “a possibilidade de ocorrência de eventos vindouros, em um momento histórico onde o futuro passava a ser pensado como passível de controle” (Spink, 2001: 1279).

Há controvérsias quanto à etimologia da palavra, dado que seu significado está mais próximo da idéia de ‘suposição’ do que de ‘certezas’. Por ser um termo polissêmico, admite-se ter sua origem derivada tanto do baixo latim – do verbo *resecare* (*risicu*, *riscu*) quanto do espanhol ‘risco’, significando cortar, onde se supõe ter sido utilizada para falar de penhascos sob os mares que ameaçavam afundar as naus e seus tripulantes. Talvez daí seu uso na contemporaneidade como possibilidade, mas não como evidência imediata. Pode-se, ainda, entender seu uso muito particular em português, para referir-se a uma linha desenhada – quem sabe um risco proveniente do corte de um navalha (Castiel, 1996; Spink, 1997).

A dualidade inicial do conceito de risco que o associa, simultaneamente, ao possível e ao provável, à positividade e à negatividade, favoreceu a introdu-

<sup>1</sup> Feudalismo ou sistema feudal foi o modo de organização econômica, política e social que caracterizou a Europa Ocidental durante grande parte da Idade Média. Com as invasões bárbaras e a desagregação do Império Romano a partir do século V, a Europa inicia profunda reestruturação, marcada por descentralização do poder, ruralização e emprego de mão-de-obra servil. O sistema feudal, foi precedido pelo nomadismo, teve sua origem mais bem situada na França setentrional dos séculos IX e X e seu desaparecimento no século XVI com o advento do capitalismo (Biblioteca Marxista. <[www.pstu.org.br/juventude/mg/textos.html](http://www.pstu.org.br/juventude/mg/textos.html)>).

<sup>2</sup> Territorialidade é definida como uma estratégia de controle sempre vinculada ao contexto social na qual se insere. É uma estratégia de poder e manutenção, independente do tamanho da área a ser dominada ou do caráter meramente quantitativo do agente dominador. A territorialidade deve ser reconhecida, portanto, como uma ação, uma estratégia de controle (Sack, 1986).

<sup>3</sup> Estado-nação é um fenômeno relativamente recente segundo alguns autores Renan (1882), Mauss (1969) e Elias (1982, v.2). Tem como pressupostos ser delimitado por um território, caracterizado por um povo e um governo soberano. Nos últimos dois séculos, a construção do Estado e da nação caminhou em conjunto. Os ‘Estados-nações’, nação no sentido de Mauss, ou ‘nacionalismo’ de uma forma geral, são produtos do final do século XVIII, do Iluminismo e da Revolução Francesa. Existiam Estados, e, de certa forma, nações, na Europa, desde muito antes, mas não Estados Nacionais (Grillo, 1980).



## DO CONCEITO DE RISCO AO DA PRECAUÇÃO (...)

ção de outros significados quando foi utilizado correntemente na língua inglesa no século XVII. Nos séculos subseqüentes termos como sorte, chance e fortuna – que traziam subjacente o sentido de incerteza em seus resultados (favoráveis ou desfavoráveis) – foram sendo incorporados aos significados originais da palavra risco, resultando em um vocabulário vasto de múltiplos sentidos, utilizados para representar as relações complexas dos homens com suas vivências. Percebe-se, portanto, na constituição das sociedades uma sucessão gradual de termos que vai da fatalidade à fortuna (Giddens, 1991), passando progressivamente aos vocábulos *harzard*<sup>4</sup> (século XII), perigo (século XIII), sorte e chance (século XV), chegando, por fim, à palavra risco no século XVI.

Nos dias atuais a noção de risco é aceita e utilizada indiscriminadamente em qualquer parte do mundo e por muitas pessoas. Cada lugar e cada indivíduo percebem os perigos e as ameaças de formas diferentes, de acordo com seus repertórios culturais e de vida. Daí os múltiplos significados que o vocábulo assume na contemporaneidade, os quais se expressam, no cotidiano, nos modos e formas de as pessoas levarem a vida – nos comportamentos, no estilo de viver, nos desafios que assumem. Em certos contextos, pode estar relacionado a jogos de azar – apostas, perdas e ganhos; em outros, a resultados negativos referidos ao uso e à manipulação de substâncias perigosas, processos e tecnologias emergentes, nos quais existe a necessidade de dimensionar os seus efeitos sob os indivíduos e o ambiente. Pode também significar aventura, o desejo do desconhecido, ou ainda uma estratégia de governo, na qual o uso da estatística e do cálculo de probabilidade irá definir o gerenciamento de situações problemáticas (Spink, 2001).

Autores contemporâneos dos campos das ciências sociais e das ciências da saúde afirmam que a sociedade globalizada percebe e vivencia o risco de forma exacerbada em todas as esferas da vida pública e privada. Afirmam que essa 'metáfora da modernidade reflexiva'<sup>5</sup> em determinados momentos subju-

<sup>4</sup> *Harzard* é um termo utilizado com freqüência na engenharia de produção, na indústria, e pode significar tanto 'ameaça' quanto, em algumas situações, 'perigo'.

<sup>5</sup> Para Castiel (1996), conceitos como modernidade e pós-modernidade (entre outras variantes) são objetos de múltiplos debates. Há autores que criticam a própria idéia de modernidade (Latour, 1994). Outros preferem a expressão 'supermodernidade' (Auger, 1994), 'modernidade tardia', 'alta-modernidade', ou 'tardomodernidade' (Giddens, 1991) para identificar nossos tempos. Nesse contexto, a expressão 'metáfora da modernidade reflexiva' traduz, além dos múltiplos sentidos da palavra risco, a 'reflexividade' como uma das características da sociedade atual cunhada por Beck (1992), a qual traduz a possibilidade de ironizar o duplo processo de permanentemente desenvolvimento e produção de novos riscos.

## O TERRITÓRIO E O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

ga e em outros é subjugada por e entre diferentes contextos, que a apreende ora como forma de se relacionar com o futuro, ora como aventura na qual a imprevisibilidade é parte do jogo, ou ainda como estratégia de controle e dominação (Giddens 1991, 1998; Beck, 1992; Schramm & Castiel, 1992; Spink, 1997, 2001; Lieber, 2003; Czeresnia, 2004).

Para entender melhor os deslocamentos mais recentemente ocorridos no conceito de risco, o sociólogo Ulrich Beck (1992) é referência fundamental. O autor afirma que no projeto da modernidade tardia está implícita a gestão dos riscos e não mais a gestão da vida como na sociedade clássica dos séculos XVII e XVIII. Ele introduz o conceito de 'sociedade de risco' para especificar essa transformação que inclui três características principais: a globalização, a individualização e a reflexividade.

A 'globalização' se refere à ausência e presença – junção de fatos e relações que ocorrem fora dos contextos locais. É o processo que separa as relações no tempo e espaço, cuja principal consequência é a desterritorialização. A 'individualização' está relacionada com o processo de destraditionalização – resulta das transformações que ocorrem nas instituições tradicionais (trabalho, educação e família) onde cada indivíduo constrói sua biografia por projetos reflexivos fundamentais na constituição da subjetividade contemporânea. A 'reflexividade' pode ser entendida como a abertura à revisão permanente dos aspectos da vida social e das relações com a natureza, à luz de novas informações, possibilitando pensar e dizer coisas sobre o mundo de forma particular, mas, sobretudo, dizê-las de maneira alternativa (Spink, 2001).

Sistematizando os muitos sentidos do risco, na tentativa de compreender sua percepção na atualidade, é fundamental distinguir uma ameaça à saúde (*health hazard*) de um risco à saúde (*health risk*). Uma 'ameaça' pode ser um objeto ou um conjunto de situações que podem potencialmente trazer dano à saúde de uma pessoa. Um 'risco' é uma probabilidade de que uma pessoa sofrerá um dano devido a uma ameaça em particular. Por exemplo: dirigir um automóvel é uma ameaça potencial de dano, porém dirigir um carro em alta velocidade apresenta um risco. Daí quanto maior a velocidade maior o risco associado ao ato de dirigir. Portanto, toda atividade humana possui um risco associado. Pode-se reduzir o risco evitando determinadas atividades, porém não se pode eliminá-lo por completo. No mundo real não existe risco zero (OMS, 2002).

## DO CONCEITO DE RISCO AO DA PRECAUÇÃO (...)

O conceito de risco possui três componentes básicos que o torna melhor percebido pela sociedade moderna: 1) o seu potencial de perdas e danos; 2) a incerteza das perdas e danos; 3) a relevância das perdas e danos. Por isso sua expressão é:

$$\text{Risco} = \frac{\text{A probabilidade de danos} \times \text{Magnitude das conseqüências}}{\text{Tempo}}$$

Alguns fatores contribuíram para essa nova percepção do risco; dentre eles destaca-se mudança na própria natureza do risco decorrente dos avanços tecnológicos, científicos e do padrão produtivo. No campo da saúde, a mudança nos perfis de adoecimento e morte das populações resultou em transição epidemiológica na qual os óbitos deixaram de ser atribuídos exclusivamente às doenças infecciosas, em virtude do aumento das doenças crônico-degenerativas, dos acidentes de trânsito e dos homicídios.

Como respostas a esse novo padrão produtivo e epidemiológico tem-se o aumento da expectativa de vida na população; o desenvolvimento de processos diagnósticos sofisticados e métodos epidemiológicos refinados; modelagens<sup>6</sup> ambientais e, sobretudo, processos de simulação em computadores e avaliação de risco na engenharia. No âmbito da política e da gestão, amplia-se a responsabilidade das três esferas de governo na avaliação e gerenciamento do risco para a saúde, o meio ambiente e a segurança, e cresce o número de grupos da sociedade civil interessados em participar e colaborar com o gerenciamento social do risco, possibilitando cada vez mais a politização de atividades de avaliação e gerenciamento.

### **A Ação Humana e as Incertezas do Cotidiano**

O campo da ação não se confunde com o campo do pensamento, muito embora para se raciocinar seja necessário mantê-los ligados. O agir não se confunde com o fazer; neste último, existe um início e um fim, ao passo que na

<sup>6</sup> O processo de modelagem resulta de um arranjo estatístico (algoritmos) entre variáveis – preditoras, desfechos, os quais irão traduzir um determinado fenômeno que se quer estudar e investigar. A busca de um modelo ou modelos explicativos para as questões de estudo e a testagem de hipóteses possibilitará ao pesquisador reduzir o fenômeno real para melhor compreender e explicar suas observações e poder intervir sobre elas.

## O TERRITÓRIO E O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

ação, o que predomina é a imprevisibilidade dos resultados de uma seqüência de fatos correlacionados, e que, de forma alguma, é possível prever antecipadamente. Agir é movimento ou um continuar de algo histórico, portanto, o campo da ação não está no passado (como resultante de um fato), nem tão pouco no presente (como realização do passado), encontra-se no futuro aberto a suas possibilidades (Lieber, 2003).

A ação humana, vista como ato livre, tem duas características fundamentais – traz em si a realização de algo ‘novo’ e a potencialidade de ‘ruptura’ com os fatos estabelecidos. Nesse sentido, está sujeita permanentemente as incertezas relativas às coisas do mundo ou da consciência. Quando a incerteza alcança o campo da ação<sup>7</sup> dos sujeitos, permite que a subjetividade se manifeste e modifique as percepções de mundo. Dessa forma, ampliam-se as possibilidades de conhecimento e o surgimento de novas formas de ação antes não pensadas, propiciando um novo espaço de reflexão, capaz de formular novos elos causais e ampliar o contexto em que os fenômenos ocorrem, num movimento associativo entre causas e contextos (Lieber & Romano-Lieber, 2001).

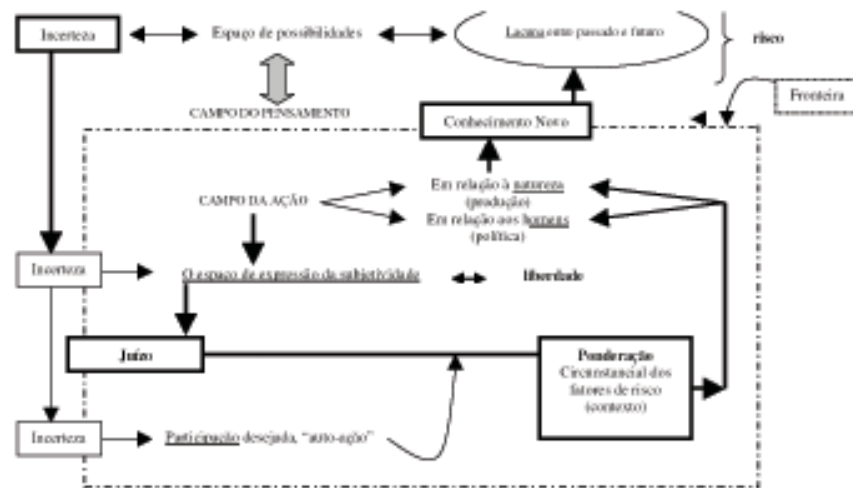
O contexto é o objeto da ação humana, nele a força da expressão subjetiva se materializa, através de compartilhamentos entre diferentes sujeitos agentes, possibilitando consensos acerca dos fatos e das coisas. Nessa perspectiva, cada situação ou contexto passa por novas ponderações dos seus fatores e componentes, resultando em uma nova possibilidade de (re)formular a ação, seja em relação à natureza, aos homens ou na geração de um novo conhecimento decorrente dessa ‘nova’ experiência, cujo significado em si foi um ‘risco’. Dessa forma, esse novo conhecimento vai causar uma ruptura na continuidade entre o passado e o futuro, a qual, paradoxalmente, vai trazer mais incerteza. Portanto, se essa nova experiência foi capaz de gerar novo conhecimento, outros ainda serão possíveis de ocorrer em função do fluxo incessante de incerteza entre o campo do pensamento e o campo da ação (Lieber, 2003).

<sup>7</sup> Na teoria da ação, Habermas, filósofo alemão contemporâneo, distingue dois âmbitos do agir humano contidos no conceito de Marx de ‘atividade humana sensível’, que são interdependentes, mas que podem ser analisados separadamente: o trabalho e a interação social. Por ‘trabalho’ ou ‘ação racional teleológica’, entende o processo pelo qual o homem emancipa-se progressivamente da natureza. Por ‘interação’ entende a esfera da sociedade em que normas sociais se constituem a partir da convivência entre sujeitos, capazes de comunicação e ação. Na dimensão da prática social, prevalece uma ação comunicativa – “uma interação simbolicamente mediada”, a qual se orienta “segundo normas de vigência obrigatória que definem as expectativas recíprocas de comportamento e que têm de ser entendidas e reconhecidas, pelo menos, por dois sujeitos agentes” (Gonçalves, 1999: 129).

## DO CONCEITO DE RISCO AO DA PRECAUÇÃO (...)

No esquema proposto por Lieber e Romano-Lieber (2001), estão representadas as implicações do significado da incerteza (campo do pensamento) no campo da ação (Figura 1). As linhas em negrito significam o processo promovido pela incerteza no contexto da ação sob risco. O resultado, segundo os autores, é um 'circulo vicioso' que tem como produto final um novo conhecimento.

Figura 1: Implicações do significado da incerteza (campo do pensamento) no campo da ação



Fonte: Lieber & Romano-Lieber, 2001.

A incerteza é gerada em função de os sistemas ou problemáticas serem, em sua maioria, abertos a especulações, entrada e surgimento de novas situações. A cadeia causal do conhecimento também é aberta, portanto, há em quase todas as questões de risco uma indeterminância e uma ignorância próprias do saber científico, no qual, na maioria das vezes, alguma coisa foge ao seu escopo e às suas reduções da realidade.

Segundo Freitas (2002), podem-se caracterizar alguns tipos de incerteza: a) as técnicas – relacionadas à inexatidão dos dados e das análises, e que podem ser gerenciadas por meio de rotinas padronizadas adequadas

## O TERRITÓRIO E O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

desenvolvidas por campos científicos particulares; b) as metodológicas – relacionadas à não-confiabilidade dos dados e que envolvem aspectos mais complexos e relevantes da informação, como valores e confiabilidade; c) as epistemológicas – relacionadas às margens de ignorância do próprio conhecimento científico, sendo este nível envolvido quando ‘incertezas’ irremediáveis encontram-se no fulcro do problema.

Reconhecer a incerteza tem suas implicações: a) na escala do conhecimento onde deve-se aceitar o que se sabe e o que não se sabe para avançar em novo conhecimento; b) nas mudanças dos processos decisórios quanto às estratégias de controle e prevenção de riscos; no reconhecimento do papel fundamental do saber técnico-científico para a tomada de decisão; nas políticas para o implemento de medidas preventivas e incentivo ao desenvolvimento tecnológico e científico com responsabilização sobre novos riscos e danos; e na percepção dos riscos pelo conjunto da sociedade que deve entendê-los como produções sociais, cujo enfrentamento é de responsabilidade de todos.

No mundo contemporâneo da ‘sociedade do risco’, a apreensão destes conceitos e de suas implicações pelos sujeitos agentes é fundamental para a tomada de decisão em todas as esferas da vida cotidiana, face ao aumento crescente da incerteza na tardo-modernidade (Giddens, 2002). O homem moderno, dono de seu destino, de sua biografia e identidade, deve ser capaz de exercer sua autonomia livremente para efetuar escolhas e se apoderar de conhecimentos e informações no controle de situações do seu dia-a-dia para minimizar riscos.

Para Giddens (2002: 45), uma das características primordiais da vida nas sociedades tardo-modernas é a reflexividade, isto é, a circunstância de que “as práticas sociais são constantemente examinadas e reformadas à luz de informação renovada sobre estas próprias práticas, alterando assim constitutivamente seu caráter”. Se pensarmos sob a ótica da teoria dos sistemas complexos, os produtos dos processos retroagem sobre os próprios processos, modificando suas características/propriedades/atributos – a chamada sensibilidade às condições iniciais. Um exemplo relativamente corriqueiro: os efeitos da divulgação das pesquisas pré-eleitorais nos próprios resultados eleitorais (Castiel, 1996).

## DO CONCEITO DE RISCO AO DA PRECAUÇÃO (...)

Segundo Czeresnia (2004), os sujeitos da ação utilizam reflexivamente sistemas peritos,<sup>8</sup> baseados no conhecimento científico. Esses sistemas abstratos regulam a vida social e orientam a tomada de decisão por meio de diversas estratégias que têm como parâmetro o cálculo probabilístico do risco.

Uma das fontes de risco e insegurança nas sociedades pré-modernas localizava-se nos fatos do mundo físico. Porém, com o advento da modernidade e com proliferação dos sistemas peritos, os riscos tendem a ocorrer justamente pela busca de controle e segurança. Giddens (1991:35) chama a atenção para esse fato quando afirma que “mecanismos de desençaixe proporcionaram grandes áreas de segurança no mundo de hoje”, no entanto, “o novo elenco de riscos que por ali foram trazidos à vida é realmente formidável”. Nessa perspectiva, os sistemas peritos, por sua especificidade, estariam envolvidos na criação de novos riscos, com grandes conseqüências, e na geração de incertezas de toda ordem, propiciando o surgimento de uma modernidade reflexiva ou radical (Lenzi, 2006).

Giddens (1991: 127) ainda argumenta que os riscos modernos são diferenciados no que tange à sua intensidade e ao seu escopo. Chama a atenção para o fato de que, em certos âmbitos da vida social moderna, riscos envolvendo sistemas peritos podem trazer conseqüências catastróficas. Riscos modernos têm a sua origem em ambientes criados pelo homem, e sua origem está relacionada à “infusão de conhecimento humano no meio ambiente material”. Portanto, essa modernidade radical estaria aportando um distanciamento espaço-temporal da natureza. A natureza transformada pela ação humana, através da produção de bens de consumo, envolve cada vez mais uma divisão global do trabalho. Nesse sentido, a escassez perde qualquer caráter ‘local’ ou ‘regi-

---

<sup>8</sup> Na sociedade moderna encontramos-nos permanentemente vinculados a ‘sistemas abstratos’, isto é, sistemas com os quais interagimos cotidianamente e que não dependem diretamente de um conhecimento aprofundado da nossa parte sobre o seu funcionamento (o sistema bancário, a informática, os recursos que envolvem uma viagem de avião são exemplos). Nestes e noutros casos, confiamos em ‘peritos’, ‘especialistas’. Giddens (1991: 35) define-os: “como sistemas de excelência técnica ou competência profissional que organizam grandes áreas dos ambientes material e social em que vivemos hoje”. É verdade que não consultamos peritos o tempo todo. Mas estes sistemas, nos quais encontra-se integrado o conhecimento dos especialistas, influenciam continuamente muitos dos aspectos do nosso ser e agir cotidianos. Eles “criam grandes áreas de segurança relativa para a continuidade da vida cotidiana” (p. 35). Em contrapartida, os sistemas peritos atuam como mecanismos de desençaixe porque removem as relações sociais das imediações do contexto. “Por desençaixe entende-se o deslocamento das relações sociais de contextos locais de interação e sua reestruturação através de extensões indefinidas de tempo-espaço” (p. 35).

## O TERRITÓRIO E O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

onal', e pode ser produzida artificialmente por um processo produtivo que é, em última instância, global (Lenzi, 2006).

Esse mesmo processo tende a ocorrer quando nos reportamos à questão da poluição ambiental. No início da industrialização, os riscos ambientais tinham localizações mais regional ou nacional; no entanto, com a globalização atual, eles podem vir a atingir o âmbito transnacional ou planetário, desvinculando-se de seu local de origem. Nesse novo mapa do mundo, pessoas e organizações podem afastar-se dos efeitos ambientais que criam, porém, podem vir a sofrer igualmente com o impacto ambiental produzido por terceiros, espacial e temporalmente distantes. Esse afastamento espacial da natureza transformada em decorrência da produção, combinado com o distanciamento temporal envolvido com os efeitos ambientais, torna problemática a confiança depositada pelas pessoas nas formas usuais de conhecimento, ampliando as incertezas e a ocorrência de eventos ao acaso ou não-controláveis (Lenzi, 2006).

### Risco Epidemiológico e Novas Práticas Sanitárias

No setor saúde, a abordagem tradicional da avaliação e gerenciamento de riscos tem sido voltada mais especificamente para a toxicologia (experimentos em animais de laboratório) e a epidemiologia (indivíduos e populações expostas aos agentes perigosos comparadas com populações não expostas), buscando identificar e quantificar as relações entre os potenciais fatores de riscos<sup>9</sup> e os danos biológicos observados nos seres vivos. A partir de processos de modelagem estatística, busca-se isolar o agente causal das variáveis intervenientes ou 'confundimento',<sup>10</sup> realizando-se cálculos que têm como refe-

<sup>9</sup> Fator de risco ou de exposição é algum fenômeno de natureza física, química, orgânica, psicológica ou social no genótipo ou fenótipo, o qual está referido à ocorrência de um determinado agravo ou evento de saúde. Pode ter diferentes intensidades (alto, médio, baixo) e estar em múltiplas dimensões da vida (biológica, ambiental, social, tecnológica). Um fator de risco, na modelagem ou análise de risco, é operacionalizado como uma variável – 'preditora', ou seja, é uma condição especial, que, pela variabilidade de sua presença ou ausência, está associada à ocorrência de um agravo ou evento observado e pode estimar o risco de ocorrer com maior ou menor intensidade (Rouquayrol et al., 1996).

<sup>10</sup> Variáveis intervenientes ou confundimento (*confounding*) são reduções, representações operacionais de condições, fenômenos ou elementos que estão simultaneamente associados ou vinculados tanto a um 'desfecho' (agravo ou evento de saúde) quanto a um 'preditor' (causa). Por essa dupla vinculação, essas variáveis podem confundir a análise de risco, impossibilitando a compreensão da cadeia causal e a identificação dos fatores riscos que de fato estão associados e colaboram para a ocorrência do agravo ou evento de saúde observado.



## DO CONCEITO DE RISCO AO DA PRECAUÇÃO (...)

rência tempos e espaços delimitados e utilizando-se freqüências relativas para estimar a probabilidade de ocorrência do evento observado. Nesta abordagem o risco é reduzido à sua dimensão (biológica), representando uma média sobre espaços, tempos e contextos sociais, ambientais e tecnológicos (Freitas, 2004).

Para Almeida Filho (1989), o risco é um conceito fundamental na epidemiologia, sendo um elemento central de cálculo racional na cultura moderna tardia. Sua importância científica e cultural é cada vez mais crescente na sociedade contemporânea. É por meio da análise de risco que se estabelecem as bases para a tomada de decisão racional em face da incerteza, cuja percepção é também crescente.

O conceito epidemiológico de risco é parte de um sistema perito, cujo conhecimento está pautado nos avanços de técnicas estatísticas, que possibilitam seu monitoramento e a definição de medidas de regulação no campo da saúde. Vários métodos e técnicas sofisticadas são utilizados para estimar a probabilidade de ocorrência de eventos de saúde e doença associados a determinadas situações de exposição. Com isso, é possível estimar os efeitos do consumo de substâncias e alimentos, dos estilos de vidas e dos comportamentos das pessoas e de grupos populacionais, para que se tenha o controle e a vigilância sobre eles (Czeresnia, 2001).

Na abordagem do risco, mesmo com todo o rigor das medidas e das mensurações e a complexidade dos modelos de análise, inevitavelmente se reduzem e se desconsideram aspectos importantes dos fenômenos estudados, apresentando limites que precisam ser levados em conta na sua aplicação. O método epidemiológico impõe artifícios para poder viabilizar sua operacionalização. As reduções são necessárias do ponto de vista da lógica interna do método, que precisa construir representações que tentam 'substituir' a realidade. Por isso, a mensuração do risco deve ser feita assumindo-se critérios de adequação à realidade complexa, mesmo sabendo que acaba por construir representações em que a própria realidade é apreendida com base na redução operada logicamente na viabilização do método (Czeresnia, 2001).

As práticas, as políticas e os programas de saúde são subsidiados pelas análises obtidas a partir do conhecimento sistematizado (sistemas peritos), na perspectiva de propor ações para a promoção, a proteção, a prevenção e a recuperação da saúde – consideradas práticas voltadas para a gestão e gerenciamento de riscos. Portanto, identificar, minimizar e reduzir riscos tor-

## O TERRITÓRIO E O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

nou-se, na modernidade, o foco da saúde pública. O enfoque de risco ressignifica o processo saúde-doença-cuidado pela necessidade de incorporar em suas abordagens o paradigma da promoção da saúde, como uma opção adequada para reorientar as estratégias de intervenção para o setor (Czeresnia, 2004; Spink, 2001).

As técnicas de avaliação de risco em epidemiologia baseiam-se na experimentação como critério básico de rigor e legitimação científica. É preciso controlar todos os fatores que possam interferir no trabalho experimental, para que sejam criadas as condições favoráveis à observação de uma provável relação de causas efeito. A situação ideal do experimento é poder comparar o fato ao contra-fato, estando todas as demais condições sob controle. Para fazer a inferência causal de um risco exige-se a observação de cada um dos fatores de risco isolado dos demais. Portanto, para construir um modelo capaz de medir o efeito de uma causa ou de um conjunto de causas, faz-se necessário um processo de 'purificação', no qual algumas assertivas devem ser previamente assumidas, de modo a viabilizar a operacionalização do modelo e o isolamento do fenômeno a ser observado (Czeresnia, 2004).

A técnica de modelagem na análise de risco é uma simplificação da realidade, ou seja, à medida que o modelo se constrói, o fenômeno é abstraído em sua complexidade, sendo apreendido apenas como representação. É essa simplificação que permite e viabiliza a operacionalização do modelo na busca das respostas desejadas ao fenômeno observado. Na abordagem de risco, por mais complexos que sejam os modelos de análise, são sempre reduções do real, e alguns aspectos do fenômeno estudado são desconsiderados.

Uma medida de risco estima a necessidade de assistência – promotora e preventiva –, que, ao conhecer a situação antes do evento previsto, proporciona o tempo necessário para uma resposta adequada. Portanto, o enfoque de risco deve ter como objetivo corrigir desigualdades em saúde, possibilitando que os recursos – humanos, financeiros, tecnológicos – sejam direcionados adequadamente para onde há de fato necessidade – esta dimensionada a partir da avaliação da situação de saúde onde os riscos devem estar contextualizados.

Existem, em epidemiologia, algumas dessas medidas que se referem apenas à probabilidade de ocorrência do evento, enquanto outras também denotam a força como um fenômeno ocorre na população ou em um grupo populacional específico. Dentre estas medidas, tem-se indicadores clássicos como

## DO CONCEITO DE RISCO AO DA PRECAUÇÃO (...)

a incidência<sup>11</sup> de um evento, e a mortalidade infantil,<sup>12</sup> dentre outros. As expressões matemáticas da incidência e da mortalidade infantil são respectivamente:

$$I = \frac{\text{n. de casos novos de uma doença ocorrido na população no período Y}}{\text{n. de pessoas sob o risco de desenvolver a doença no período Y}} \times 1.000$$

$$\text{CMI}^{13} = \frac{\text{n. de óbitos de < de 1 ano ocorridos na população no período Y}}{\text{n. de nascidos vivos na população no período Y}} \times 1.000$$

Um estimador de risco muito utilizado na epidemiologia é o risco relativo<sup>14</sup> (RR) que representa a proporção de pessoas expostas a um fator de risco que desenvolveram a doença sobre a proporção de pessoas não expostas que desenvolveram a doença. O cálculo do RR se faz a partir de uma tabela 2 x 2 (Figura 2), na qual se representa os indivíduos expostos (E) e os não expostos (NE), os doentes (D) e os não-doentes (ND).

Figura 2 – Risco relativo – Tabela 2 x 2

	D	ND
E	a	b
NE	c	d

$$\text{RR} = \frac{\frac{a}{a+b}}{\frac{c}{c+d}}$$

<sup>11</sup> A incidência (ou taxa de incidência) expressa o número de casos novos de uma determinada doença durante um período definido, numa população sob o risco de desenvolver a doença. O cálculo da incidência é a forma mais comum de medir e comparar a frequência das doenças em populações.

<sup>12</sup> O coeficiente de mortalidade infantil traduz o risco de uma criança, dentre 1.000 nascidas vivas, vir a morrer antes de completar um ano de idade.

<sup>13</sup> Coeficiente de mortalidade infantil.

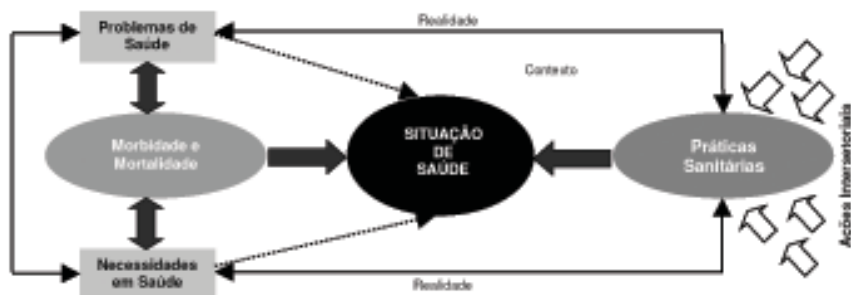
<sup>14</sup> Risco relativo ou razão de risco (RR) é uma medida estatística que expressa a proporção de incidência de uma doença ou causa de morte entre os indivíduos ou grupos que apresentam o fator de risco (ou fatores) em determinada população. Constitui, portanto, uma medida da força da associação entre o fator de risco e a ocorrência de um agravo.

## O TERRITÓRIO E O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

É importante ter claro que tanto os estimadores (taxas, razões, quocientes) quanto o artifício da modelagem operacional podem produzir resultados que estreitam as possibilidades de compreensão dos fenômenos ligados à saúde-doença-cuidado e dificultam as intervenções sobre a realidade. Portanto, as práticas de saúde devem estar, simultaneamente, informadas pelo método de análise epidemiológica dos riscos e pela análise das condições de vida e situação de saúde das populações, de forma a oferecer respostas sociais adequadas a cada realidade e contexto.

O risco epidemiológico é nuclear na configuração atual das práticas de saúde e das estratégias de promoção e prevenção. Prática sanitária é, reconhecidamente, a forma pela qual a sociedade estrutura e organiza as respostas aos problemas de saúde. É relevante para esta argumentação o fato de que as respostas dadas pela sociedade aos problemas sanitários são decorrentes do conceito de saúde vigente, ou seja, do paradigma que institui esse conceito, o qual, por sua vez, responde ao contexto socioeconômico político e tecnológico em curso. A prática sanitária, portanto, é configurada e direcionada pelo paradigma vigente e pelo contexto (Santos & Wesphal, 1999).

Figura 3 – Situação de saúde e práticas sanitárias (respostas sociais)



Fonte: adaptado de Castellanos, 1995.

No campo sanitário, há mais de trinta anos a visão da saúde vem-se transformando da mera ausência da doença para a noção de bem-estar físico e mental, e daí para um conceito mais amplo que inclui uma adequação da vida social na busca da qualidade de viver. Ocorre nitidamente uma mudança no

## DO CONCEITO DE RISCO AO DA PRECAUÇÃO (...)

paradigma sanitário, inclusive com ruptura semântica entre o conceito atual de saúde e o anterior. Transforma-se a prática sanitária, do entendimento antigo – curativista – para o atual de vigilância da saúde.

Nessa perspectiva, o Brasil vivencia hoje a experiência inédita da implementação, na prática, dessa revolução teórica que pressupõe mudança no modelo de atenção, no paradigma e nas práticas sanitárias. A implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) e seus instrumentos regulatórios definem princípios e diretrizes político-organizacionais, reorientando e redimensionando a gestão e a oferta de cuidado. Vale destacar, no entanto, que o SUS é um sistema em permanente construção em função das constantes transformações econômico-políticas e das lutas da sociedade por direitos de cidadania, as quais, em cada contexto histórico, farão emergir, no interior da saúde pública e da saúde coletiva, debates e embates em torno das concepções teóricas, metodológicas e organizacionais propostas para o setor.

A vigilância da saúde entendida como novo modelo de atenção ou como paradigma orientador de práticas sanitárias<sup>15</sup> (Mendes, 1996; Teixeira, 1999; Paim, 2002) é uma das concepções que buscam ampliar a atuação do paradigma anterior (médico-assistencial), para atender à globalidade do processo saúde-doença e orientar as reformulações das práticas assistenciais e coletivas. Esse novo pensar e fazer requer o entendimento de saúde como resultado de um conjunto de fatores políticos, econômicos, sociais, culturais, que, combinados de forma específica, em cada sociedade e em conjunturas singulares, podem resultar em comunidades mais ou menos saudáveis (Santos & Wesphal, 1999).

Segundo Buss (1996), os paradigmas da promoção e da vigilância da saúde devem atuar sobre os produtos, os processos e os insumos dos problemas, ou seja, não devem incidir apenas sobre os produtos finais dos processos, como mortes, seqüelas, enfermidades e agravos. Também devem atuar, simul-

<sup>15</sup> Práticas sanitárias são produções sociais e se configuram como ações e/ou iniciativas voltadas para indivíduos ou grupos. Podem ser produzidas dentro ou fora dos campos da saúde pública e da saúde coletiva, tendo como finalidade minimizar riscos, atender a necessidades e resolver problemas, na perspectiva de promover e proteger a saúde e a vida das pessoas e das coletividades. Essas práticas são produzidas em um contexto histórico-social, por isso são diferenciadas no tempo e no espaço. A cada tempo histórico são constituídas práticas que atendem ao modo de produção hegemônico para suprir as necessidades e os riscos dele decorrentes. No entanto, como são produzidas no âmbito das sociedades, e estas são dinâmicas e conflituosas, sempre haverá práticas alternativas que atenderão às demandas contra-hegemônicas por atenção à saúde e melhor qualidade de vida (Mendes, 1996).

## O TERRITÓRIO E O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

taneamente, sobre um conjunto de outros objetos da saúde pública – pessoas, situações, riscos, grupos de risco e necessidades sociais de saúde, sob a forma de vigilância e monitoramento para prevenir danos e promover a qualidade de vida. Assim, as estratégias de intervenção dessa prática correspondem a diferentes tipos de controle sobre riscos, danos e de causas, ou seja, o controle de condicionantes e determinantes.

Para a vigilância da saúde, são as condições objetivas de vida das pessoas em interação com seu meio social, que vão moldar a forma de elas perceberem o risco. Essa percepção inclui valores básicos sociais e pessoais (tradições, crenças, hábitos), bem como experiências anteriores que tenham apresentado risco ou ameaça às suas vidas (abertura de estradas, infestações ambientais de *Aedys aegypti*, usinas nucleares). Nessa perspectiva, para que uma avaliação de risco seja eficaz, do ponto de vista da identificação da ameaça, da mensuração da exposição, da caracterização e regulação do risco, é imprescindível levar em conta tanto o risco quantificado cientificamente quanto aquele percebido pela população (OMS, 2002).

Na perspectiva da promoção da saúde, ou seja, no desenvolvimento de ações que se antecipem ao dano ou ao agravo, o papel e a prática dos agentes comunitários de saúde (ACS) são fundamentais junto às comunidades e à equipe de saúde da família, dada a sua capacidade de mobilizar e articular conhecimentos, habilidades, atitudes e valores requeridos pelas situações de trabalho no cotidiano. É do âmbito de sua competência o desenvolvimento de ações a partir do conceito ampliado de saúde, que a entende como promoção da qualidade de vida e desenvolvimento da autonomia diante da própria saúde, interagindo em equipe de trabalho e com os indivíduos, grupos e coletividades sociais (Brasil, 2007).

Uma outra abordagem fundamental para a compreensão do risco e seus desdobramentos operacionais é a da vulnerabilidade,<sup>16</sup> embora não haja ainda

<sup>16</sup> O termo vulnerabilidade surge no contexto mundial a partir da análise do impacto determinado pela epidemia de Aids. Mann et al. (1992) desenvolveram uma estrutura conceitual para avaliar criticamente a vulnerabilidade à infecção pelo HIV. O conceito de vulnerabilidade pretende oferecer explicações adicionais aos fenômenos de saúde-doença-cuidado, dada a necessidade de se ir além da tradicional abordagem comportamentalista das estratégias de redução de risco exclusivamente individuais. Busca ainda fornecer elementos para avaliar objetivamente as diferentes chances que todo e qualquer indivíduo tem de se contaminar, adoecer ou morrer, dado o conjunto formado por certas características individuais e sociais de seu cotidiano, julgadas relevantes para a sua maior exposição a um fator de risco (em especial ao HIV) ou sua menor chance de proteção (Ayres, 1996, 1997). A vulnerabilidade dos indivíduos significa a síntese conceitual e prática das dimensões comportamentais, sociais, e político-

## DO CONCEITO DE RISCO AO DA PRECAUÇÃO (...)

sobre ela consenso, no que tange aos enfoques voltados para os indivíduos e para o ambiente, quando relacionados aos riscos biológicos, físicos, químicos, tecnológicos e sociais. A idéia de vulnerabilidade, mesmo quando tomada em seu sentido comum, revela-se promissora na leitura de situações de perigo, em especial quando reportada a algum agravo específico, como no caso da Aids.

Em epidemiologia, o conceito de risco se incorpora gradativamente à descrição mais abrangente de 'vulnerabilidade'. Enquanto busca-se com o risco 'calcular a probabilidade de ocorrência' de um agravo em um grupo qualquer com determinada característica, 'abstraidas outras condições intervenientes', com a vulnerabilidade procura-se 'julgar a suscetibilidade' de 'cada indivíduo ou grupo' a esse agravo, 'dado um certo conjunto de condições intervenientes' (Ayres, 1996, 1997).

Nesse escopo, a vulnerabilidade pode ser entendida como uma noção relativa, dado que está sempre referida ou associada à exposição aos riscos produzidos socialmente e denota a maior ou menor susceptibilidade de pessoas, lugares, infra-estruturas ou ecossistemas virem a sofrer algum tipo particular de dano ou agravo. Sendo a vulnerabilidade uma condição decorrente das relações históricas construídas entre diferentes segmentos sociais, para que ela venha a ser superada será necessário enfrentar as causas das privações sofridas pelas pessoas ou grupos sociais, objetivando uma mudança nas relações que os mesmos mantêm com o espaço social mais amplo em que estão inseridos (Acsehrad, 2006).

A vulnerabilidade a um certo agravo no plano dos indivíduos está determinada por algumas circunstâncias que podem ser descritas em três ordens de fatores: 1) aqueles que dependem diretamente das ações individuais, conformados pelo comportamento do indivíduo, a partir de um determinado grau de consciência que ele manifesta; 2) aqueles que dizem respeito às ações desen-

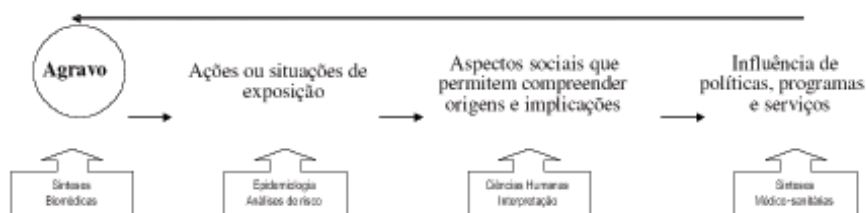
---

institucionais relacionadas às diferentes suscetibilidades de indivíduos e grupos populacionais a um agravo à saúde e suas conseqüências indesejáveis, como sofrimento, limitação e morte (Ayres, 2006). Já a vulnerabilidade ambiental está inserida em três contextos fundamentais, o social, o tecnológico e o ambiental. É um atributo definido pelos condicionantes ambientais (biofísicos e naturais) ou pelos recursos socioeconômicos. Diz respeito tanto à probabilidade de exposição (condições pré-existentes) quanto à probabilidade das conseqüências adversas (resposta controlada), como da combinação das duas anteriores (perigo do lugar) (Cutter, 1996). Sobre vulnerabilidade, ver Pontes e Martins, texto "Fases do ciclo vital: características, vulnerabilidade e cuidado", no livro *Modelos de Atenção e a Saúde da Família*, e Morosini, Fonseca e Brasil, texto "Educação e saúde na prática do agente comunitário" no livro *Educação em Saúde*, nesta coleção (N. E.)

## O TERRITÓRIO E O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

volvidas pelo poder público, iniciativa privada e agências da sociedade civil, no sentido de minimizar as chances de ocorrência do agravo; 3) um conjunto de fatores sociais, reportados à estrutura disponível de acesso a informações, financiamentos, serviços, bens culturais, liberdade de expressão, dentre outros.

Figura 4 – Análise da vulnerabilidade



Fonte: Ayres, 2006

Para Ayres et al. (1999) o conceito de vulnerabilidade não visa distinguir a probabilidade de um indivíduo qualquer se expor a um agravo, mas busca oferecer elementos para avaliar objetivamente as diferentes chances que cada indivíduo ou grupo populacional particular tem de sofrer dano pela exposição ao risco, dado o conjunto formado por certas características individuais e sociais de seu cotidiano, julgadas relevantes para a maior exposição ou menor chance de proteção diante do problema.

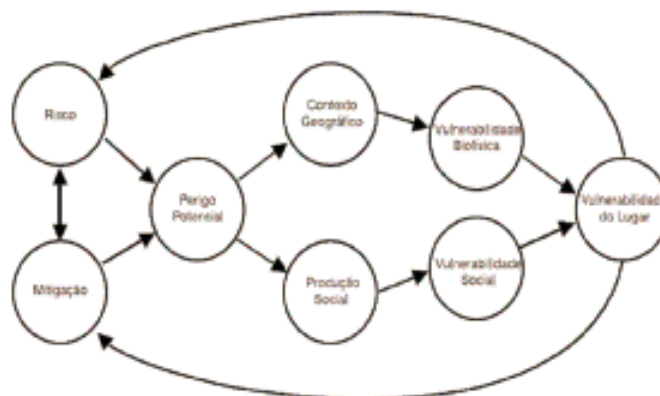
Quanto à vulnerabilidade ambiental (do lugar), é mensurada pelos aspectos e condições do meio ambiente, somados à vulnerabilidade sociodemográfica dos grupos sociais ali alocados. Os lugares conjugam diferentes condições de vida: "segregação espacial, crescimento de favelas e exclusão social são diferentes aspectos da não inclusão do estilo de vida dominante" (Hogan, 2001: 332). Deste ponto de vista, depreende-se que a vulnerabilidade ambiental em determinados contextos e circunstâncias pode ser significativamente maior para aqueles que, expostos aos riscos do ambiente, sofrem com as iniquidades sociais<sup>17</sup> e se vêem com poucos recursos para mobilizar no enfrentamento dos riscos.

<sup>17</sup> Margareth Whitehead (1992: 430) definiu o que é 'iniquidades em saúde' como "diferenças desnecessárias e evitáveis as quais são ao mesmo tempo consideradas injustas e indesejáveis". Ou seja, as iniquidades em relação ao perfil de saúde são as desigualdades que podem ser contornadas e que impedem os indivíduos de alcançar plenamente seu potencial de bem-estar e de realização de 'liberdades substantivas'. Ver Magalhães (2007).



## DO CONCEITO DE RISCO AO DA PRECAUÇÃO (...)

Figura 5 – Modelo 'perigos do lugar' da vulnerabilidade



Fonte: adaptado de Cutter, 1996.

No esquema, os vários elementos que constituem a vulnerabilidade interagem para produzir a vulnerabilidade de lugares específicos e dos habitantes desses lugares. Essa vulnerabilidade pode mudar ao longo do tempo com mudanças no risco, mitigação e contextos dentro dos quais perigos ambientais ocorrem.

A Figura 5, adaptada do modelo de Cutter (1996), mostra que a vulnerabilidade do ponto de vista ambiental é uma característica intrínseca dos lugares definidos por um conjunto de condicionantes ambientais e sociais, o qual, na análise de risco, deve ser estudado caso a caso para que se possa mensurar a maior ou menor relevância e intensidade entre eles, na exposição das populações a riscos e perigos.

### **Conhecer e Intervir sobre Riscos**

A identificação de problemas em um ambiente ou população e a avaliação dos riscos que os envolve são passos-chave para a definição de um programa de gerenciamento de risco bem-sucedido. A avaliação de risco se constitui em um processo sistemático utilizado para descrever e estimar a possibilidade de efeitos adversos à saúde, decorrentes da exposição das pessoas e dos ambientes a algum agente ou fator. A avaliação deverá subsidiar a tomada de deci-

## O TERRITÓRIO E O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

são, a escolha de estratégias e ações, a orientação e o monitoramento de todo o processo.

Avaliar riscos é um processo complexo que envolve diferentes dimensões – social, biológica, política, econômica e tecnológica –, configurando-se sempre como um desafio para a sociedade. Na análise é preciso reconhecer o contexto no qual ele está inserido (local, regional, global) e agregar múltiplas competências para enfrentá-lo (conhecimento científico, técnicas de comunicação, juízo corporativo e regulatório). O diagrama a seguir (Figura 6) demonstra as dimensões e subdimensões da análise de risco, as quais estão imbricadas em um processo contínuo de avaliação, percepção e gerenciamento.

Figura 6 – Dimensões e subdimensões da análise de risco



Fonte: adaptado de OMS, 2002.

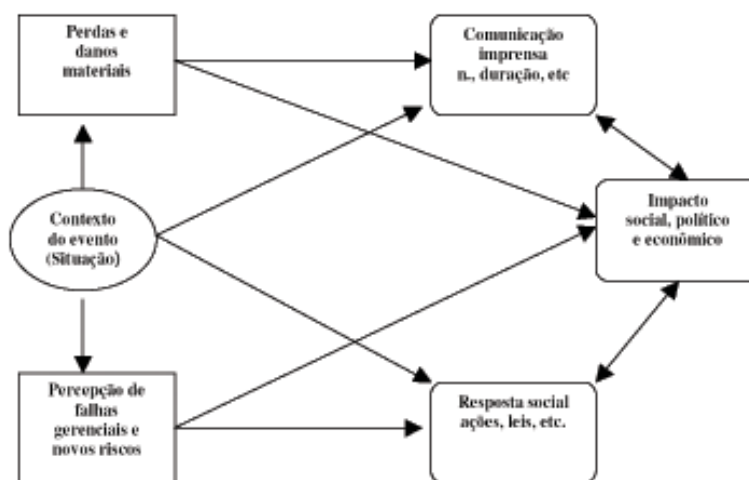
A avaliação deve ser entendida como uma ferramenta para processos decisórios, seja ela no campo da epidemiologia, do meio ambiente, da política ou dos negócios. O que se quer com ela é enfrentar o perigo, na perspectiva de prever, planejar e alertar sobre o risco e suas conseqüências. Uma questão importante nesse contexto é que as decisões regulatórias sobre riscos devem ser tomadas tendo por base o rigor técnico-científico ancorado em fortes evidências factuais. Portanto, deve resultar na seleção e implementação de estratégias mais apropriadas, envolvendo a regulamentação, a disponibilidade de

## DO CONCEITO DE RISCO AO DA PRECAUÇÃO (...)

tecnologias de controle, a análise de custos e benefícios, a aceitabilidade de riscos, a análise de seus impactos nas políticas públicas e em diversos outros fatores sociais e políticos (Freitas, 2002).

Uma questão a ser destacada na avaliação de risco é a incorporação da incerteza como um dado relevante, ou seja, inicialmente conhece-se o comportamento do problema, e as possibilidades de ocorrerem diferentes resultados podem ser definidas e quantificadas através de cálculos estatísticos estruturados e probabilidades; no entanto, não se conhece a distribuição destas probabilidades. Esse dado de incerteza é o que deve ser reconhecido e explicitamente incluído nas análises de riscos. Na Figura 7 podemos ver como o risco se amplia na sociedade em função das diferentes percepções dos atores envolvidos e das estratégias e ações incorporadas para o seu enfrentamento.

Figura 7 – Amplificação social dos riscos



Fonte: Freitas, 2002.

Muitos fatores podem interferir ou contribuir para que uma pessoa aceite ou não uma situação de risco. Os riscos para as pessoas podem ser desprezíveis, aceitáveis, toleráveis ou inaceitáveis, se o compararmos com os possíveis benefícios que eles possam vir a trazer. Essas diferentes percepções, como

## O TERRITÓRIO E O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

já foi mencionado, dependem da natureza do risco, de fatores pessoais e externos, que vão desde a idade, sexo e nível cultural até fatores econômicos e educacionais. Algumas pessoas acreditam que o álcool comprado em mercearias e bares não é droga nem causa dano, se comparado com as drogas ilícitas vendidas em guetos e às escondidas. Como se vê, os valores do risco aceitável e não-aceitável vão depender de cada indivíduo e da possibilidade que ele tem de controle sobre sua própria vida.

No entanto, existem situações onde os indivíduos podem se sentir sem domínio sobre os riscos a que estão expostos, como é o caso da exposição a substâncias tóxicas, à radiação eletromagnética ou nuclear. Da mesma forma também, muitos outros não se dão conta dos riscos inerentes à herança genética, aos estilos de vida, aos comportamentos. Aquilo que não é visto ou palpável nem sempre é percebido e torna-se mais difícil mensurar a exposição, a resposta à exposição e o seu controle.

Figura 8 – Fatores que influenciam a percepção de risco



Fonte: adaptado de OMS, 2002.

A maior parte das pessoas não está atenta ou não tem informação sobre os riscos inerentes a fatores pessoais (idade, ao sexo ou a raça), portanto não tem nenhuma preocupação se alguns desses fatores em situações especiais

## DO CONCEITO DE RISCO AO DA PRECAUÇÃO (...)

podem estar associados a algum agravo à sua saúde. Da mesma forma, hábitos culturais ou estilo de vida (permanecer muito tempo ao sol na praia, fumar, beber e dirigir) passam despercebidos, dado que são aceitos pelo conjunto de indivíduos da comunidade. Já os fatores externos influenciam fortemente a percepção das pessoas sobre os riscos a que estão expostas, principalmente aqueles relacionados a exposições ambientais, ao consumo e ao uso de serviços e tecnologias, seja através dos meios de comunicação, da ação reguladora do estado, da opinião pública, da informação científica ou mesmo do acesso aos serviços de saúde. A conjugação desses fatores pode melhorar a percepção que as pessoas têm dos riscos a que estão expostas ou pode mascará-la por meio de propagandas enganosas, atitudes falaciosas, ou mesmo posições equivocadas ou preconceituosas.

Com relação à comunicação de risco,<sup>18</sup> ou seja, àquelas informações que todos devem ter sobre os problemas existentes em seus territórios e as situações de perigo a que estão expostos cotidianamente, os ACS podem desenvolver um trabalho bastante relevante tanto para a coletividade quanto para os indivíduos em suas residências, através de ações educativas de promoção, proteção e prevenção, durante a realização de suas visitas domiciliares ou em reuniões coletivas na comunidade. O trabalho de educativo do ACS, além de construir conhecimentos, contribui para emancipação ou o 'empoderamento' da população no que tange à sua saúde e aos cuidados que devem ter para ampliar sua qualidade de vida.

### **Minimizar Riscos: promover e proteger a vida**

Diante da multiplicidade de riscos a que a sociedade moderna está exposta faz-se necessário estabelecer uma comunicação com o público acerca dos problemas que envolvem a exposição a elementos e situações perigosas. Nesses contextos, a comunicação deve ser dialógica, com troca de informações e opiniões entre os indivíduos, grupos, instituições, cientistas

<sup>18</sup> Processo de interação e intercâmbio de informações (dados, opiniões e sensações) entre os indivíduos, grupos ou instituições sob as ameaças à saúde, à segurança ou ao ambiente com o propósito de que a comunidade conheça os riscos aos quais está exposta e participe na sua solução. Teoricamente esse processo é intencional e permanente *National Research Council* (1989).

## O TERRITÓRIO E O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

e governo. O texto e o contexto das mensagens emitidas acerca do problema devem esclarecer as pessoas não apenas sobre o risco em si, mas sobre a situação em que estão envolvidos, suscitando o debate e o esclarecimento de dúvidas e questões.<sup>19</sup>

A comunicação de risco não deve ser apenas um cálculo matemático e científico do risco, mas, sobretudo, deve constituir-se em um fórum para a discussão a respeito de questões mais amplas sobre a saúde e a qualidade de vida, as quais envolvem questões éticas e morais quando abordadas coletivamente. Essa ação comunicativa deve ser iniciada desde o momento de constatação das evidências sob o fenômeno observado. Para atingir os objetivos a serem alcançados, deve ser feita com clareza e eficácia, considerando as diferentes percepções do risco pelo conjunto de atores envolvidos, as diretrizes políticas e as estratégias eleitas para o seu gerenciamento.

Quando se fala de risco e comunicação de risco, de imediato pensa-se em divulgar, avisar, fazer ciente, esclarecer. Há um sentimento de coresponsabilidade que impulsiona o desejo de comunicar na perceptiva de proteger o outro da ameaça, do perigo iminente. Porém, nessas questões, é primordial, antes de qualquer ação, perguntar: quando se deve comunicar o risco? Como estabelecer um diálogo? Com quem se comunicar? Quem são os interessados na comunicação do risco? O que comunicar?

Todas essas questões para serem respondidas necessitam de recursos e técnicas adequadas, mas, sobretudo, sensibilidade e envolvimento com o problema, para que não se distorçam os fatos e não se criem crises ou pânico. Com esse discernimento e pautado em uma postura ético-política correta é possível construir laços de confiança e solidariedade entre as pessoas, abrindo um canal de comunicação rápido e de fácil entendimento para o gerenciamento do risco em pauta.

Nesse sentido, a ação comunicativa<sup>20</sup> pode vir a ser uma das práticas mais eficazes<sup>21</sup> e efetivas dos ACS junto à comunidade e aos indivíduos de um determinado território sob sua responsabilidade. Na medida em que estabelece vínculos com a população no cotidiano de seu trabalho, o ACS propicia a criação

<sup>19</sup> Para discussão sobre comunicação, ver Araújo, texto “Comunicação e saúde”, no livro *Educação e Saúde*, nesta coleção (N. E.).

## DO CONCEITO DE RISCO AO DA PRECAUÇÃO (...)

de laços de solidariedade, confiança e cumplicidade, que vão favorecer a troca de conhecimentos sobre os problemas existentes e a escolha de estratégias de intervenção sobre eles.

Contemporaneamente, diante das ameaças, dos riscos e da vulnerabilidade a que estão expostos pessoas e lugares, há, em todo o mundo, um movimento crescente, dentro e fora de governos e nações, favorável à adoção de posturas e medidas preventivas para o correto gerenciamento de riscos à saúde e ao meio ambiente em face das incertezas científicas e tecnológicas. Cada medida tomada no sentido de promover e proteger a saúde das pessoas e os ambientes vai depender da severidade do dano e do grau de incerteza em torno do problema. Quanto maior o dano associado a um risco e menor a incerteza quanto à sua ocorrência devem-se tomar medidas rigorosas para o seu banimento. Ao contrário, quando o dano associado ao risco é pequeno e sua ocorrência incerta, não faz sentido tomar medidas severas, apenas algumas para diminuí-lo (OMS, 2002).

Uma das medidas mais usuais na atualidade para gerenciar o risco é o princípio da precaução, sobretudo quando está envolvido um alto grau de incer-

<sup>20</sup> Jürgen Habermas filósofo e sociólogo da escola crítica alemã é o idealizador da Teoria da Ação Comunicativa. Habermas (1987: 57) distingue dois âmbitos do agir humano contidos no conceito de Marx de 'atividade humana sensível', que são interdependentes, mas que podem ser analisados separadamente: o trabalho e a interação social. Por 'trabalho' ou 'ação racional teleológica', Habermas entende o processo pelo qual o homem emancipa-se progressivamente da natureza. Por 'interação', entende a esfera da sociedade em que normas sociais se constituem a partir da convivência entre sujeitos, capazes de comunicação e ação. Nessa dimensão da prática social, prevalece uma ação comunicativa, isto é, "uma interação simbolicamente mediada", a qual se orienta "segundo normas de vigência obrigatória que definem as expectativas recíprocas de comportamento e que têm de ser entendidas e reconhecidas, pelo menos, por dois sujeitos agentes" (p. 57). Esta teoria está relacionada com "o processo de comunicação que visa o entendimento mútuo que está na base de toda a interação, pois somente uma argumentação em forma de discurso permite o acordo de indivíduos quanto à validade das proposições ou à legitimidade das normas" (Gonçalves, 1999: 133). A teoria da ação comunicativa compreende que interação é a base de solução para o problema da coordenação que surge quando diferentes atores envolvidos no processo comunicativo estabelecem alternativas para um plano de ação conjunta (Gonçalves, 1999).

<sup>21</sup> Eficaz refere-se a fazer o que deve ser feito; tem a ver com o foco em uma determinada direção (visão) e concentração de energia (recursos humanos, materiais e financeiros) para a execução da missão, ou seja, atingir as metas preestabelecidas. Eficiente refere-se a como fazer o que tem para ser feito, a como as 'coisas' são feitas, aos valores, à visão, comportamentos, atitudes, métodos, procedimentos e estilos, ou seja, à capacidade de usar de forma racional os recursos necessários. Efetiva refere-se a fazer certo as coisas certas, com qualidade – este conceito engloba os dois anteriores, acrescido da qualidade, ou seja, significa a capacidade de satisfazer a uma dada necessidade ou demanda de forma adequada e com qualidade.

## O TERRITÓRIO E O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

teza científica e é premente agir com relação a um risco potencialmente elevado sem esperar pelos resultados das investigações científicas. Em 1992, em Maastricht, Holanda, foi assinado o Tratado da União Européia (TUE), no qual, dentre outras recomendações, foi definido o princípio da precaução como “a tomada de ação prudente quando há suficiente evidência científica (mas não necessariamente prova absoluta) de que a falta de ação pode implicar em dano, e quando a ação pode ser justificada com base em julgamentos razoáveis de custo-benefício”. Em 2000, a Comissão Européia definiu regras para orientar a aplicação desse princípio, inclusive no tange à relação custo-benefício. Assim, quando uma ação for considerada necessária, as medidas devem ser baseadas no princípio da precaução, e devem ser:

- ‘Proporcionais’ ao nível de proteção escolhido;
- ‘Não-discriminatórias’ na sua aplicação;
- ‘Consistentes’ com medidas similares já tomadas;
- ‘Baseadas em um exame dos potenciais benefícios e custos’ da ação ou da sua falta (incluindo, quando apropriado e factível, uma análise econômica custo/benefício);
- ‘Sujeita à revisão’, em luz de novos dados científicos;
- ‘Capaz de atribuir responsabilidades pela produção de evidência’ científica necessária para uma avaliação de risco mais abrangente (OMS, 2002).

### **Para Refletir...**

Na busca por concluir sem esgotar o assunto, a fala de Edgar Morin (2001) em *Os Sete Saberes Necessários à Educação do Futuro* transforma-se na síntese mais adequada para resumir o que foi tematizado ao longo do texto.

O primeiro saber indicado pelo autor refere-se ao conhecimento; este, apesar de sua fundamental importância, nunca é ensinado como ele é de fato. Sabe-se que os maiores problemas neste caso são o erro e a ilusão. O conhecimento nunca é um reflexo ou espelho da realidade. O conhecimento é sempre uma tradução, seguida de uma reconstrução. As traduções e as reconstruções também podem ter risco de erro e muitas vezes o maior deles é pensar que a idéia é a realidade.



## DO CONCEITO DE RISCO AO DA PRECAUÇÃO (...)

Na problemática do risco, o conhecimento é a ferramenta inicial para pensar em qualquer intervenção que possa minimizá-lo para garantir segurança às pessoas e aos lugares. É preciso conhecer o problema (o que é, onde está, qual sua magnitude, quem atinge e em que tempo) seja do ponto de vista da ciência, seja através da percepção das pessoas expostas a ele. No entanto, também é necessário ter claro que o conhecimento é sempre incompleto, e que a realidade é bem mais complexa do que qualquer simplificação matemática que se faça dela.

O segundo saber aponta o conhecimento pertinente, ou seja, o conhecimento ensinado não deve anular o próprio objeto do conhecimento – o conhecer. É preciso buscar uma visão abrangente do mundo, e não compartimentada por disciplinas ou parcialidades. É importante ter uma visão capaz de situar o conjunto. Não é a quantidade de informações, nem a sofisticação da estatística ou da economia que podem oferecer sozinhas um conhecimento pertinente, mas sim a capacidade de colocar o conhecimento no contexto. Cada disciplina é muito fraca isoladamente, pois quase sempre acaba errando em suas previsões por privilegiar seus aspectos singulares, esquecendo que os valores humanos, como os sentimentos (desejo, ódio, paixão, medo), interferem positiva ou negativamente nas decisões.

O conhecimento pertinente é o caminho certo na abordagem de risco à saúde ou ao ambiente. Ter claro que a realidade social é multidimensional, por isso, cada problema deve ser contextualizado e as informações interligadas – “não se pode conhecer as partes sem conhecer o todo, nem conhecer o todo sem conhecer as partes” (Morin, 2000: 37). O contexto tem necessidade, ele mesmo, de seu próprio contexto. E o conhecimento, na atualidade, deve estar referido ao global. Os acidentes locais têm conseqüências sobre o conjunto, e as ações do conjunto sobre os acidentes locais.

O terceiro saber é sobre a identidade humana no qual compreender o homem como parte de uma espécie, de uma sociedade e do cosmos ajuda a perceber os detalhes, as nuances de cada contexto e situação. Por isso, somos parte dos problemas nos quais estamos inseridos. Nessa perspectiva, é necessário enxergar a singularidade de cada um e a unicidade de todos. Para isso, deve-se fazer convergir todas as disciplinas conhecidas para a identidade e para a condição humana, ressaltando a noção de *homo sapiens*; o homem

## O TERRITÓRIO E O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

racional e fazedor de ferramentas, que é, ao mesmo tempo, 'louco'<sup>22</sup> e está entre o 'delírio'<sup>23</sup> e o 'equilíbrio'.<sup>24</sup>

Conhecer a multiplicidade e a singularidade dos sujeitos agentes envolvidos em um problema de risco torna-se condição indispensável na busca de soluções e estratégias de intervenção sob questões não totalmente conhecidas. Entender a diferença e a similaridade entre o cientista e o homem simples, entre o conhecimento científico e o senso comum talvez seja, no século XXI, o movimento transdisciplinar fundamental para a resolução dos problemas complexos que circunscrevem a modernidade.

O quarto ensinamento é a compreensão humana entendida como o lugar do outro, a necessidade de perceber as outras pessoas, suas diferenças, e que elas também são importantes para vida em sociedade. Vive-se em uma sociedade individualista, que propicia o sentido de responsabilidade individual, que desenvolve o egocentrismo, o egoísmo, que tem como consequência a auto-justificação e a rejeição ao próximo. Por isso é preciso compreender não só os outros como a nós mesmos, de nos auto-examinar e analisar a auto-justificação, dado que o mundo está cada vez mais repleto de incompreensão.

Esse aspecto nos obriga a pensar sobre as nossas falhas e erros, sobre o quanto nos isolamos em nosso saber individual, a ponto nos perdermos em nós mesmos e nos autopunir, bem como, ao mesmo tempo, sermos cruéis com os outros. Quando agimos coletivamente sobre eventos probabilísticos é prudente ter a compreensão de si e dos outros, das limitações e do alcance do conhecimento de cada um e de todos, para que de fato venha a ter eficácia e efetividade.

O quinto saber evidencia a incerteza e explícita que em todos os domínios do conhecimento existe o inesperado. Os processos físicos, assim como outros, pressupõem variações que levam à desordem caótica ou à criação de uma nova organização. O inesperado aconteceu e acontecerá, porque não temos futuro e não temos certeza nenhuma do futuro. As previsões não foram concretizadas, não existe determinismo do progresso. Temos de estar prepara-

<sup>22</sup> No sentido de ousar, transgredir a norma, questionar o existente. De lançar-se ao desconhecido sem medo, aventurar, descobrir.

<sup>23</sup> Significando a possibilidade de sonhar, de desejar a utopia, de mudar o estado atual das coisas – o *status quo*.

<sup>24</sup> Entendida como o uso da razão crítica, do discernimento, da ação reflexiva pautada no contexto.

## DO CONCEITO DE RISCO AO DA PRECAUÇÃO (...)

dos e fortes para enfrentarmos as incertezas e não nos desencorajarmos. Essa incerteza é uma incitação à coragem – “A aventura humana não é previsível, mas o imprevisto não é totalmente desconhecido” (Morin, s.d.:10)

Nesse sentido, é necessário ter consciência de que, nas decisões a serem tomadas sobre qualquer problema humano, deve-se sempre contar com o risco do erro e estabelecer estratégias que possam ser corrigidas no processo da ação, a partir dos imprevistos e das informações que se tem. A incerteza é um dado fundamental para a ação sob ameaças e riscos seja ela decorrente da incompletude do conhecimento científico, seja função das falhas humanas ou mesmo e novamente do acaso.

O sexto saber indicado por Morin é a condição planetária, sobretudo na era da globalização do século XXI, onde tudo está conectado no tempo e no espaço. Este fato é importante porque existe, neste momento, um destino comum para todos os seres humanos. O crescimento da ameaça letal se expande em vez de diminuir: a ameaça nuclear e ecológica, a degradação da vida planetária. Por isso, faz-se urgente a construção de uma consciência planetária. Conhecer o nosso planeta não é tarefa fácil, há processos de todas as ordens acontecendo (econômicos, ideológicos e sociais); todos estão imbricados e são tão complexos que compreendê-los é um desafio para o conhecimento. É preciso uma certa distância em relação ao imediato para poder compreendê-los. Portanto, é fundamental ensinar que não é suficiente reduzir a um só a complexidade dos problemas do planeta – à demografia, à escassez de alimentos, à bomba atômica ou à pobreza. Eles todos estão atados uns aos outros.

Essa sexta reflexão corrobora com tudo que foi dito no texto sobre a questão do risco. Quando se foca um problema para resolvê-lo, é preciso olhar em volta o que o circunscreve para que se tenha a devida dimensão de sua extensão. Na maior parte das vezes, a própria inovação tecnológica (produtos, processos, idéias) cria novos riscos. No campo da saúde, isso é bastante comum; em alguns casos, um processo ou produto utilizado para melhoria da saúde, como as radiações ou medicamentos, podem ter um efeito nocivo ou ‘iatrogênico’ tanto para os usuários quanto para aqueles que os manipulam. Daí a urgência de construir uma consciência planetária, a partir da qual se tenha claro o vínculo inevitável de todos os povos e todas as coisas. Portanto, é da responsabilidade coletiva assegurar a vida e a integridade do planeta.

## O TERRITÓRIO E O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

O sétimo e último saber propõe a antropo-ética, para lembrar que os problemas da moral e da ética são diferentes a depender da cultura e da natureza humana. Existe um aspecto individual, outro social e outro genético. Cabe ao discernimento humano desenvolver, simultaneamente, a ética e a autonomia pessoal (as responsabilidades pessoais), além de desenvolver a participação social (as responsabilidades sociais), ou seja, dar a nossa contribuição ao gênero humano, dado que compartilhamos com outros seres um destino comum. A antropo-ética possui um lado social que só faz sentido se for na democracia, porque só ela permite uma relação indivíduo-sociedade, na qual o cidadão deve se sentir solidário e responsável.

Chega-se ao final dessa reflexão com a proposta da antropo-ética como condição que realiza a síntese dos outros seis saberes e do nosso objeto de trabalho nesse texto – buscar definir o risco. Para Morin, somente com uma postura ética e moral voltada para uma ação solidária entre povos, nações e espécie, é que se vai conseguir intervir sobre riscos para minimizar as ameaças e os perigos que cercam o cada um de nós, cidadãos do século XXI.

Portanto, os problemas de saúde não podem ser desvinculados dos problemas ambientais, pois os riscos individuais e os coletivos se materializam no ambiente e podem afetar a todos de diferentes maneiras – por meio de processos (políticos, sociais, econômicos e tecnológicos), produtos – (químicos, biológicos), agentes etiológicos (vírus, bactérias, outros) ou mesmo eventos naturais (catástrofes). Uma ação solidária e responsável sobre riscos, danos e causas, na perspectiva da promoção e proteção da vida, é estratégia fundamental para superar a fragmentação que existe hoje no mundo – do conhecimento, da política, da economia, do social. Essa perspectiva integradora aponta para resultados eficazes e efetivos tanto no nível local e global quanto nos âmbitos individual e coletivo.

### Referências

- ACSELRAD, H. Tecnologias sociais e sistemas locais de poluição. *Horizontes Antropológicos*, 12(25): 117-138, jan.-jun., 2006.
- ALMEIDA FILHO, N. de. O problema do objeto de conhecimento na epidemiologia. In: COSTA, D. C. (Org.) *Epidemiologia: teoria e objeto*. São Paulo: Hucitec, 1989.

## DO CONCEITO DE RISCO AO DA PRECAUÇÃO (...)

- AUGER, M. *Não-Lugares: introdução a uma antropologia da super-modernidade*. São Paulo: Papirus, 1994.
- AYRES, J. R. C. M. O jovem que buscamos e o encontro que queremos ser: a vulnerabilidade como eixo da avaliação das ações preventivas do abuso de drogas, DST/Aids entre jovens e adolescentes. In: TOZZI, D. et al. (Orgs.) *Papel da Educação na Ação Preventiva ao Abuso de Droga e às DST/Aids*. São Paulo: Fundação para o Desenvolvimento da Educação, 1996. (Série Idéias, 29)
- AYRES, J. R. C. M. *Sobre o Risco: para compreender a epidemiologia*. São Paulo: Hucitec, 1997.
- AYRES, J. R. C. M. Contextos epidêmicos e aspectos sociais da DST/Aids no Brasil: os novos horizontes da prevenção. In: VI CONGRESSO BRASILEIRO DE PREVENÇÃO DAS DST/AIDS. Belo Horizonte, nov. 2006. Disponível em: <[www.sistemas.aids.gov.br/congressoprev2006/2/dmdocuments/Jose\\_Ricardo\\_Ayres.pdf](http://www.sistemas.aids.gov.br/congressoprev2006/2/dmdocuments/Jose_Ricardo_Ayres.pdf)>. Acesso em: 15 maio 2007.
- AYRES, J. R. C. M. et al. Vulnerabilidade e prevenção em tempos de Aids. In: BARBOSA, R. M. & PARKER, R. G. (Orgs.) *Sexualidades pelo Avesso: direitos, identidade e poder*. São Paulo, Editora 34, 1999.
- BECK, U. *Risk Society: towards a new modernity*. Cambridge: Polity Press, 1992.
- BERNSTEIN, P. *O Desafio aos Deuses: a fascinante história do risco*. Rio de Janeiro: Campus, 1997.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção Básica e a Saúde da Família. 2007. Disponível em: <[www.dtr2004.saude.gov.br/dab/atencaobasica.php](http://www.dtr2004.saude.gov.br/dab/atencaobasica.php)>.
- BUSS, P. M. *Promoção da Saúde e Saúde Pública*. Rio de Janeiro: Ensp, 1996. (Mimeo)
- BUSS, P. M. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: CZERESNIA, D. & FREITAS, C. M. (Orgs.) *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.
- CASTELLANOS, P. L. Lo ecológico en epidemiología aplicada en salud pública. In: III CONGRESSO BRASILEIRO DE EPIDEMIOLOGIA, 1995, Salvador. *Anais...* Salvador, 1995 (Mimeo.)
- CASTIEL, L. D. Vivendo entre exposições e agravos: a teoria da relatividade do risco. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, III(2): 237-264, jul.-out., 1996.
- CUTTER, S. L. Vulnerability to environmental hazards. *Progress in Human Geography*, 20(4): 529-539, 1996.
- CZERESNIA, D. Risco epidemiológico e vigilância sanitária, 2001. "As várias faces do conceito de risco em vigilância sanitária" ago. 2001. Disponível em: <[www.anvisa.gov.br/institucional/snvs/coprh/seminario/risco\\_epide.pdf2001](http://www.anvisa.gov.br/institucional/snvs/coprh/seminario/risco_epide.pdf2001)>. Acesso em: 11 mar. 2007.

## O TERRITÓRIO E O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

- CZERESNIA, D. Ciência, técnica e cultura: relações entre risco e práticas de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 20(2): 447-455, mar.-apr., 2004.
- ELIAS, N. *State-Formation and Civilization: the civilizing process*. Oxford: Basil Blackwell, 1982. 2v.
- FREITAS, C. M. Riscos e processos decisórios: implicações para a vigilância sanitária, 2002. Disponível em: <[www.anvisa.gov.br/institucional/snvs/coprh/seminario/Riscos\\_processos.pdf](http://www.anvisa.gov.br/institucional/snvs/coprh/seminario/Riscos_processos.pdf)>.
- GIDDENS, A. *As Conseqüências da Modernidade*. São Paulo: Unesp, 1991.
- GIDDENS, A. Risk society: the context of British politics. In: FRANKLIN, J. (Ed.) *The Politics of Risk Society*. Cambridge: Polity Press, 1998.
- GIDDENS, A. *Modernidade e Identidade*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2002.
- GONÇALVES, M. A. S. Teoria da ação comunicativa de Habermas: possibilidades de uma ação educativa de cunho interdisciplinar na escola. *Educação & Sociedade*, Ano XX, 66: 125-140, abr., 1999.
- GRILLO, R. D. (Org.) *Nation and State in Europe: anthropological perspectives*. London: Academic Press, 1980.
- HABERMAS, J. *Teoria de la Acción Comunicativa: racionalidad de la acción y racionalización social*. Madri: Taurus, 1987. Tomo I.
- HOGAN, D. J. Demographic dynamics and environmental change in Brazil. *Ambiente e Sociedade*, 4(9): 43-73, 2001.
- HOGAN, D. J. Mobilidade populacional, sustentabilidade ambiental e vulnerabilidade social. *Revista Brasileira de Estudos .Populacionais*, 22(2): 323-338, jul.-dez., 2005.
- LATOUR, B. *Jamais Fomos Modernos*. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1994.
- LENZI, C. L. Para uma imaginação sociológica da ecologia: uma análise do pensamento de Anthony Giddens. *Ambiente e Sociedade*, 9(1): 105-126, jan.-jun., 2006.
- LIEBER, R. R. & ROMANO-LIEBER, N. S. Acidentes e catástrofes: causa ou fatores de risco? In: 21º ENCONTRO NACIONAL DE ENGENHARIA DE PRODUÇÃO (ENEGEP), 2001, Salvador, Porto Alegre, Associação Brasileira de Engenharia de Produção, ABEPRO, UFRGS. *Anais...* Salvador, Porto Alegre, 2001.
- LIEBER, R. R. Risco, incerteza e as possibilidades de ação na saúde ambiental. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 6(2): 121-134, 2003.
- MACIEL, E. M. G. S. & TELLES, F. S. P. Ensaio sobre a relação epistemológica entre probabilidade e método científico. *Cadernos de Saúde Pública*, 16(2): 487-497, 2000.
- MAGALHÃES, R. Monitoramento das desigualdades sociais em saúde: significados e potencialidades das fontes de informação. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(3): 667-673, jun. 2007.

## DO CONCEITO DE RISCO AO DA PRECAUÇÃO (...)

- MANN, J. et al. A Aids no mundo [Aids in the World, 1992]. In: PARKER, R. & GALVÃO, J. & PEDROSA, S. (Orgs.) Rio de Janeiro: Relumê-Dumará, Abia, IMS, Uerj, 1993.
- MAUSS, M. *Oeuvres, vol. 3: Cohésion sociale et divisions de la sociologie*. Paris: Les Editions de Minuit, 1969.
- MENDES, E. V. *Uma Agenda para a Saúde*. São Paulo: Hucitec, 1996.
- MORIN, E. *Os Sete Saberes Necessários à Educação do Futuro*. 3.ed. São Paulo, Brasília: Cortez, Unesco, 2000.
- MORIN, E. *Os Sete Saberes Necessários à Educação do Futuro*, s.d. Disponível em: <[www2.ufpa.br/ensinofts/artigo3/setesaberes.pdf](http://www2.ufpa.br/ensinofts/artigo3/setesaberes.pdf)> .
- NATIONAL RESEARCH COUNCIL. Improving risk communication. Washington, DC: National Academy Press, 1989.
- OLIVEIRA, J. W. & FONSECA, W. Fatores de risco de natimortalidade em Fortaleza: um estudo de caso-controle. *Jornal de Pediatria*, 72: 374-378, 1996.
- OMS. Organização Mundial da Saúde. *Estabelecendo um Diálogo sobre Riscos de Campos Eletromagnéticos*. Genebra: OMS, 2002.
- PAIM, J. S. Modelos assistenciais: reformulando o pensamento e incorporando a proteção e a promoção da saúde. In: PAIM, J. S. (Org.) *Saúde: política e reforma sanitária*. Salvador: Cooptec, ISC, 2002.
- PAIM, J. Epidemiologia e planejamento: a recomposição das práticas epidemiológicas na gestão do SUS. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8(2): 557-567, 2003.
- RENAN, E. *Qu'est-ce qu'une Nation?* Paris: Pocket, 1882.
- ROUQUAYROL, M. Z. et. al. Fatores de risco de natimortalidade em Fortaleza: um estudo de caso-controle. *Jornal de Pediatria*, 72: 374-378, 1996.
- SACK, R. D. *Human Territoriality*. Cambridge: Cambridge University Press, 1986.
- SANTOS, J. L. F & WESTPHAL, M. F. Práticas emergentes de um novo paradigma de saúde: o papel da universidade. *Estudos Avançados*, 13(35): 71-88, abr., 1999.
- SCHRAMM, F. R. & CASTIEL, L. D. Processo saúde/doença e complexidade em epidemiologia. *Cadernos de Saúde Pública*, 8(4): 379-390, out.-dez., 1992.
- SPINK, M. J. P. *A Construção Social do Risco no Cenário da Aids*. São Paulo: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, 1997. (Mimeo.)
- SPINK, M. J. P. Trópicos do discurso sobre risco: risco-aventura como metáfora na modernidade tardia. *Cadernos de Saúde Pública*, 17(6): K1277-1311, nov.-dez., 2001.
- TEIXEIRA, C. F. Epidemiologia e planejamento em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 4(2): 287-303, 1999.
- TEIXEIRA, C. F. *O Futuro da Prevenção*. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva-Universidade Federal da Bahia, 2001.

WHITEHEAD, M. The concepts and principles of equity in health. *International Journal of Health Services*, 22: 429-445, 1992.



# **Análise da Situação de Saúde: principais problemas de saúde da população brasileira**

*Carlos Batistella*

## **Introdução**

Diversos fóruns internacionais de cunho social das últimas décadas têm enfatizado a necessidade de estabelecer compromissos com a qualidade de vida das populações. Mais do que preocupações com a integração da economia no mundo global, destacam a importância de verificar em que condições esse desenvolvimento se dá, e, principalmente, quais os impactos para a sociedade e para o meio ambiente.

Em 2000, a Organização das Nações Unidas (ONU) reuniu 189 países, no que se chamou a 'cúpula do milênio', quando foram estabelecidos oito objetivos através dos quais se pretende intervir para reduzir a gravidade do estado social verificado em vários países no mundo. Os 'objetivos do milênio', assim chamados, constituem ações em áreas prioritárias com o intuito de até 2015 construir a melhoria de um conjunto de situações que incluem: erradicar a pobreza extrema e a fome; alcançar o ensino primário universal; promover a igualdade de gênero e capacitar as mulheres; reduzir a mortalidade de crianças; melhorar a saúde materna; combater a Aids, malária e outras doenças; assegurar a sustentabilidade ambiental; e promover uma parceria mundial para o desenvolvimento (Brasil, 2006a).

O alcance destas metas somente será possível através da universalização de serviços básicos de saúde, educação, abastecimento de água potável, tratamento de esgoto, coleta e destino adequado do lixo, energia elétrica, segurança, urbanização, bem como do estabelecimento de políticas públicas que visem à geração de emprego, distribuição de renda, moradia digna e ambientes com baixo adensamento domiciliar. Implicará, sobretudo, a luta pela democracia substantiva, que, além do simples direito ao voto (democracia representativa), representa a ampliação da igualdade, ou seja, da participação coletiva na apropriação dos bens coletivamente criados: "não há democracia efetiva onde existe

## O TERRITÓRIO E O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

excessiva desigualdade material entre os cidadãos. E essa desigualdade material, econômica, impede inclusive que haja uma democracia política efetiva” (Coutinho, 2002: 20).

Um dos elementos fundamentais na construção de uma sociedade democrática, portanto, é o enfrentamento de seus principais problemas de saúde, por meio da compreensão e intervenção na esfera de seus determinantes e condicionantes.

Assim, neste artigo, recorreremos ao exame de alguns indicadores epidemiológicos mais tradicionais – mortalidade infantil, morbimortalidade, por grupos de causas, séries históricas etc. – e de sua associação a outros indicadores relativos ao processo de urbanização, transição demográfica, acesso à água tratada, esgotamento sanitário, coleta de lixo, escolaridade, renda, acesso aos serviços de saúde, desemprego, concentração de renda e componente racial, no sentido de tentar uma aproximação à complexidade que envolve o processo saúde-doença em nosso país.

Quando relacionados e contextualizados, esse conjunto de indicadores tem permitido uma compreensão das diferenças regionais, urbano-rurais, intra-urbanas, econômicas, sociais e culturais que expressam diferenças nos modos de se ter saúde, adoecer e receber o cuidado. Indicam, sobretudo, o peso de alguns determinantes na manutenção e aprofundamento das iniquidades em saúde, bem como os imensos desafios postos ao Sistema Único de Saúde (SUS) e à sociedade como um todo.

Ainda que este artigo relacione um conjunto de indicadores macrossociais e epidemiológicos nacionais, é importante destacar que os problemas que aqui serão apontados – entre outros tantos que se apresentam – fazem parte do cotidiano de trabalho da atenção à saúde. Assim, o dia-a-dia dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) no acompanhamento das famílias está repleto de situações em que é possível perceber o quanto são determinantes, no processo saúde-doença, as circunstâncias de desemprego, de desestruturação familiar, de baixa escolaridade, de acesso limitado aos serviços públicos, de baixo grau de articulação comunitária ou de falta de horizontes e desesperança.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Sobre informação e saúde, ver Camargo JR, Coeli e Moreno texto “Informação e avaliação em saúde” no livro *Políticas de Saúde: a Organização e a Operacionalização do Sistema Único de Saúde*, nesta coleção (N. E.).

## ANÁLISE DA SITUAÇÃO DE SAÚDE (...)

### Mudanças no Perfil e na Dinâmica Demográfica

O último censo demográfico do Brasil, realizado em 2000, registrou um total de 169.799.170, dos quais 86.223.155 (50,77%) são mulheres e 83.576.015 (49,22%) são homens. Estimativas atuais indicam que em 2010 estaremos próximos dos 200.000.000 de habitantes. Embora o país continue crescendo, a taxa atual (1,6% ao ano) é bem menor do que no passado (3% ao ano, na década de 1950).

Aprofunda-se a tendência de envelhecimento<sup>2</sup> da população brasileira, em função do aumento significativo da expectativa de vida e, principalmente, do declínio sustentado da fecundidade. Até os anos 60 a população brasileira era extremamente jovem, com cerca de 52% de indivíduos abaixo dos 20 anos, e menos de 3% acima dos 65 anos. Nesse período, houve significativo declínio da mortalidade e uma discreta redução da fecundidade. A partir dos anos 70, porém, começa a ser observado um estreitamento continuado na base da pirâmide etária e, conseqüentemente, um envelhecimento da população (Tabela 1). No censo do ano 2000, a proporção de pessoas nos grupos etários de 0-14 anos foi de 29,6%, ao passo que a de 60 anos ou mais foi de 8,6%.

Tabela 1 – Brasil: distribuição proporcional (%) da população, segundo grandes grupos etários – 1970, 1980, 1991, 2000

Grupo etário (anos)	Ano do recenseamento			
	1970	1980	1991	2000
0-14	42,10	38,24	34,73	29,60
15-59	52,83	55,69	57,97	61,84
60 e +	5,07	6,07	7,30	8,56
Total	100,00	100,00	100,00	100,00

Fonte: IBGE apud Carvalho & Garcia, 2003.

<sup>2</sup> Diferente do aumento de longevidade – relacionado à expectativa de vida ao nascer –, o envelhecimento populacional não se refere especificamente a indivíduos ou gerações, mas sim à mudança na estrutura etária da população, o que produz um aumento do peso relativo das pessoas acima de uma determinada idade, considerada como o início da velhice (Carvalho & Garcia, 2003).

## O TERRITÓRIO E O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

Muito embora também seja observado um aumento expressivo na expectativa de vida dos brasileiros nas últimas décadas (Tabela 2), o envelhecimento da população, ao contrário do que indica o senso comum, é resultado do declínio na fecundidade, e não na mortalidade. O rápido e generalizado declínio da fecundidade observado no final da década de 1960 – a taxa de fecundidade total passou, de 6,1 filhos por mulher, nos anos 30; para 5,8, nos anos 70 e para 2,3 filhos por mulher em 2000 (Tabela 3) – coloca o país em um nível de fecundidade próximo ao de reposição (número de nascimentos constante e igual ao número de óbitos, gerando crescimento nulo) (Carvalho & Garcia, 2003).

Tabela 2 – Brasil: esperança de vida ao nascer (em anos), segundo as grandes regiões – 1950-2000

Grandes Regiões	População residente					
	1950	1960	1970	1980	1991	2000
Brasil	43,3	48,0	52,7	62,5	66,9	70,4
Norte	44,3	52,6	54,1	60,8	66,8	69,5
Nordeste	35,9	40,0	43,3	58,3	62,9	67,1
Sudeste	48,0	53,1	57,4	64,8	68,8	72,0
Sul	52,7	57,5	60,0	66,0	70,3	72,8
Centro-Oeste	50,3	52,9	57,6	62,9	68,4	71,7

Fonte: Brasil, 2004b.

De acordo com Carvalho e Garcia (2003, p.730)], “a variação relativa na proporção de idosos se dará a um ritmo significativamente maior, se comparado com aquele já observado em países europeus”. Para Patarra (2000), a população de zero a vinte anos, nesta e nas próximas décadas, terá taxas de crescimento extremamente reduzidas ou até negativas, ao passo que a população de mais de 65 anos crescerá a taxas elevadas. Essa transformação constitui, sem dúvida, um novo padrão de demandas por políticas sociais específicas.

## ANÁLISE DA SITUAÇÃO DE SAÚDE (...)

Tabela 3 – Brasil: taxas de fecundidade total, segundo as grandes regiões, 1950-2000

Grandes regiões	1950	1960	1970	1980	1991	2000
Brasil	6,2	6,3	5,8	4,5	2,9	2,3
Norte	7,9	8,6	8,2	6,5	4,2	3,2
Nordeste	7,5	7,4	7,5	6,1	3,7	2,7
Sudeste	5,5	6,3	4,6	3,5	2,4	2,1
Sul	5,7	5,9	5,4	3,6	2,5	2,2
Centro-Oeste	6,8	6,7	6,4	4,5	2,7	2,3

Fonte: Brasil, 2004b.

Se de um lado a atual estrutura etária é favorável à qualificação dos serviços de creches, berçários e à atenção à saúde da criança, uma vez que o planejamento não terá de voltar-se à expansão quantitativa dos serviços; de outro, aumentam as pressões por emprego na população de mais de 40 anos, por atenção à saúde, cobertura previdenciária, alterações nos arranjos domésticos, nos serviços de transporte, educação entre outros benefícios sociais.

O impacto na organização do Sistema Único de Saúde incidirá na necessária reconfiguração da oferta de serviços, procurando qualificar o atendimento das necessidades de saúde dessa faixa etária. A atenção à saúde do idoso passa a demandar não só o direcionamento na contratação de especialistas (geriatras, ortopedistas, cardiologistas, angiologistas etc), a inclusão de um calendário específico de imunizações, a implantação e ampliação do atendimento domiciliar, a expansão do acesso e a adequação da oferta de medicamentos na farmácia básica, como também o desenvolvimento de ações de promoção da saúde, com orientações nutricionais, educação física, lazer e cultura. Particularmente aos ACS e, conseqüentemente, à equipe do Programa de Saúde da Família, será demandado o apoio às ações desenvolvidas pelos cuidadores de idosos.

Outras tendências na dinâmica populacional trazem grande preocupação: observa-se um aumento significativo da gravidez na adolescência: 1 em cada 5 partos ocorre entre adolescentes – menores de 20 anos. Em contrapartida,

## O TERRITÓRIO E O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

a violência e os acidentes de trânsito produzem uma sobre-mortalidade masculina na adolescência – aos 60 anos, mulheres são 58% e homens 42% da população.<sup>3</sup>

### **Urbanização**

Segundo dados da Síntese de Indicadores da PNAD/IBGE de 2005 (Brasil, 2006a), a proporção de pessoas residentes em áreas urbanas foi de 82,8%. O avanço da industrialização acentuou o processo de urbanização e de desenvolvimento das metrópoles brasileiras até os anos 80. Nas últimas décadas, porém, as taxas de crescimento das sedes metropolitanas e regionais vem diminuindo, ao passo que se observa um crescimento mais elevado de suas áreas de entorno. De fato, houve significativo crescimento populacional de cidades não metropolitanas em todas as regiões brasileiras, onde cidades pequenas e de porte intermediário apresentaram crescimento expressivo. A tendência observada pelos especialistas parece indicar um processo de desconcentração espacial da população brasileira (Patarra, 2000). Nas capitais, porém, o processo de periferização tem-se intensificado.

### **Emprego e Renda**

De acordo com os dados do IBGE, o índice de desemprego no Brasil, embora venha apresentando uma ligeira redução, ainda é bastante elevado. Nos últimos dez anos, de acordo com os dados da PNAD/IBGE 2005 (Brasil, 2006a), vem ocorrendo uma mudança acentuada na distribuição por sexo da população economicamente ativa (PEA). As mulheres que, em 1995, representavam 40,4% da PEA, em 2005 passaram a compor 43,6%.

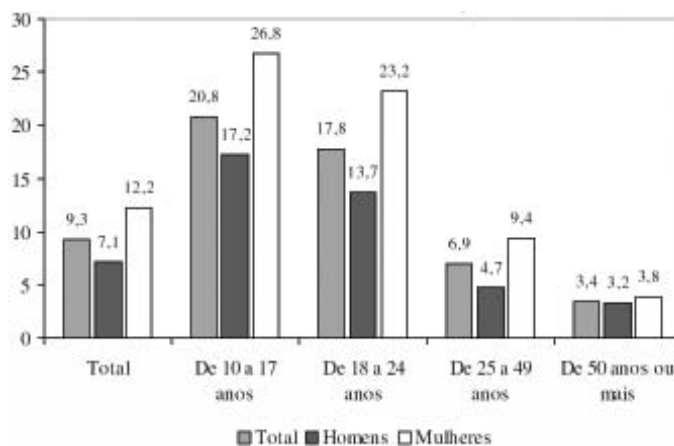
A taxa de desocupação em 2005 atingia 9,3% da PEA. Na faixa etária de 18 a 24 anos, essa taxa foi ainda maior, atingindo 17,8% (Gráfico 1).

---

<sup>3</sup> Sobre relação entre cuidado e características demográficas, ver Pontes e Martins, texto “Fases do ciclo vital: características, vulnerabilidade e cuidado”, no livro *Modelos de Atenção e a Saúde da Família*, nesta coleção (N. E.).

## ANÁLISE DA SITUAÇÃO DE SAÚDE (...)

Gráfico 1 – Taxa de desocupação das pessoas de 10 anos ou mais de idade, por sexo e grupos de idade. Brasil, 2005



Fonte: Brasil, 2006a.

De acordo com a *Síntese de Indicadores Sociais – 2006*, do IBGE, no período em questão (1995-2005), a procura dos jovens por uma vaga no mercado de trabalho aumentou expressivamente. Nesse sentido, a elevada taxa de desocupação entre os jovens revela não somente um aumento da procura por trabalho, mas também uma baixa capacidade da economia de absorver essa mão-de-obra qualificada (com médias de anos de estudo próximas à da população adulta que era de 7,0 anos; no caso do grupo populacional de 18 a 24 anos a média é até maior, 8,7 anos), porém considerada pouco experiente (Brasil, 2006a).

O crescimento da formalização da mão-de-obra no período 1995-2005 foi de apenas 4,0 pontos percentuais, passando de 43,2% da população ocupada para 47,2%. O que pode ser considerado um nível significativamente baixo, levando-se em conta o quadro previdenciário brasileiro e o aumento da expectativa de vida da população.

Com relação ao rendimento-hora, a análise entre 1995 e 2005 revelou uma queda deste em todos os níveis de escolaridade, principalmente entre as pessoas ocupadas que tinham o ensino médio (redução de 31%), tendo-se iniciado uma retomada apenas em 2004. O rendimento da população ocupada também sofreu algumas mudanças neste período. Um aspecto se refere à distribuição da população ocupada de acordo com as classes de rendimento familiar *per*

## O TERRITÓRIO E O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

*capita*. Foi a categoria de empregados sem carteira que mais reduziu o percentual entre os que viviam com um rendimento familiar de até ½ salário mínimo *per capita* (7,7 pontos percentuais) e que mais aumentou a participação entre aqueles que viviam com um rendimento familiar *per capita* acima de dois salários mínimos (3,2 pontos percentuais), demonstrando o impacto do trabalho informal no país (Brasil, 2006a)

Quanto à distribuição de renda, embora nos últimos dez anos os índices indiquem uma ligeira redução da concentração de renda, segundo os dados das Nações Unidas, em 2005, o Brasil ainda situa-se entre os dez países com maior desigualdade, ao lado da Namíbia, Lesotho, Botswana, Serra Leoa, República Centro Africana, Swazilândia, Guatemala, África do Sul e Paraguai. Esse modelo concentrador, em parte, explica as diferenças internas na composição de diferentes indicadores de saúde no país.

### **Escolaridade**

O grau de escolaridade é considerado um elemento fundamental a ser considerado tanto na análise dos determinantes da saúde como na abordagem da população para o desenvolvimento de práticas de promoção, prevenção e recuperação da saúde. Diversas condições de atenção à saúde são influenciadas diretamente pelo nível de escolaridade dos chefes de família, particularmente as condições de atenção à saúde das crianças. O baixo nível de escolaridade pode afetar negativamente a formulação de conceitos de autocuidado em saúde, a noção de conservação ambiental e a percepção da necessidade de atuação do indivíduo como cidadão em contextos sanitários coletivos (Brasil, 2004a).

A taxa de analfabetismo é um indicador-síntese da situação educacional de um país. Segundo os dados da PNAD de 2005, o Brasil contava com cerca de 14,9 milhões de pessoas de 15 anos ou mais analfabetas, correspondendo a 11% da população (Tabela 4). Deste contingente, 37,7% eram pessoas de 60 anos ou mais, 18,9% de 50 a 59 anos, 16,8% de 40 a 49 anos e 13,9% de 30 a 39 anos. Sem dúvida, erradicar o analfabetismo é uma tarefa desafiante na medida em que, quanto mais elevada a idade, torna-se ainda mais difícil alcançar tal objetivo.



## ANÁLISE DA SITUAÇÃO DE SAÚDE (...)

Tabela 4 – Taxa de analfabetismo das pessoas de 15 anos ou mais de idade, por sexo e situação do domicílio, segundo as grandes regiões, 2005

Grandes Regiões	Taxa de analfabetismo das pessoas de 15 anos ou mais de idade (%)				
	Total	Sexo		Situação do domicílio	
		Homens	Mulheres	Urbana	Rural
Brasil	11,0	11,3	10,8	8,4	25,0
Norte	11,5	12,8	10,4	8,9	20,0
Nordeste	21,9	24,0	20,0	16,4	36,4
Sudeste	6,5	5,8	7,2	5,7	17,2
Sul	5,9	5,2	6,5	5,1	9,8
Centro-Oeste	8,9	8,7	9,1	7,9	15,4

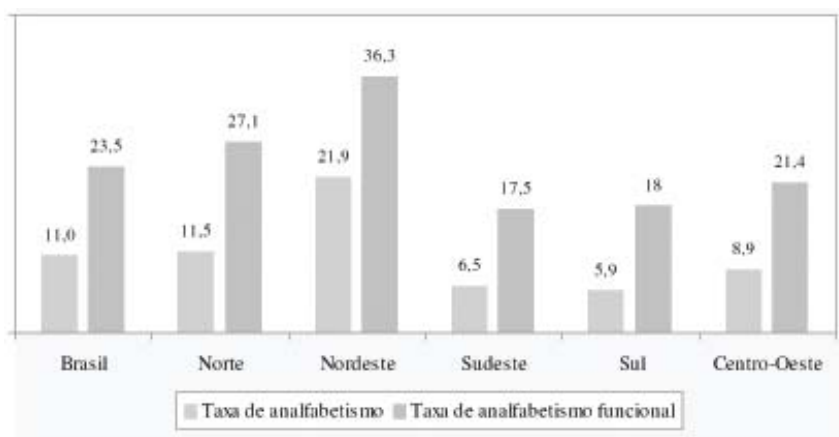
Fonte: Brasil, 2006a.

O fenômeno do analfabetismo é antigo na sociedade brasileira, vindo desde os tempos coloniais, fazendo o país se destacar mesmo no contexto latino-americano, onde países como Argentina e Chile apresentam apenas taxas residuais de analfabetismo (em torno de 3%). No período entre 1995 e 2005, houve queda na taxa de analfabetismo, sendo de 5,0 pontos percentuais nas áreas urbanas (11,4% para 8,4%) e de 7,7 pontos percentuais nas áreas rurais (de 32,7% para 25,0%).

A disparidade entre as taxas de analfabetismo dos estados brasileiros é bastante significativa. As taxas mais elevadas foram encontradas no Nordeste – 29,3% em Alagoas e 27,4% no Piauí –, situação semelhante se comparadas com as taxas de 1995, quando tais estados apresentavam taxas em torno de 35%, evidenciando que o desafio da erradicação do analfabetismo nestes estados não foi devidamente vencido. Quando se amplia o conceito de analfabetismo para 'analfabetismo funcional' (pessoas com menos de quatro anos de estudo), conceito este, segundo a Unesco, mais adequado para avaliar a realidade social do mundo moderno, o número de pessoas nestas condições cresce significativamente, e a taxa alcançava 23,5%, em 2005 (Gráfico 2 – Brasil, 2006a).

## O TERRITÓRIO E O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

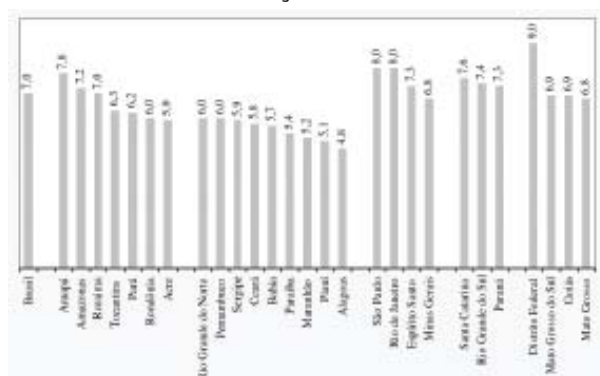
Gráfico 2 – Taxa de analfabetismo e taxa de analfabetismo funcional das pessoas de 15 ou mais anos de idade, segundo as grandes regiões. Brasil, 2005



Fonte: Brasil, 2006a.

A escolaridade média da população pode ser resumida pelo indicador “média de anos de estudo”, considerado um revelador do nível da educação das pessoas. No Brasil, a população de 15 anos ou mais de idade tinha em média sete anos de estudo em 2005. A menor média foi encontrada no estado de Alagoas, 4,8. O Distrito Federal foi a única região do país onde a população apresentava escolaridade média superior ao ensino fundamental (9 anos – Gráfico 3).

Gráfico 3 – Média de anos de estudo das pessoas de 15 anos ou mais de idade, segundo as unidades da Federação. Brasil, 2005



Fonte: Brasil, 2006a.

## ANÁLISE DA SITUAÇÃO DE SAÚDE (...)

Apesar de os índices de analfabetismo ainda apresentarem-se elevados e do baixo nível de escolaridade no país, nos últimos 15 anos tem sido observado o incremento da frequência de crianças e adolescentes no ensino fundamental. Na faixa de crianças e adolescentes entre 7 e 14 anos, o percentual chega próximo de 100%, não apresentando grandes diferenciações em termos regionais, da situação urbana/rural do domicílio, ou mesmo, em função do sexo ou cor dos estudantes (Tabela 5 – Brasil, 2006a).

Nos níveis de ensino em que não se observa a obrigatoriedade legal de oferta<sup>4</sup> existem diferenças significativas de acesso. A frequência à creche e/ou maternal, por exemplo, para crianças de 0 a 3 anos, ainda é muito pouco comum no país. Outro grave problema do sistema educacional detectado pelas pesquisas diz respeito à defasagem escolar dos estudantes, ou seja, à frequência inadequada a um nível de escolaridade dissociado da idade recomendada.

Tabela 5 – Brasil – Taxa de frequência bruta a estabelecimento de ensino da população residente, por grupos de idade, 2005

	Total	Grupos de Idade						
		0 a 6 anos			7 a 14 anos	15 a 17 anos	18 a 24 anos	25 anos ou mais
		Total	0 a 3 anos	4 a 6 anos				
Brasil	31,2	40,3	13,0	72,0	97,3	81,7	31,6	5,7

Fonte: Brasil, 2006a.

### Saneamento

De acordo com a publicação “Saúde Brasil – 2004”, da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, em que são analisados diversos determinantes e condicionantes do processo saúde-doença, considera-se que o Brasil ainda apresenta insuficiências e desigualdades na distribuição dos servi-

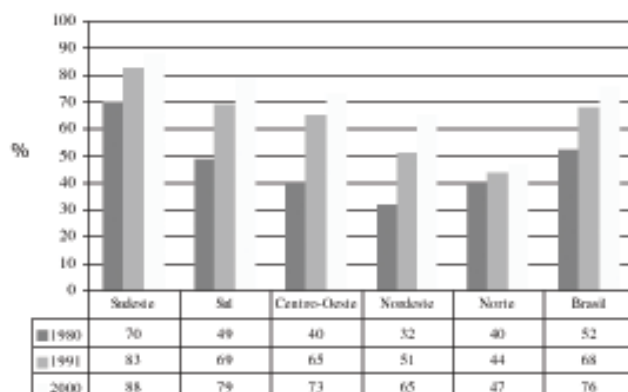
<sup>4</sup> Segundo a lei n. 9394 de 20 de dezembro de 1996 (lei de diretrizes e bases da educação), dos níveis que compõem a educação básica (educação infantil, ensino fundamental e ensino médio), o único cuja oferta é definida como obrigatória é o ensino fundamental.

## O TERRITÓRIO E O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

ços de saneamento básico (Brasil, 2004a). Grande parte dos esgotos não é tratada, a disposição do destino dos resíduos sólidos é inadequada, prejudicando a eficiência das políticas de outros setores, como a saúde e o meio ambiente.

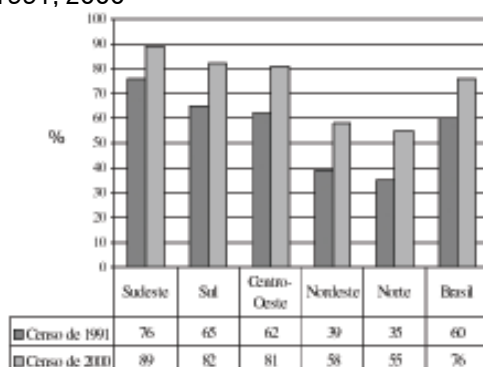
De acordo com os dados dos censos demográficos do IBGE, a proporção da população coberta pela rede pública de abastecimento de água foi ampliada de 52% (1980) para 76% (2000), e pela coleta pública de resíduos sólidos aumentou de 60% (1991) para 76% (2000) (gráficos 4 e 5).

Gráfico 4: Percentual da população com acesso à rede geral de abastecimento de água, segundo a região. Brasil, 1980,1991 e 2000



Fonte: Brasil, 2004a.

Gráfico 5: Percentual da população com acesso à coleta pública de lixo, segundo a região. Brasil, 1991, 2000

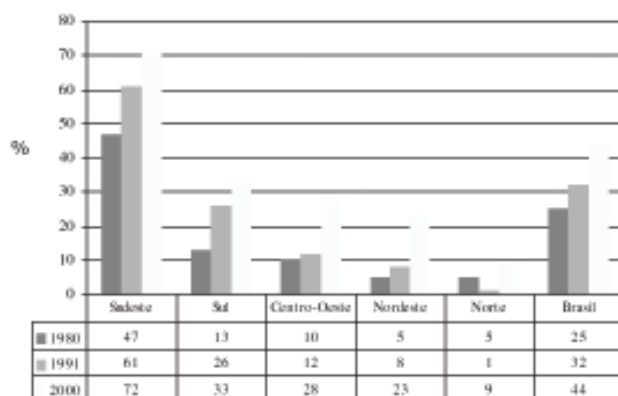


Fonte: Brasil, 2004a.

## ANÁLISE DA SITUAÇÃO DE SAÚDE (...)

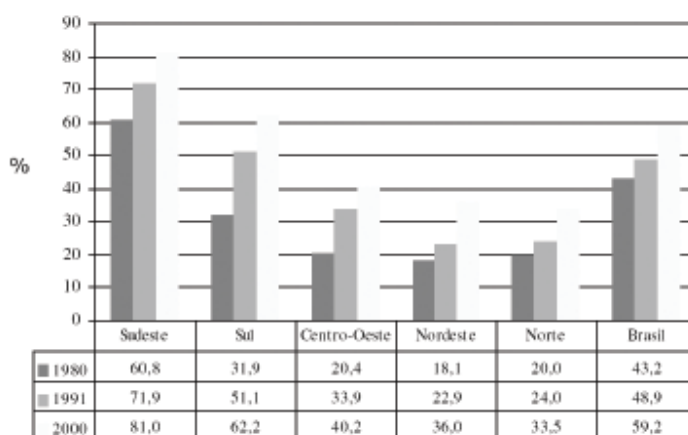
O aumento da população coberta pela rede pública de esgotamento sanitário foi de quase 100% no período, passando de 25% (1980) para 44% (2000). Se considerada a fossa séptica, a cobertura era de 44% em 1980, aumentando para 59% em 2000 (gráficos 6 e 7).

Gráfico 6: Percentual da população com acesso à rede geral de instalação sanitária, segundo a região. Brasil, 1980, 1991 e 2000



Fonte: Brasil, 2004a).

Gráfico 7: Percentual da população com acesso à rede geral de instalação sanitária e fossa séptica, segundo a região. Brasil, 1980, 1991 e 2000



Fonte: Brasil, 2004a.

## O TERRITÓRIO E O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

Apesar dos avanços no acesso da população ao saneamento básico, persistem as insuficiências de cobertura, podendo ser observadas profundas desigualdades regionais na distribuição dos serviços. Enquanto a cobertura dos serviços de abastecimento de água e de coleta de resíduos sólidos já atende a mais de 75% da população, a cobertura dos serviços de esgotamento sanitário ainda se encontra distante da universalização. É principalmente nas periferias das grandes e médias cidades que este problema se revela, estando diretamente relacionado com uma incidência de doenças de pele, gastroenterites e proliferação de vetores.

### **Acesso aos Serviços de Saúde**

Embora ainda existam importantes limitações, o acesso aos serviços de saúde tem apresentado uma melhoria expressiva em vários indicadores. De acordo com os dados da Pesquisa Nacional de Amostras por Domicílio (PNAD), de 2003, 79,3% da população têm serviço de saúde de uso regular, contra 71,2% em 1998. O serviço de uso regular mais comum em 2003 foi o posto de saúde. Sua participação relativa cresceu entre a PNAD 1998 (41,8%) e a PNAD 2003 (52,4%) (Brasil, 2003a).

As iniquidades podem ser percebidas quando são examinados alguns serviços específicos e as condições de renda e escolaridade: do total da população brasileira, 15,9% nunca fizeram consulta ao dentista. Esse percentual chega a 31% nas famílias com renda de até 1 salário mínimo, e é de apenas 3% entre as famílias com renda superior aos 20 salários mínimos. Entre as mulheres de 50 anos e mais, apenas 50,3% referiram já ter se submetido a um exame de mamografia. Se analisada a escolaridade, percebe-se uma grave desigualdade: enquanto 68,1% das mulheres que possuem 15 anos ou mais de estudo já fizeram este exame, entre as mulheres sem escolaridade este índice é de apenas 24,3%.

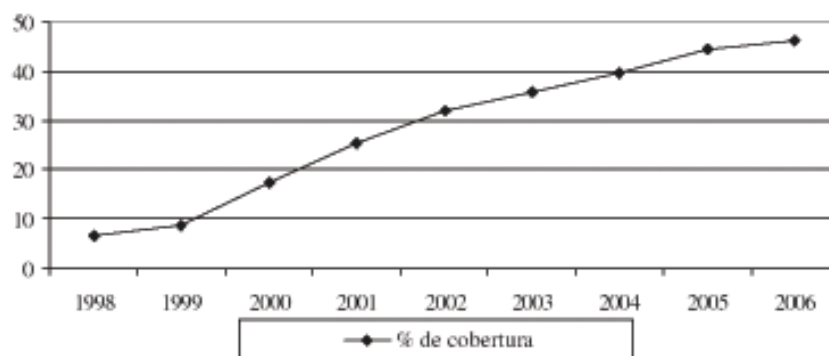
Do total de mulheres de mais de 24 anos de idade, 78,1% foram submetidas a exame preventivo de câncer de colo de útero. Ou seja, uma em cada cinco mulheres nunca o fizeram. Quando essa informação é associada à escolaridade, evidencia-se a diferença no acesso: enquanto 93,1% das mulheres com 15 anos ou mais de estudos fizeram o preventivo, entre as mulheres sem escolaridade, apenas 55,8% o realizaram.

## ANÁLISE DA SITUAÇÃO DE SAÚDE (...)

A distribuição de médicos e enfermeiros ainda apresenta grande concentração nas regiões Sudeste e Sul do país. Enquanto a região Sudeste destacou-se com uma razão de 13,2 médicos empregados por 10 mil habitantes, na região Norte esta proporção era de 2,6. Da mesma forma, na região Sudeste foi encontrada uma razão de 5,1 enfermeiros por 10 mil habitantes, ao passo que na região Norte essa proporção diminuiu para 2,3 (Rais/MTE/Nescon-UFMG apud Brasil, 2004a).

Sem dúvida nenhuma, o aumento da cobertura populacional do Programa de Saúde da Família tem proporcionado uma mudança significativa nas características do acesso e na atenção à saúde em nosso país. De acordo com as informações disponibilizadas no endereço eletrônico do Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Atenção à Saúde – DAB/SAS/MS, em janeiro de 2007, a população coberta por equipes de Saúde da Família implantadas era de 86.200.000 – em torno de 46,2% da população brasileira (gráficos 8 e 9), contando com a atuação de 26.700 equipes, em mais de 5.100 municípios ([www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br)).

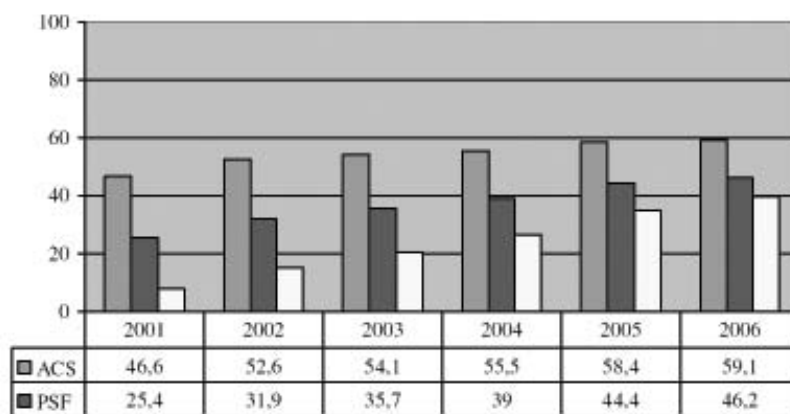
Gráfico 8 – Cobertura populacional do Programa Saúde da Família. Brasil, 1998-2006



Fonte: Brasil, 2007c.

## O TERRITÓRIO E O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

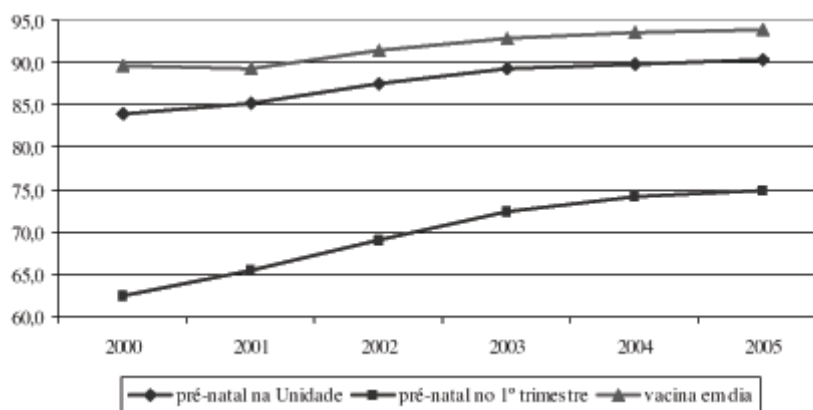
Gráfico 9: Evolução da cobertura populacional (%), Programa Saúde da Família e Equipes de Saúde Bucal. Brasil, 2001-2006



Fonte: Brasil, 2007c.

Essa expansão tem reflexo em diversos indicadores da atenção básica. A presença das equipes de saúde da família junto à população tem garantido modificações importantes no acesso de gestantes ao pré-natal, principalmente no início da gravidez (Gráfico 10).

Gráfico 10 – Proporção de gestantes acompanhadas pelos ACS nas áreas cobertas pelo Programa Saúde da Família. Brasil, 2000-2005



Fonte: Brasil 2003b, 2003c, 2003d, 2004c, 2005b, 2005c.



## ANÁLISE DA SITUAÇÃO DE SAÚDE (...)

### **O Quadro de Morbimortalidade Brasileiro**

As transformações históricas e sociais que a sociedade brasileira vem atravessando têm repercutido na produção e distribuição dos problemas de saúde. Nas últimas décadas, o Brasil vem apresentando um novo perfil epidemiológico, bem mais complexo do que aquele esperado pelos autores da teoria da 'transição epidemiológica' (Frederiksen apud Barreto & Carmo, 2000; Omran apud Barreto & Carmo, 2000), segundo a qual, a evolução da sociedade tradicional para uma sociedade moderna seria acompanhada da redução da morbimortalidade por doenças infecciosas, passando a haver um predomínio das doenças crônico-degenerativas e de causas externas. Este processo de modificação nos padrões se daria em estágios sucessivos, definidos pelo grau de incorporação de novas tecnologias: a idade das pestilências e da fome, a idade do declínio das pandemias e a idade das doenças degenerativas e criadas pelo homem.

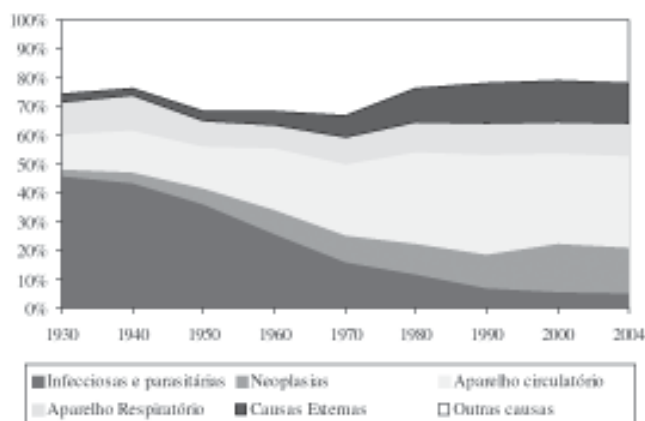
A crítica a essa teoria denunciou o caráter neo-evolucionista da modernização contido em sua fundamentação conceitual, apontando o sentido linear e unidirecional que seria assumido pela transição, sem considerar-se as características do desenvolvimento econômico e social, as formas de organização das sociedades e a constituição das políticas sociais (Barreto & Carmo, 2000).

Em nosso país, segundo diversos autores (Rouquayrol & Almeida Filho, 1999; Barreto & Carmo, 2000), esse processo adquiriu características de uma 'transição incompleta'. Há que se reconhecer uma 'simultaneidade' de problemas: são epidemiologicamente relevantes tanto as enfermidades com origem na escassez e na pobreza absoluta quanto aquelas associadas ao processo de 'modernização' da sociedade, como as neoplasias, as doenças circulatórias e as causas externas.

Ainda que tenha sido observada uma queda na mortalidade das doenças infecciosas, para muitas destas o quadro de morbidade se manteve estável ou se acentuou. As doenças cardíacas, as neoplasias e as mortes violentas passaram a ser responsáveis por cerca de 60% dos óbitos (Gráfico 11).

## O TERRITÓRIO E O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

Gráfico 11: Brasil, mortalidade proporcional por grupos de causas definidas entre 1930 e 2004.



Fonte: Silva Junior et al. apud Rouquayrol & Almeida Filho, 2003.

De acordo com o Ministério da Saúde (Brasil, 2004a), a mudança do perfil epidemiológico do Brasil, nos últimos vinte anos, pode ser expressa pela permanência das doenças do aparelho circulatório como principal causa de morte, pela diminuição da importância das doenças infecciosas e parasitárias e, principalmente, pelo crescimento das neoplasias e das causas externas. Foram observadas melhoras marcantes em alguns indicadores de saúde, como a redução da mortalidade infantil e de doenças infecciosas e parasitárias, a tendência de redução do risco de morte pela doença isquêmica do coração e cerebrovascular, a tendência de redução da mortalidade por câncer de pulmão em homens com idade até 64 anos, além de, em algumas regiões, ter ocorrido estabilização do risco de mortalidade por câncer do colo de útero e redução do risco de mortalidade por acidentes de transporte terrestre.

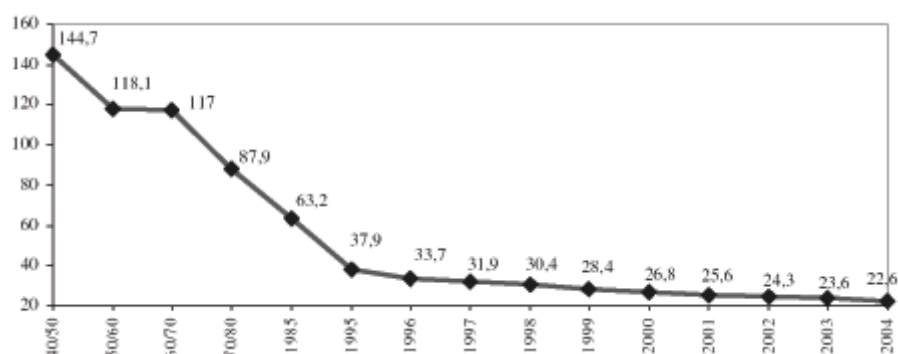
Por outro lado, o risco de morte por câncer de mama apresentou tendência crescente. A mortalidade materna, apesar da redução aparente, continua alta e subnotificada. A gravidez na adolescência vem crescendo, especialmente nas regiões menos desenvolvidas; as consultas de pré-natal aumentaram, mas as iniciativas para a redução das cesarianas, implementadas em anos recentes, não mostraram impacto significativo, sugerindo ser este um problema mais complexo e que não pode ser impactado apenas com portarias de regulamentação (Brasil, 2004a).

## ANÁLISE DA SITUAÇÃO DE SAÚDE (...)

### Mortalidade Infantil

As taxas de mortalidade infantil vêm declinando no Brasil desde o início do século XX (Gráfico 12). Tradicionalmente utilizado na saúde pública para comparação dos níveis de saúde entre países, esse indicador reflete as condições de vida de uma população, dado que a criança com menos de um ano é extremamente sensível às condições socioeconômicas e ambientais. É importante lembrar que o sub-registro de nascimentos e de óbitos, a definição de nascido vivo e erros de preenchimento induzem a freqüentes distorções na sua composição.

Gráfico 12: Evolução da taxa da mortalidade infantil – Brasil, 1940-2004



Fonte: Simões & Monteiro, 2000 (1940-1985); Brasil, 2006c (1995-2004)

De acordo com a Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (SVS/MS), tem ocorrido um progressivo aperfeiçoamento dos sistemas de informação que fornecem dados para o cálculo da Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) – o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc) –, resultando em crescente cobertura e melhora da qualidade. Entretanto, ainda existem problemas de qualidade e de cobertura, principalmente nas regiões Norte e Nordeste (Brasil, 2006d).

Considerando que o país atravessou diferentes períodos de estagnação econômica, inflação descontrolada e deterioração da distribuição de renda, a queda observada não parece estar associada a mudanças na renda familiar. As hipóteses mais plausíveis para essa redução apontam para a extensão da co-

## O TERRITÓRIO E O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

bertura dos serviços de saúde, educação e saneamento – progresso facilitado pela queda da fecundidade observada a partir da década de 1970 (Monteiro, 2000) – e para a implantação de programas e ações voltadas para a saúde da mulher e da criança, como a atenção ao pré-natal, o incentivo ao aleitamento materno, o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, a terapia de reidratação oral e o aumento da cobertura vacinal (Brasil, 2006d).

Embora os indicadores evidenciem uma diminuição significativa da mortalidade infantil no país, e mesmo considerando que a maior redução proporcional no período 2000-2004 tenha sido observada no Nordeste (18%), ainda persistem graves diferenças regionais. De acordo com os dados da SVS/MS, em 2004, todos os estados do Sul, Sudeste e Centro-Oeste apresentaram taxas inferiores à média nacional (22,6 óbitos para cada mil nascidos vivos), enquanto que nas regiões Nordeste e Norte (à exceção do estado de Rondônia e Roraima), as taxas se situaram acima da média (Tabela 6). As maiores taxas são verificadas nos estados de Alagoas (47,1), Pernambuco (37,6), Paraíba (37,6) e Maranhão (35,2). A menor taxa foi encontrada no estado de Santa Catarina (13,6).<sup>5</sup>

Tabela 6 – Taxa de mortalidade infantil por regiões. Brasil, 1996-2004

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	Varição 2000/2004
BRASIL	33,7	31,9	30,4	28,4	26,8	25,6	24,3	23,6	22,6	-15,7
Norte	33,7	32,2	31,1	29,8	28,7	27,8	27,0	26,2	25,5	-11,2
Nordeste	53,3	50,4	47,1	44,3	41,4	39,2	37,2	35,5	33,9	-18,0
Sudeste	24,4	23,1	21,6	20,0	18,0	16,8	15,7	15,6	14,9	-17,1
Sul	19,2	17,5	18,7	17,2	17,0	16,4	16,0	15,8	15,0	-12,0
Centro-Oeste	24,3	24,4	23,3	21,9	21,0	20,6	19,3	18,7	18,7	-10,8

Fonte: Brasil, 2006d.

Quando analisados os principais grupos de causas, as afecções originadas no período perinatal representam atualmente o principal contingente

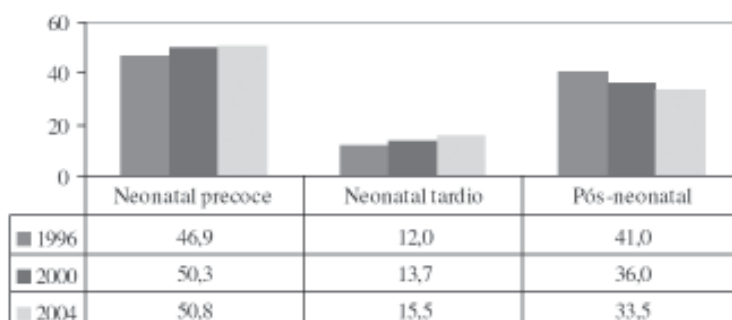
<sup>5</sup> Para verificar a evolução dos indicadores de mortalidade infantil no período 1996-2004 em cada estado, sugerimos o acesso ao endereço eletrônico da SVS e a consulta à versão em pdf da publicação *Saúde Brasil 2006: uma análise da desigualdade em saúde*, capítulo 7 (Mortalidade Infantil: determinantes e desigualdade – Brasil, 2006d).

## ANÁLISE DA SITUAÇÃO DE SAÚDE (...)

das mortes no primeiro ano de vida (57%). Seus fatores causais estão intimamente ligados às condições de saúde e nutrição, nível de escolaridade e de vida das mulheres, assim como à qualidade da atenção prestada durante o pré-natal, parto e assistência ao nascimento (Brasil, 2005a). Quanto menor o número de consultas pré-natal, maior o risco de óbito infantil com relação a quem fez sete ou mais consultas, em todas as faixas de peso. O percentual de mães que referem sete ou mais consultas cresce na medida em que a faixa etária da mãe aumenta.

Analisando as faixas de idade,<sup>6</sup> observou-se uma mudança na distribuição interna dos componentes da mortalidade infantil no período 1996-2004, ocorrendo, por um lado, aumento do componente neonatal precoce; por outro, uma redução no componente pós-neonatal (Gráfico 13).

Gráfico 13: Distribuição do percentual dos óbitos infantis segundo os grupos de idade. Brasil, 1996, 2000, 2004



Fonte: Brasil, 2006d.

De acordo com Kerr-Pontes e Rouquayrol (1999), quanto melhor é o nível de saúde de um país tanto menor é a proporção de óbitos pós-neonatais, mais sensível às condições socioeconômicas e ambientais. A mortalidade infan-

<sup>6</sup> A mortalidade infantil pode ser avaliada através de seus componentes neonatais e pós-neonatais. A faixa neonatal divide-se entre neonatal precoce (óbitos ocorridos do sexto dia de vida) e neonatal tardio (óbitos ocorridos entre do sétimo ao vigésimo sétimo dia de vida). A mortalidade infantil pós-neonatal, por sua vez, diz respeito aos óbitos ocorridos do 28º dia até o 12º mês, antes de a criança completar o primeiro ano de idade.

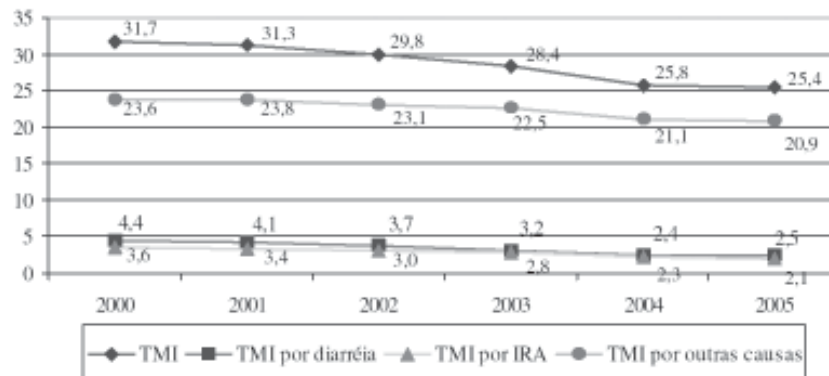
## O TERRITÓRIO E O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

til neonatal é de controle mais difícil e complexo. As causas mais comuns de óbito neonatal são as afecções originadas no período perinatal e as mal-formações congênitas, enquanto nos óbitos pós-neonatais as principais causas são as doenças infecciosas e parasitárias e também as doenças do aparelho respiratório (Brasil, 2006d).

É possível verificar que a taxa de mortalidade infantil se eleva quando considerados alguns determinantes e condicionantes, como por exemplo, a situação rural do domicílio, a diminuição da renda familiar e a diminuição da escolaridade da mãe. Do mesmo modo, segundo os dados de recente estudo do Ministério da Saúde (Brasil, 2006c, 2006d), a desigualdade racial também se expressa através do acesso aos serviços de saúde, uma vez que mães indígenas e negras<sup>7</sup> referem um menor número de consultas de pré-natal. Evidentemente que o fator raça/cor não é o único responsável pela diferença de acesso aos serviços de pré-natal. É certo que condições socioeconômicas, tais como renda e escolaridade, ajudam a explicar essa diferença.

Nos últimos anos, o declínio da mortalidade infantil também foi favorecido pela expansão do PSF, que vem acumulando resultados positivos na prevalência de aleitamento materno e na redução da desnutrição infantil (gráficos 14 e 15).

Gráfico 14: taxa de mortalidade infantil nas áreas cobertas pelo Programa Saúde da Família, 2000-2005

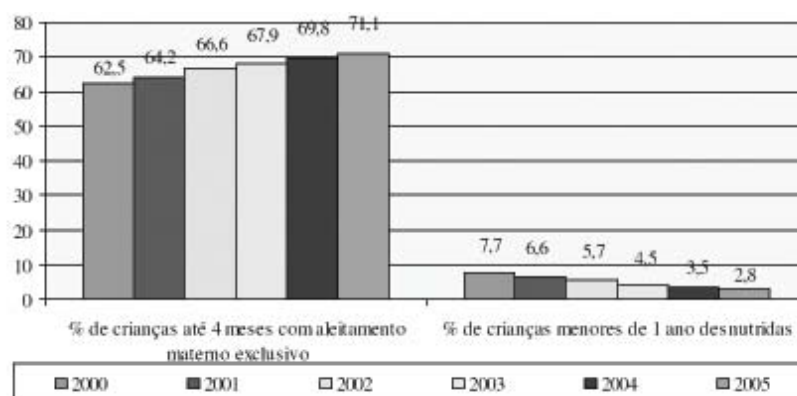


Fonte: Brasil, 2003b, 2003c, 2003d, 2004c, 2005b, 2005c.

<sup>7</sup> O Ministério da Saúde adota a definição utilizada pelo IBGE: a população negra corresponde a pretos e pardos (Brasil, 2006c).

## ANÁLISE DA SITUAÇÃO DE SAÚDE (...)

Gráfico 15 – Prevalência de aleitamento materno exclusivo e desnutrição infantil, nas áreas cobertas pela Saúde da Família – Brasil, 2000-2005



Fonte: Brasil, 2003b, 2003c, 2003d, 2004b, 2005b, 2005c.

### Doenças Não-Infeciosas

As doenças não transmissíveis foram responsáveis por mais de 60% dos óbitos notificados em 2004.

Sabe-se que a hipertensão, o colesterol alto, o excesso de peso, a inatividade física, o tabagismo e o alcoolismo estão entre os principais fatores de risco para a maior parte destas doenças. O ritmo acelerado e o *stress* da vida nas grandes cidades, as tensões do mundo do trabalho – competitividade alta, subemprego e desemprego – e as barreiras econômicas e culturais para uma alimentação equilibrada têm tornado inquestionável a tendência de crescimento das doenças não-infecciosas no país, sinalizando um quadro de difícil enfrentamento.

De acordo com os dados do Ministério da Saúde, em 2004, o principal grupo de causas de morte no Brasil, em todas as regiões e para ambos os sexos, foram as doenças do aparelho circulatório. Compõem este grupo, as doenças hipertensivas, as doenças cerebrovasculares, as doenças isquêmicas do coração, o infarto agudo do miocárdio, as doenças reumáticas e demais doenças circulatórias.

## O TERRITÓRIO E O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

### Neoplasias

Segundo publicação recente do Instituto Nacional do Câncer (Inca), em 2004 as neoplasias foram a segunda causa de morte entre as mulheres (15,1%) ficando atrás apenas das doenças circulatórias, e a terceira causa de morte entre os homens (12,8%), depois das circulatórias e das causas externas (Brasil 2006b).

O impacto da globalização econômica sobre as sociedades contemporâneas, redefinindo padrões de trabalho, nutrição e consumo, assim como o envelhecimento populacional, tem sido indicado como responsável pelo aumento da incidência das doenças crônico-degenerativas, como as cardiovasculares e o câncer.

No entanto, no Brasil, o aumento da prevalência de cânceres associados ao melhor nível econômico – mama, próstata e cólon/reto – é observado simultaneamente à elevação das taxas de incidência de tumores geralmente associados à pobreza – colo do útero, pênis, estômago e cavidade oral.

Segundo o estudo, ainda não existem dados que permitam compreender a vulnerabilidade de determinados grupos à doença, sendo que seu aparecimento está vinculado tanto a condições genéticas quanto a condições determinadas pelo modo de vida e o ambiente. Dentre os principais fatores de risco reconhecidos pelos pesquisadores, figuram o tabagismo e o álcool, a obesidade e o sedentarismo, infecções sexualmente transmissíveis, riscos ambientais (poluição do ar, exposição profissional a agentes cancerígenos, radiação solar) e contaminação venosa pelo vírus de hepatite B e C (Radis, 2006).

Entre os homens, observa-se um crescimento das taxas ajustadas de câncer de pulmão, de próstata e de estômago e uma diminuição para o câncer de estômago – há 25 anos, a principal causa de morte por câncer masculino. Já entre as mulheres, constata-se o crescimento das taxas ajustadas para câncer de mama, pulmão e intestino, e uma diminuição para o câncer de estômago, assim como entre os homens. Do total de 472.050 casos novos estimados para 2006, o câncer de pele não-melanoma (116 mil casos novos) é o mais incidente na população brasileira, seguido pelos tumores de mama feminina (49 mil), próstata (47 mil), pulmão (27 mil), cólon e reto (25 mil), estômago (23 mil) e colo do útero (19 mil).



## ANÁLISE DA SITUAÇÃO DE SAÚDE (...)

Ainda que se tenha obtido grandes êxitos na prevenção (combate ao tabagismo, programas de saúde da mulher) e na assistência (diagnóstico precoce, avanços terapêuticos), o grande desafio para o SUS, diante de um cenário de crescimento dos casos, consiste na constituição de uma rede capaz de prover o acesso universal ao cuidado em todos os níveis, bem como de serviços adequados para o tratamento dos pacientes com câncer em todas as regiões, ou seja, a efetiva implantação da Política Nacional de Atenção Oncológica, criada pela Portaria 2.349, de dezembro de 2005.

### **Causas Externas: violência e acidentes de trânsito**

Os acidentes e violências vêm ganhando cada vez mais importância no perfil epidemiológico do nosso país. Em 1930, as causas externas ocupavam a sexta posição da classificação de mortes por causas definidas da população brasileira, representando 2,6% dos óbitos, passando a ocupar o terceiro lugar entre todos os óbitos com causas conhecidas em 2002 (14,9% dos óbitos totais).

Na faixa de idade de maiores de 1 a 44 anos de idade, esses eventos representam a primeira causa de morte e nas internações hospitalares, na faixa etária de 10 a 29 anos, as causas externas representam a segunda maior causa de morbidade hospitalar. São principalmente os homicídios e os acidentes de transportes terrestres os grandes responsáveis por essas altas taxas de morbimortalidade.

Existe um grande diferencial deste problema de saúde pública, segundo sexo. De um total de 126.550 óbitos por acidentes e violências notificados ao SIM do Brasil em 2002, 106.714 (84,4%) ocorreram entre homens e 19.718 (15,6%) entre mulheres. Entre todos as causas de óbitos ocorridos em 2002, os acidentes e violências estão entre as que mais apresentam diferenças entre homens e mulheres, na razão de 5,4 óbitos masculinos para cada óbito feminino.

Os diferenciais segundo idade também são extremamente relevantes. Jovens na faixa etária de 15 a 29 anos são os mais vitimados. Entre as vítimas na faixa etária de 5 a 14 anos têm destaque as mortes ocorridas por acidentes de transporte terrestre (ATT), já para a faixa etária de 15 a 39 anos têm maior importância às agressões (homicídios).

## O TERRITÓRIO E O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

Quanto às causas, observa-se que entre os óbitos por acidentes e violências no ano de 2002, 49.695 (39,3%) pessoas morreram devido aos homicídios, 32.753 (25,9%) provocados por ATT e 7.726 (6,1%) por suicídios. Os homicídios apresentam-se em grande concentração na população do sexo masculino, tendo sido responsáveis por 45.775 mortes entre homens, representando 8% de todos os óbitos neste grupo. O suicídio tem importância entre as mulheres na adolescência, em especial na faixa etária de 15 a 19 anos. Entre os homens, essa causa de morte mostra-se relevante na faixa de 20 a 29 anos. Os homicídios e os ATT, em ambos os sexos, são as principais causas de mortes violentas nas faixas etárias de 10 a 24 anos.

A análise de série histórica da mortalidade por homicídios identifica tendência crescente a essa causa de morte em todas as regiões do Brasil.

Em 2004, 127.470 (12,5%) dos óbitos no Brasil foram classificados como causas externas. Desses óbitos, 39,1% (49.852) tiveram como causa a agressão, estabelecendo uma taxa bruta de 27,5 homicídios por 100 mil habitantes. A taxa padronizada<sup>8</sup> aumentou de 14,1 óbitos por agressão para cada 100 mil habitantes, no ano de 1980, para 27,2/100 mil, em 2004. O risco de morte por homicídio quase dobrou no país, aumentando 92,3%.

O risco de morte por causas externas difere segundo o sexo, sendo o segundo grupo de causas de morte para os homens nas regiões Sudeste, Centro-Oeste, Norte e Nordeste. Na região Sul, o segundo grupo de causas de morte para os homens foram as neoplasias. Além disso, o risco de morte por causas externas também difere segundo a raça/cor, sendo maior para os homens pretos e pardos do que para os brancos (Brasil, 2006c, 2006d).

As taxas de homicídios são maiores entre negros do que entre os brancos, especialmente nos municípios de grande porte. Segundo os dados do Ministério da Saúde (Brasil, 2006c, 2006d), nas cidades acima de 500 mil habitantes, os negros possuem um risco duas vezes maior que os brancos, sendo que no Nordeste este risco é sete vezes maior.

No que se refere aos ATT, a partir do ano de 1998, observa-se importante redução no risco de morte por essa causa. Esse declínio é marcadamente identificado entre homens na faixa etária de 30 a 39 anos, das regiões Centro-Oeste, Sul e Sudeste, enquanto nas regiões Norte e Nordeste essa mesma

<sup>8</sup> Em bioestatística e epidemiologia, a padronização é um procedimento básico de compatibilização de diferentes populações para efeito de comparação de indicadores.

## ANÁLISE DA SITUAÇÃO DE SAÚDE (...)

tendência não pôde ser identificada. O ano de 1998 coincide com a implantação do novo *Código de Trânsito Brasileiro* (CTB), que implementou, entre outras medidas preventivas para acidentes, a municipalização do trânsito e penalidades mais rigorosas para as infrações, inclusive com a suspensão do direito de dirigir transportes automotores.

A redução da mortalidade por ATT no ano de 1998 sugere fortemente um impacto positivo dessas medidas induzidas pelo novo CTB no Brasil, com redução do número absoluto de óbitos em comparação ao ano anterior – cerca de 5 mil óbitos.

Entende-se que os acidentes e violências são um dos problemas de saúde pública mais relevantes na atualidade, não apenas por sua magnitude, abrangência e tendências de incremento, mas também por sua vulnerabilidade a medidas de intervenção e por suas repercussões em diversas áreas da sociedade.

### **Doenças Infecciosas**

Na década de 1930, as doenças transmissíveis eram a principal causa de morte no país, respondendo a mais de um terço dos óbitos registrados. Esse quadro se alterou significativamente mediante as melhorias sanitárias, o desenvolvimento de novas tecnologias – vacinas, antibióticos, recursos diagnósticos –, a ampliação do acesso aos serviços de saúde e a adoção de medidas de controle específicas (Brasil, 2004a). que se observe uma expressiva redução na mortalidade (46% no período de 1980-2001), as doenças infecciosas e parasitárias continuam a produzir um impacto importante no quadro de adoecimento no país, constituindo-se na terceira maior causa de morte em crianças com menos de 1 ano e de 1 a 4 anos de idade.

Apesar dos avanços do SUS, o enfrentamento destas doenças não tem encontrado êxito somente com o uso isolado das tecnologias médicas. Uma análise mais ampla permite situar nas iniquidades sociais grande parte de suas raízes. Quando analisada a associação entre mortalidade por doenças infecciosas e raça, é possível perceber graves diferenças. Segundo o Ministério da Saúde, “o risco de uma criança preta ou parda morrer antes dos cinco anos de idade por causas infecciosas e parasitárias é 60% maior que o de uma criança branca” (Brasil, 2006c). Evidentemente, o risco aqui atribuído não se refere ao atributo biológico especifi-

## O TERRITÓRIO E O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

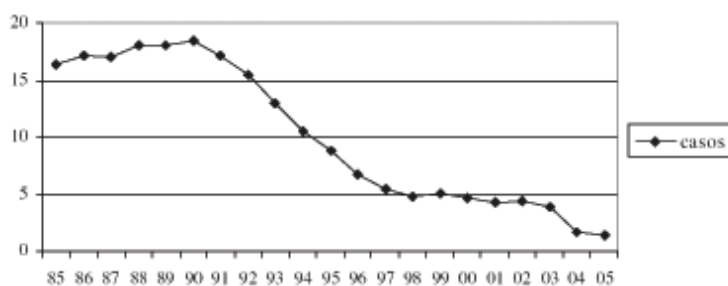
co, mas antes à condição de classe na qual a maioria da população de afro-descendentes brasileira se encontra.

De acordo com os dados fornecidos pela SVS, a situação das doenças transmissíveis no Brasil apresenta um quadro complexo, que pode ser resumido em três grandes tendências: doenças transmissíveis com tendência descendente, doenças transmissíveis com quadro de persistência e doenças transmissíveis emergentes e reemergentes (Brasil, 2004a).

A disposição de instrumentos eficazes de prevenção e controle tem sido fundamental nos êxitos obtidos pelo sistema de saúde na erradicação e controle de determinadas doenças. A varíola está erradicada desde 1978, e a poliomielite está com interrupção da transmissão autóctone<sup>9</sup> desde 1994. O sarampo, a raiva transmitida por animais domésticos, a rubéola congênita e o tétano neonatal estão em vias de erradicação. Entre as doenças infecciosas que apresentam um quadro de franca redução na incidência, estão a difteria, a coqueluche, a rubéola, o tétano acidental (todas imunopreveníveis), a doença de Chagas, a hanseníase (endêmicas) e a febre tifóide. Oncocercose, filariose e peste também se encontram em áreas de ocorrência restrita.

A hanseníase, considerada uma das doenças mais antigas da humanidade e que carregou por muito tempo o estigma da exclusão de seus portadores do meio social, ainda se apresenta como um problema de saúde relevante no Brasil. A diminuição significativa de sua prevalência nos últimos anos aproxima o país da meta de eliminação proposta pela Organização Mundial da Saúde (OMS) – redução para menos de um caso por 10 mil habitantes até 2010 (Gráfico 16).

Gráfico 16: Situação da prevalência da hanseníase no Brasil, 1985-2005



Fonte: Brasil, 2007b.

<sup>9</sup> Caso de doença que teve origem dentro dos limites do lugar em referência ou investigação. Em sentido contrário, o caso alóctone refere-se àquele que adquiriu a doença em outra região de onde emigra ou esteve ocasionalmente – caso importado (Rouquayrol & Almeida Filho, 1999).

## ANÁLISE DA SITUAÇÃO DE SAÚDE (...)

A manutenção da incidência em torno de 40.000 casos novos/ano, ainda que cause preocupação, também indica a melhoria na detecção de casos novos, fator importante para reduzir a possibilidade de que casos não diagnosticados e tratados continuem alimentando a cadeia de transmissão da doença.

As principais estratégias definidas pelo Ministério da Saúde, no âmbito do Programa Nacional de Eliminação da Hanseníase, referem-se à sua integração com a atenção básica, tornando mais acessível o diagnóstico e o tratamento (Brasil, 2004a, 2007):

- Atualização dos dados, considerada essencial para a interpretação válida e confiável da magnitude e dos níveis endêmicos da hanseníase nas diferentes regiões do Brasil e da distribuição racional de medicamentos;
- Diagnóstico dos casos na fase inicial da doença e tratamento com poliquimioterapia padrão OMS (PQT/OMS), a fim de garantir a redução da taxa de prevalência até a eliminação, através da cura dos pacientes e da interrupção da cadeia de transmissão pessoa a pessoa;
- Redução da carga social da doença, através da detecção precoce para diminuição de casos detectados com incapacidades físicas, além do tratamento adequado de incapacidades já instaladas.

O trabalho dos ACS é extremamente relevante neste contexto. A identificação precoce dos casos, o acesso imediato ao tratamento e o acompanhamento dos contatos, entre outras ações, poderá garantir a eliminação futura da doença no Brasil.

Outras doenças transmissíveis têm apresentado um quadro de persistência, o que torna necessário o fortalecimento de novas estratégias, com maior integração entre as áreas de prevenção e controle e a rede assistencial, já que o principal foco da ação nesse conjunto de doenças está voltado para o diagnóstico e o tratamento das pessoas doentes, visando à interrupção da cadeia de transmissão.

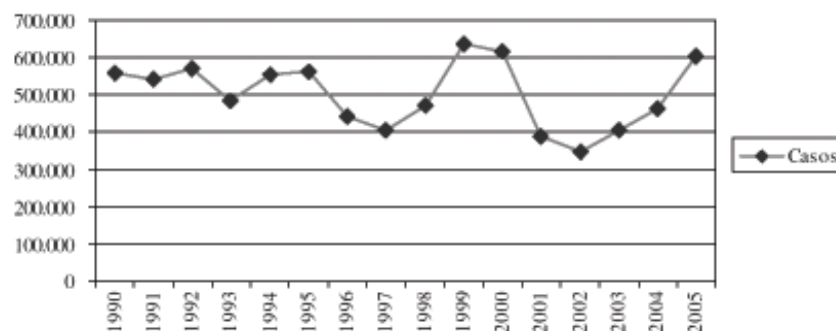
É importante também enfatizar a necessidade de ações multissetoriais para a prevenção e o controle desse grupo de doenças, já que grande parte das razões para a endemicidade reside em processos externos ao setor saúde – urbanização acelerada sem adequada infra-estrutura urbana, alte-

## O TERRITÓRIO E O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

rações do meio ambiente, desmatamento, ampliação de fronteiras agrícolas, processos migratórios, grandes obras (rodovias e hidroelétricas) (Brasil, 2004a). Nesse grupo encontram-se a malária, a tuberculose, as meningites, a leishmaniose visceral e a leishmaniose tegumentar americana, a febre amarela silvestre, as hepatites virais, a esquistossomose, a leptospirose e os acidentes com animais peçonhentos.

A malária, endêmica em toda a região da Amazônia brasileira, desde a década de 1980 vem registrando uma média de 500.000 casos anuais (gráficos 17 e 18). O aumento recente dos casos tem sido atribuído em grande parte à intensa e desordenada ocupação das periferias de cidades como Manaus, Porto Velho e Cruzeiro do Sul, municípios que concentram 26% de todos os casos da Amazônia Legal. Aspectos socioeconômicos, como o desmatamento para extração de madeira e expansão da fronteira agrícola; o deslocamento de grupos populacionais para o interior das florestas decorrente da valorização de produtos das atividades extrativistas; o intenso processo de assentamento rural; e fatores ambientais, como a variação de índices pluviométricos, também têm sido relacionados ao incremento da doença.

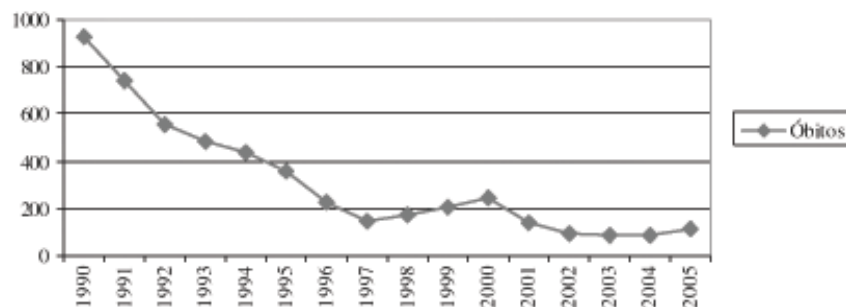
Gráfico 17: Brasil, casos de malária, 1990-2005



Fonte: Brasil, 2007b.

## ANÁLISE DA SITUAÇÃO DE SAÚDE (...)

Gráfico 18: Brasil, óbitos de malária 1990-2005



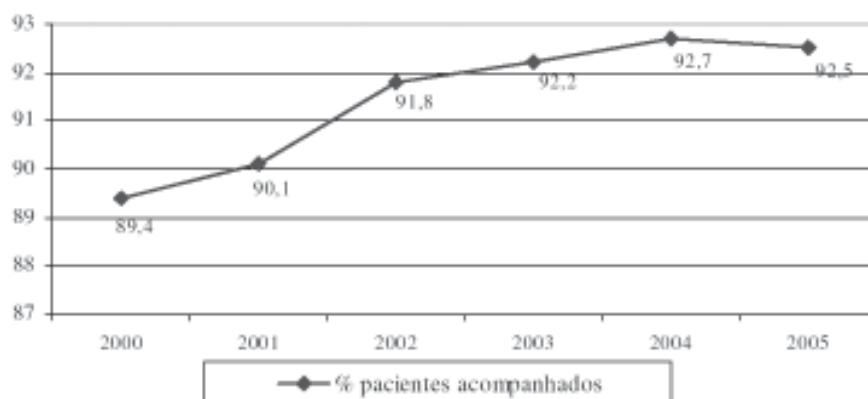
Fonte: Brasil, 2007b.

A tuberculose, por sua vez, registra uma média de 85.000 casos novos a cada ano no país. Entre os principais motivos para a persistência da doença no Brasil são apontados o adensamento populacional nas periferias das grandes cidades, geralmente destituídas de condições sanitárias adequadas, o longo tempo necessário para o tratamento e a sua associação com a Aids.

No Brasil, cerca de 25% dos casos de Aids apresentam a tuberculose como doença oportunista (Brasil, 2004a). De acordo com o Ministério da Saúde, o risco de se ter a doença é 1,8 vezes maior entre os homens e aumenta conforme a idade (73% das mortes por tuberculose em 2003 foram do sexo masculino). Entre os desafios postos ao SUS para diminuição de sua incidência estão a ampliação da detecção de casos, a elevação da taxa de cura e, principalmente, a redução da taxa de abandono. O PSF, pela capacidade ampliada de construção de vínculos com a população e de monitoramento efetivo dos pacientes, é um vetor estratégico na garantia da continuidade do tratamento.

## O TERRITÓRIO E O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

Gráfico 19: Proporção de portadores de tuberculose acompanhados nas áreas de cobertura do PSF. Brasil, 2000-2005



Fonte: Brasil, 2003b, 2003c, 2003d, 2004b, 2005b, 2005c.

No último grupo, as doenças emergentes e reemergentes desafiam o país a produzir conhecimento, tecnologias e estratégias para seu controle. Foram introduzidas ou ressurgiram no país nas últimas duas décadas. Destacam-se o surgimento da Aids no início da década de 1980; a reintrodução da cólera, a partir do Peru, em 1991; e a epidemia de dengue, que passou a constituir-se no final da década de 1990 em uma das maiores prioridades de saúde pública no continente e no país.

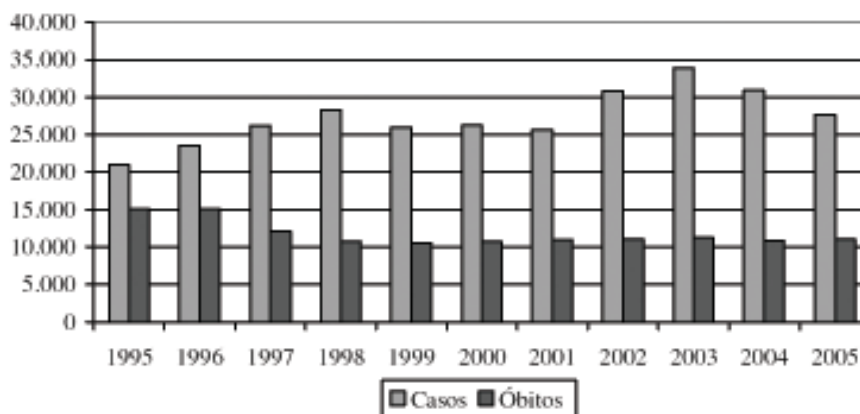
Em linhas gerais, doenças emergentes são doenças novas, desconhecidas da população. São causadas por vírus ou bactérias nunca antes descritos ou por mutação de um vírus já existente. Também é possível que sejam causadas por um agente que só atingia animais e que agora afeta também seres humanos.

Dentro desse conceito, a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids) aparece como a mais importante doença emergente. Até o início da década de 1980, era completamente desconhecida no mundo. Hoje é tida como a mais nova pandemia da era atual. O crescimento na sua incidência foi observado até 1998, quando foram registrados 25.732 casos novos, com um coeficiente de incidência de 15,9 casos/100.000 habitantes. A partir de então verificou-se uma desaceleração nas taxas de incidência de Aids no país (Gráfico 20).



## ANÁLISE DA SITUAÇÃO DE SAÚDE (...)

Gráfico 20: Casos novos e óbitos de Aids. Brasil, 1995-2005



Fonte: Brasil, 2007b.

Desde a década de 1990, verifica-se uma tendência de heterossexualização, feminização, envelhecimento e pauperização da epidemia, aproximando-a cada vez mais do perfil socioeconômico do brasileiro médio (Brasil, 2004a) bem como de crescimento de casos novos nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste e de diminuição em todos os estados da região Sul, que apresentava as taxas de incidência mais elevadas.

Preocupante é a crescente incidência da Aids na faixa etária de 13 a 19 anos, em adolescentes do sexo feminino. Tal fato é explicado pelo início precoce da atividade sexual em relação aos adolescentes do sexo masculino, normalmente entre homens com maior experiência sexual e mais expostos aos riscos de contaminação por doenças sexualmente transmissíveis, incluindo nesta categoria a Aids.

Quanto às principais categorias de transmissão entre os homens, as relações sexuais respondem por 58% dos casos de Aids, com maior prevalência nas relações heterossexuais, que é de 24%. Além disso, preocupação crescente se dá em torno da transmissão por meio do uso de drogas injetáveis – responsável por elevados índices de infecção pelo HIV em alguns municípios do país.

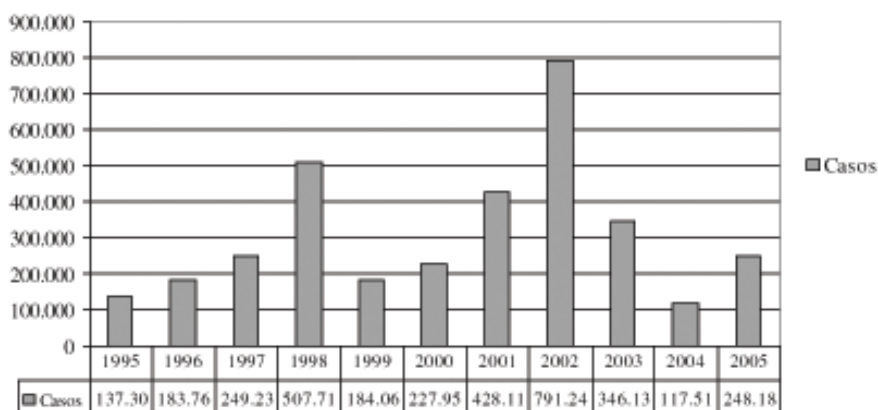
Entre as mulheres, a transmissão do HIV também se dá predominantemente pela via sexual (86,7%). As demais formas de transmissão, em ambos os sexos, de menor peso na epidemia, são: transfusão, transmissão materno-infantil ou ignoradas pelos pacientes.

## O TERRITÓRIO E O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

O termo emergente também pode ser utilizado para descrever quando uma doença atinge uma região antes indene, ou seja, onde até então nunca havia sido detectado caso da moléstia. Um exemplo claro é o da hantavirose.<sup>10</sup> Em 2004 foram notificados trinta casos da doença no Distrito Federal. A hantavirose já tinha sido detectada em outros estados do país, como em São Paulo e Paraná, mas nunca no Distrito Federal.

Já as doenças reemergentes são aquelas já conhecidas e que foram controladas, mas voltaram a apresentar ameaça para a saúde humana. A dengue ilustra bem esse conceito. Até a reintrodução do *Aedes aegypti* no país, em 1967, a doença chegou a ser considerada erradicada. Porém, a partir da década de 1980 foi registrada uma série de surtos, o maior deles em 2002, quando foram notificados quase 800 mil casos da doença (Gráfico 21 – Brasil, 2007b).

Gráfico 21: Casos notificados de dengue. Brasil, 1995-2005



Fonte: Brasil, 2007b.

Dentre os principais fatores que têm contribuído para a disseminação da dengue no país estão a dificuldade em erradicar um mosquito domiciliado, a extensão geográfica dos vetores, a urbanização não-planejada, o aquecimento global, as variações virais (Torres, 2005), bem como a descontinuidade das ações

<sup>10</sup> As hantaviruses são infecções causadas por vírus cujo principal reservatório são os roedores silvestres. De alta letalidade (44,5%), a doença apresenta duas formas clínicas principais, a renal e a cardiopulmonar. Faz-se presente em quase todos os países da América do Norte e do Sul. Os primeiros casos no Brasil foram detectados em 1993, em São Paulo (Brasil, 2004a).

## ANÁLISE DA SITUAÇÃO DE SAÚDE (...)

de controle implementadas, provocada pela substituição maciça de agentes nas transições dos governos municipais (Brasil, 2006c).

A recente introdução no país de um novo sorotipo – o DEN 3 –, para o qual uma grande parcela da população ainda permanece suscetível, tem pressionado a incidência e induzido o incremento das formas hemorrágicas da doença.

Continua sendo um desafio mobilizar a participação comunitária para a diminuição da disposição de recipientes que possam armazenar água, particularmente aqueles encontrados nos lixos das cidades, ferros-velhos e borracharias, como garrafas, latas e pneus, ou no interior das casas, onde o hábito de manter vasos de plantas, bastante difundido na cultura brasileira, funciona como uma espécie de retomada do vínculo perdido com a natureza. Caixas d'água e cisternas descobertas também têm-se tornado focos de criadouros do *Aedes aegypti*. O trabalho dos agentes de vigilância em saúde (controle de endemias) pode ser potencializado pela interação com os ACS. O desenho de estratégias conjuntas inclui a identificação e eliminação de criadouros, o combate ao vetor, as ações educativas, a notificação dos casos suspeitos e o acompanhamento da evolução dos doentes.

O grande fluxo de pessoas e mercadorias no mundo globalizado aponta a possibilidade cada vez maior de disseminação de doenças outrora restritas aos seus locais e contextos de surgimento. Os freqüentes alertas de risco de pandemia provocados pela disseminação da gripe aviária (Sars), de hantaviruses e de *influenza* têm preocupado as autoridades sanitárias de todo o mundo e tomado as manchetes de jornais nesta virada de século.

Caberá aos trabalhadores do SUS compreender a dinâmica complexa que caracteriza cada território, reconhecendo os objetos (fixos) e as ações (fluxos) do espaço, bem como as especificidades e vulnerabilidades de cada contexto (Monken & Barcellos, 2005). Por fim, caberá à sociedade como um todo a busca de respostas sociais adequadas aos problemas identificados.

### Referências

BARRETO, M. & CARMO, E. H. Mudanças em padrões de morbimortalidade: conceitos e métodos. In: MONTEIRO, C. A. (Org.) *Velhos e Novos Males da Saúde no Brasil: a evolução do país e de suas doenças*. São Paulo: Hucitec, Nupens, USP, 2000.

## O TERRITÓRIO E O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

- BRASIL. Ministério da Saúde. VIII Conferência Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 1986. (Anais)
- BRASIL. Constituição Federal da República. Brasília: Governo Federal, 1988.
- BRASIL. Lei Federal n. 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as Diretrizes e bases da Educação Nacional. Diário Oficial da União, DF, n.248. p.27.833-841
- BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio: acesso e utilização de Serviços de Saúde*. Rio de Janeiro: IBGE, 2003a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Sistema de Informação da Atenção Básica (Siab) indicadores 2000. 3.ed. atualizada. Brasília: Ministério da Saúde, 2003b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Sistema de Informação da Atenção Básica (Siab) indicadores 2001. 4.ed. atualizada. Brasília: Ministério da Saúde, 2003c.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Sistema de Informação da Atenção Básica (Siab) indicadores 2002. 5.ed. atualizada. Brasília: Ministério da Saúde, 2003d.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. *Saúde Brasil 2004 – uma análise da situação de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.
- BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Tendências Demográficas: uma análise dos resultados da amostra do Censo Demográfico 2000*. Rio de Janeiro: IBGE, 2004b. (Estudos e Pesquisas – Informação Demográfica e Socioeconômica, n.13)
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Sistema de Informação da Atenção Básica (Siab) indicadores 2003. 6.ed. atualizada. Brasília: Ministério da Saúde, 2004c.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. *Saúde Brasil 2005: uma análise da situação de saúde no Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Sistema de Informação da Atenção Básica (Siab) indicadores 2004. Brasília: Ministério da Saúde, 2005b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Sistema de informação da atenção básica (Siab) indicadores 2005. Brasília: Ministério da Saúde, 2005c.
- BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Síntese de Indicadores Sociais 2006*. Rio

## ANÁLISE DA SITUAÇÃO DE SAÚDE (...)

de Janeiro: IBGE, 2006a. (Estudos e Pesquisas – Informação Demográfica e Socioeconômica, n. 19).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional do Câncer (Coordenação de Prevenção e Vigilância). *Situação do Câncer no Brasil*. Rio de Janeiro: Inca, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. *Painel de Indicadores do SUS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. *Saúde Brasil 2006: uma análise da desigualdade em saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Gerência Técnica das Doenças Emergentes e Reemergentes*. Brasília: Ministério da Saúde, 2007a. Disponível em: <[www.saude.gov.br/svs](http://www.saude.gov.br/svs)>. Acesso em: mar. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Série Histórica de Óbitos e Casos de Notificação Compulsória no Brasil de 1980 a 2005*. Disponível em: <[www.saude.gov.br/svs](http://www.saude.gov.br/svs)>. Brasília: Ministério da Saúde, 2007b. Acesso em: mar. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Evolução da Implantação das Equipes de Saúde da Família e Repasses de Recursos Financeiros (1998-2006)*. Disponível em: <[www.saude.gov.br/sas](http://www.saude.gov.br/sas)>. Brasília: Ministério da Saúde, 2007c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Política Nacional de Eliminação da Hanseníase*. Disponível em: <[www.saude.gov.br/svs](http://www.saude.gov.br/svs)>. Brasília: Ministério da Saúde, 2007d. Acesso em: mar. 2007.

BUSS, P. M. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: CZERESNIA, D. & FREITAS, C. M. de. (Orgs.) *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões e tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

CARVALHO, J. A. M. de. & GARCIA, R. A. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. *Cadernos de Saúde Pública*, 19(3): 725-733, maio-jun., 2003.

COUTINHO, C. N. A democracia na batalha das idéias e nas lutas políticas do Brasil de hoje. In: FÁVERO, O. & SEMERARO, G. (Orgs.) *Democracia e Construção do Público no Pensamento Educacional Brasileiro*. Petrópolis: Vozes, 2002.

KERR-PONTES, L. R. S. & ROUQUAYROL, M. Z. Medidas da saúde coletiva. In: ROUQUAYROL, M. Z. & ALMEIDA FILHO, N. (Orgs.) *Epidemiologia e Saúde*. 5.ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1999.

MONKEN, M. & BARCELLOS, C. Vigilância em saúde e território utilizado: perspectivas teóricas. *Cadernos de Saúde Pública*, 21(3): 898-906, maio-jun, 2005.

## O TERRITÓRIO E O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

- MONTEIRO, C. A. (Org.) *Velhos e Novos Males da Saúde no Brasil: a evolução do país e de suas doenças*. São Paulo: Hucitec, Nupens, USP, 2000.
- PATARRA, N. de L. Mudanças na dinâmica demográfica. In: MONTEIRO, C. A. (Org.) *Velhos e Novos Males da Saúde no Brasil: a evolução do país e de suas doenças*. São Paulo: Hucitec, Nupens, USP, 2000.
- RADIS. *Reunião, Análise e Difusão de Informações sobre Saúde*. Situação do câncer no Brasil. *Radis*, 52. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.
- ROUQUAYROL, M. Z. & ALMEIDA FILHO, N. de (Orgs.) *Epidemiologia e Saúde*. 5.ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1999.
- SILVA JUNIOR, J. B. da. et al. In: ROUQUAYROL, M. Z. & ALMEIDA FILHO, N. (Orgs.) *Epidemiologia e Saúde*. 5.ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003.
- SIMÕES, C. C. da S. & MONTEIRO, C. A. Tendência secular e diferenciais regionais da mortalidade infantil no Brasil. In: MONTEIRO, C. A. (Org.) *Velhos e Novos Males da Saúde no Brasil: a evolução do país e de suas doenças*. São Paulo: Hucitec, Nupens, USP, 2000.
- TORRES, E. M. *Dengue*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

# **Problemas, Necessidades e Situação de Saúde: uma revisão de abordagens para a reflexão e ação da equipe de saúde da família**

*José Paulo Vicente da Silva  
Carlos Batistella  
Mauro de Lima Gomes*

## **Situando a Discussão**

Quando se discute a reorganização das práticas de saúde no nível local visando ao estabelecimento da integralidade da atenção, uma tarefa inevitável aos sujeitos envolvidos neste processo é a identificação dos problemas e das necessidades de saúde da população de um dado território.

Desse modo, um dos grandes desafios para os profissionais que atuam na atenção básica (gestores e equipe multidisciplinar) consiste justamente na dificuldade de equacionar a oferta organizada de serviços, baseada em uma análise técnica da situação de saúde da população de um determinado território, com o atendimento à demanda espontânea que bate à porta das unidades de saúde e que espera destes o acolhimento e resolução de seus problemas e de seu sofrimento.

Tendo em vista que o processo saúde-doença está relacionado a fenômenos complexos que incluem fatores biológicos, psicológicos, sociais, culturais, econômicos e ambientais, o que se coloca em questão é a própria suficiência da utilização e análise de indicadores sócio-epidemiológicos na explicação da situação de saúde da população. Destaca-se que, quanto maior a capacidade explicativa de fenômenos que interferem no estado de saúde, maior será a capacidade de formular alternativas de solução para os problemas e necessidades de saúde da população. Decorre daí a necessidade de complementaridade de vários saberes para a compreensão destes fenômenos, dentre os quais podemos citar: a clínica, a epidemiologia, as ciências sociais, a psicanálise, dentre outros.

## O TERRITÓRIO E O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

Sem evidentemente deixar de considerar a importância dos indicadores sócio-epidemiológicos para orientar a organização das ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde, precisamos estar atentos para o fato de que as demandas aos serviços de saúde não podem ser analisadas somente desde uma realidade objetiva controlada por meio de indicadores tradicionais. Partimos da premissa de que as necessidades de saúde também expressam a cultura, os valores, os projetos e desejos dos sujeitos individuais e coletivos que procuram estes serviços.

Com efeito, Vaitsman considera que, além das formas de organização social da produção,

a saúde (...) é resultante também da organização da vida cotidiana, da sociabilidade, da afetividade, da sensualidade, da subjetividade, da cultura e do lazer, das relações como o meio ambiente. Dessa forma, (...) a saúde resulta do conjunto da experiência social, individualizado em cada sentir e vivenciado num corpo que é, também, biológico. (Vaitsman apud Silva Junior, 2006: 33)

Partindo desta problemática, e sem a pretensão de esgotar a discussão, buscamos realizar uma breve sistematização e compilação da produção de alguns autores sobre a temática dos problemas, necessidades de saúde e situação de saúde. Na medida em que as formas de organização da prestação de serviços de saúde no nível local trazem subentendidos, dentre outros elementos, determinadas concepções sobre problemas e necessidades de saúde e, portanto, a explicação sobre determinada situação de saúde, essa reflexão também nos remete à discussão sobre os modelos tecnoassistenciais em saúde.<sup>1</sup>

Entendida a complexidade dos problemas e necessidades de saúde, o que requer, para o seu enfrentamento, a mobilização de múltiplos saberes e fazeres, reforça-se a centralidade do trabalho da equipe multiprofissional (Cecílio, 2001; Merhy & Franco, 2003) da qual o agente comunitário de saúde (ACS) é um dos integrantes. Da mesma forma, ressalta-se a necessidade de cooperação entre a saúde e as demais políticas governamentais (educação, saneamento, desenvolvimento social etc.), no sentido de uma atuação intersetorial.

<sup>1</sup> Para a discussão sobre modelos tecnoassistenciais em saúde, ver Silva Junior e Alves, texto "Modelos assistenciais em saúde: desafios e perspectivas", no livro *Modelos de Atenção e a Saúde da Família*, e ainda Abrahão, texto "Tecnologia: conceito e relações com o trabalho em saúde", no livro *O Processo Histórico do Trabalho em Saúde*, ambos nesta coleção (N. E.).



## PROBLEMAS, NECESSIDADES E SITUAÇÃO DE SAÚDE (...)

### **Problemas, Necessidades e Situação de Saúde: aprofundando a discussão**

Para Castellanos (1997), o estabelecimento da diferença entre 'necessidade' e 'problema de saúde' vincula-se ao conceito de 'situação de' saúde. De acordo com o autor, esta define-se pela consideração das opções dos atores sociais envolvidos no processo, não podendo ser compreendida à margem da intencionalidade do sujeito que a analisa e interpreta. Assim,

as necessidades são elaboradas por intermédio de análises e procedimentos objetivos. Os problemas demandam abordagens mais complexas, configurando-se mediante a escolha de prioridades que envolvem a subjetividade individual e coletiva dos atores em seus espaços cotidianos. (Castellanos apud Czeresnia, 2003: 48)

Costa e Victora (2006) afirmam que a expressão "problema de saúde pública" tem sido empregada de modo vago e sem critérios, e sugerem que a utilização dessa terminologia seja resguardada pela análise de alguns princípios básicos. Recorrendo a uma breve revisão de textos clássicos de medicina preventiva e da saúde pública, os autores indicam que os critérios para a definição de um problema de saúde pública podem ser encontrados a partir de sua natureza, extensão, severidade e significância (Leavell & Clark apud Costa & Victora, 2006); e também a partir do interesse da comunidade, prevalência, gravidade e possibilidade de controle (Morley apud Costa & Victora, 2006); considerando a carga de mortalidade, morbidade e sofrimento causado pela condição, que é caracterizada pelo seu impacto no indivíduo e na sociedade (Fowler et al. apud Costa e Victora 2006; Daly et al. apud Costa & Victora, 2006); ou ainda analisando o 'potencial epidêmico' da doença ou agravo na população.

Outra abordagem, ligada à economia da saúde e aos critérios de priorização de investimentos do Banco Mundial, segue uma linha econométrica<sup>2</sup> para definição de problemas de saúde. Com base na construção de indicadores<sup>3</sup>

<sup>2</sup> Segundo o *Dicionário Aurélio Buarque de Holanda*, econométrica é um método de análise de dados estatísticos que mede as grandezas econômicas.

<sup>3</sup> Indicadores para análise de custo-efetividade e custo-utilidade na definição de investimentos em saúde: o *Quality-Adjusted Life Years* (QALY), que leva em conta o impacto da morbidade sobre a expectativa de vida livre de doença, e o *Disability-Adjusted Life Years* (DALY), que incorporou aos anos potenciais de vida perdidos uma medida de tempo de incapacidade, permitindo o cálculo da carga global de doenças (GBD – *The Global Burden of Disease*) (Almeida Filho, 2000).

## O TERRITÓRIO E O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

que apresentam o cálculo de anos potenciais perdidos e o tempo de incapacidade, esses estudos, apesar de terem sido adotados por diversas instituições de saúde como parâmetro comparativo internacional, vêm recebendo diversas críticas teóricas e metodológicas (Almeida Filho, 2000).

Em outra direção, diversos autores têm-se preocupado em ampliar a compreensão das noções de necessidades e problemas de saúde. Para Samaja (2000), o conceito de saúde precisa ser pensado à luz da reprodução social. Para tanto, descreve quatro dimensões (funções) reprodutivas: a reprodução bio-comunal, a reprodução comunal-cultural, a reprodução societal e a reprodução ecológico-política.

A sociedade reproduz-se 'bio-comunalmente' quando seus membros reproduzem suas condições como organismos vivos sociais. Implica não somente sua reprodução corporal, mas também a rede de inter-relações que constitui uma comunidade. A 'reprodução comunal-cultural', por outro lado, trata da reprodução da autoconsciência e da conduta humana. Enfatiza o ser humano como produtor de cultura, isto é, de redes simbólicas de elaboração e transmissão de experiências e aprendizagem (família, escola, demais instituições da sociedade civil e aparelhos ideológicos de Estado). A 'reprodução societal' afirma-se a partir de mediações econômicas, designadas como trabalho humano – incluindo a esfera da produção, distribuição e intercâmbio de bens. Por fim, a 'reprodução ecológico-política' refere-se ao processo por meio do qual indivíduos e grupos humanos devem restabelecer as relações de interdependência entre condições ambientais, relações sociais, comunais-culturais e bio-comunais (obras, segurança pública etc) (Samaja, 2000).

Nessa perspectiva, os problemas de saúde podem ser identificados como problemas reais (de ordem constitutiva: bióticos, culturais, sociais ou políticos), problemas percebidos e representados (de ordem descritiva: registros ou representações bióticas, culturais, sociais ou políticas) e problemas como objetos de ação (projetos de intervenção sobre aspectos bióticos, culturais, sociais ou políticos).

Segundo Samaja, uma conceitualização da saúde que a torne co-extensiva ao conjunto de problemas da reprodução social ultrapassaria o espaço disciplinar da medicina. Dessa forma, conclui que a saúde é "inseparável das condições de vida, e só se pode defini-la como o controle sobre os processos de reprodução da vida social" (Samaja, 2000: 100).

## PROBLEMAS, NECESSIDADES E SITUAÇÃO DE SAÚDE (...)

Segundo Castellanos (1990: 2 – grifos do autor), a “descrição e explicação de uma situação de saúde-enfermidade não são independentes de *quem* e de que *posição* descreve e explica”. Desse modo, incorporar essas distintas visões ao processo de definição das necessidades de saúde passa a ser um desafio para os trabalhadores no planejamento das ações e organização da oferta de serviços:

A identificação e análise de problemas de saúde depende da perspectiva sob a qual eles são identificados (...) o que é problema para uns pode não ser considerado problema para outros. A visão que se tem dos problemas de saúde, portanto, varia em função da posição dos distintos sujeitos na estrutura das relações sociais, fazendo parte de sua ‘visão de mundo’, de sua cultura, de seus projetos políticos, de suas utopias (...) Nesse sentido, a identificação dos problemas e necessidades de saúde da população tem que assumir, ou tentar assumir, uma ‘visão policêntrica’, identificando os diversos sujeitos e sua posição na ‘estrutura de poder’ em saúde. (Teixeira, 2002: 81-82)

Assim, nem sempre serão coincidentes as visões dos dirigentes do sistema de saúde (geralmente preocupados com a relação custos/efetividade das ações, com a baixa capacidade operacional, limitações no financiamento, organização da atenção integral etc), dos pesquisadores (interessados na produção de conhecimentos e tecnologias que possam resultar em melhorias gerenciais, organizativas e operacionais dos serviços de saúde), dos profissionais e trabalhadores de saúde (que vêem como problemas as limitações de infra-estrutura, dificuldades administrativas e precarização do trabalho), e finalmente da população (como sujeitos individuais ou coletivos que buscam o atendimento integral de suas necessidades, que são mais amplas, relacionadas às condições de vida, ou mais específicas, referentes ao acesso às tecnologias, à humanização da atenção e ao desenvolvimento de sua autonomia).

Dessa forma, a situação de saúde de um determinado grupo populacional é um conjunto de ‘problemas de saúde’ ‘descritos’ e ‘explicados’ de acordo com a perspectiva de um ator social. Os problemas, entendidos como fenômenos que afetam determinados grupos, são descritos a partir de uma enumeração de fatores, que, em seu conteúdo e forma, são assumidos como relevantes (suficientes e necessários). A explicação parte da identificação e percepção do complexo de relações entre os múltiplos processos, em diferentes planos e espaços.

Os problemas se manifestam tanto no espaço ‘singular’ (especificidade) e no ‘particular’ (saúde de um grupo de população) quanto no ‘geral’ (global):

## O TERRITÓRIO E O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

A forma como se define um problema delimita o espaço de explicação utilizado pelo ator. Assim, quando um ator define um problema no espaço singular estará utilizando como explicação as formas de acumulação (organização) e as leis e princípios próprios do nível do singular, dos juízos singulares. Sua potência explicativa se limita à singularidade dos fenômenos e sua potência de ação transformadora sobre os problemas se limita às possibilidades tecnológicas que tenham sido dentro desses limites. Quando um problema é definido no espaço particular, como perfil de um grupo de população, o ator tem a sua disposição a potência explicativa das acumulações, leis e princípios que explicam o processo de reprodução social das condições objetivas de existência de diferentes grupos de população e sua capacidade tecnológica. Além daquelas desenvolvidas no espaço singular, incorporará todo arsenal que possibilita a modificação das condições objetivas de existência. Comentário similar podemos fazer com respeito a problemas definidos no espaço geral, onde se amplia a potência explicativa e de transformação. (...) Por outro lado, é importante destacar que os espaços assinalados não são excludentes. Pelo contrário, devemos assumi-los como includentes e recursivos. (...) Entre os processos de níveis superiores e inferiores há uma relação de determinação, e no sentido contrário há uma relação de condicionamento. (Castellanos, 1990: 2-4)<sup>4</sup>

A incorporação da noção de 'problema de saúde' no processo de planejamento e programação das ações da vigilância em saúde – entendida como uma proposta de reorganização do modelo de atenção à saúde a qual o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs) e o Programa de Saúde da Família (PSF) estão vinculados – possibilita a valorização de uma visão mais policêntrica e democrática na definição de seus objetos de intervenção. Em uma perspectiva mais integral, a noção de 'problema de saúde' inclui, para além da doença, dos modos de transmissão e dos fatores de risco, as necessidades e/ou determinantes dos modos de vida e saúde (condições de vida e trabalho).

Os problemas passam a ser identificados não somente pelos enfoques clínico e epidemiológico, mas, sobretudo, pelo enfoque social. Do ponto de vista clínico, observa-se o corpo individual em sua dimensão anatômica e fisiológica. A intervenção sobre os problemas de saúde neste nível privilegia o diagnóstico, tratamento de doenças e reabilitação de doentes. O enfoque epidemiológico enfatiza a identificação dos problemas em grupos de população, a partir da caracterização das condições ecológicas (relação agente-hospedeiro-ambiente) ou das condições socioeconômicas e culturais dos diversos grupos. Neste nível,

---

<sup>4</sup> Tradução livre.

## PROBLEMAS, NECESSIDADES E SITUAÇÃO DE SAÚDE (...)

a intervenção sobre os problemas de saúde privilegia ações de educação sanitária, saneamento ambiental, controle de vetores, alimentos, medicamentos e outros produtos potencialmente nocivos à saúde, imunização de suscetíveis e diagnóstico precoce das doenças mais comuns. O enfoque social enfatiza a identificação dos problemas em populações a partir da caracterização de sua dinâmica histórica, isto é, da caracterização do processo de desenvolvimento econômico, social e político dessas populações (Teixeira, Pinto & Villasbôas, 2004).

### **Uma Perspectiva Relacional de Necessidades de Saúde**

Stotz (1991) contrapõe o conceito necessidades ao de problemas, ressaltando a potencialidade das necessidades de saúde, ao afirmar que:

As necessidades de saúde (...) são mais do que a 'falta de algo' para se ter saúde. Limitadas a esta dimensão, reduzem-se aos aspectos fisiopatológicos, ao corpo (e mente) 'disfuncional' ou 'inadaptado'. Pelo contrário, as necessidades de saúde, enquanto necessidades sociais dos indivíduos, como expressão histórica de movimento que assumem como iníquas certas condições sociais, são potencialidades. E são potencialidades na medida em que as carências comprometem, motivam e mobilizam as pessoas. (Stotz, 1991: 449-451)

De acordo com o autor, as necessidades de saúde se situam no nível das necessidades sociais mais gerais. Ainda que sejam determinadas e constituídas social e historicamente, só poderão ser apreendidas em sua dimensão individual. Expressa-se, dessa forma, uma relação dialética entre o individual e o social. Stotz está interessado em observar como nas demandas sociais por saúde podem se constituir determinados 'sujeitos coletivos', tendo em vista que essas demandas expressam determinadas 'carências' ou 'necessidades' geradas pelo modo de produção e organização da sociedade.

Nesse sentido, Stotz recorre a Nunes (1989: 68), para quem "o conceito de carência sempre tem por referência o conceito de indivíduo, aquela é atribuído deste". Contudo, o indivíduo compartilha o processo de determinação de suas carências/necessidades, pois "o indivíduo é imediatamente social; ele o é por pertinência a determinado grupo (família, colegas de trabalho, seita religiosa etc.), sendo influenciado pelos valores do grupo" (Stotz, 1991: 15).

Sendo assim, o processo de determinação das carências individuais é vivenciado com o grupo, tendo, portanto, uma dimensão coletiva. Trata-se, pois, de uma mediação fundamental da prática social inerente à vida em sociedade.

## O TERRITÓRIO E O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

Dessa forma, “as necessidades de saúde são necessidades de milhões de indivíduos e, ao mesmo tempo, necessidades coletivas” (Stotz, 1991: 86).

Quando se filia a essa visão de mundo, na qual o ser humano é, ao mesmo tempo, universal e particular, Stotz (1991: 53) critica a perspectiva do “sujeito individual portador de necessidades”, descolado das suas relações sociais. Essa última perspectiva subjaz ao enfoque “atomista-individualista ou liberal”, cujo pressuposto é a existência de uma sociedade que é “a soma de indivíduos isolados e livres (*o homo economicus*)” para satisfazerem suas necessidades de acordo com a lei de oferta e procura por bens e serviços (a lei natural do mercado).

Da mesma forma, o autor critica o enfoque funcionalista que reconhece o sujeito individual como uma unidade da estrutura do sistema social e busca, através de mecanismos de regulação, a normalização dos hábitos da sociedade. A partir dessa visão, no sentido da sua socialização, os indivíduos deverão seguir regras de conduta ou serão culpabilizados pelos problemas que, porventura, venham a causar a si mesmos ou aos demais membros de sua comunidade.

Entretanto, a crítica é dirigida também à visão marxista estruturalista, posto que nessa perspectiva “a noção de sujeito não passa de uma noção ideológica: os sujeitos concretos são erigidos em dados absolutos, como indivíduos empíricos cujos atributos são gerais, universais. Os sujeitos são portadores de uma generalidade de uma essência universal” (Stotz, 1991: 107).

Ao propor um conceito operacional de necessidades de saúde capaz de contemplar a perspectiva dos sujeitos individuais e coletivos, o autor vislumbra a construção de uma ‘ferramenta’ que, potencialmente, contribua tanto para a superação do reducionismo inerente ao enfoque normativo de planejamento quanto para a superação das incoerências e insuficiências contidas no enfoque situacional. Busca-se a superação da racionalidade instrumental que vem permeando, hegemonicamente, a formulação das políticas públicas de saúde por meio do planejamento.

Segundo Stotz (1991), quando se entra em contato com um determinado conceito operacional de necessidades de saúde já existente, descobre-se que tal conceito já demarca *a priori* uma classificação baseada em

## PROBLEMAS, NECESSIDADES E SITUAÇÃO DE SAÚDE (...)

critérios previamente definidos. A existência prévia de tal 'taxonomia' aponta, portanto, para a dominância de uma determinada concepção de necessidades de saúde.

Para o autor, na 'área do planejamento em saúde', as duas vertentes da perspectiva individual do 'sujeito de necessidades' – a liberal e a funcionalista – foram incorporadas, de forma pragmática, ao enfoque normativo de planejamento. Nesse caso, "necessidades sentidas", "expressas", "normativas" e "comparativas" (Bradshaw apud Stotz, 1991: 17), implicam a adoção de um critério baseado em uma concepção "naturalista" do sujeito (Falleiros apud Stotz, 1991: 17). Assim, necessidades seriam a 'falta de algo' em um homem cuja natureza é ideal, genérica, abstraída das relações sociais, independentes, pois do todo social (Falleiros apud Stotz, 1991: 17).

Dessa maneira, problemas e necessidades de saúde se constituem como noções conexas, pois, a necessidade é, de algum modo, a tradução de problema em termos 'operacionais'. Problema corresponde a um estado de saúde considerado deficiente pelo indivíduo, médico ou coletividade. Necessidade expressa o desvio ou a diferença entre o estado ótimo, definido de modo normativo e estado atual ou real (Pineault & Daveluy apud Stotz, 1991).

Stotz conclui que o enfoque normativo de planejamento dispensa a reflexão sobre as mediações do conceito de necessidades de saúde, pois a explicação da situação em questão cede lugar a um diagnóstico com base em uma realidade objetiva a qual se controla e se mensura por meio de indicadores tradicionais e externos ao planejador.

Quanto ao enfoque estratégico, o autor afirma que não existe qualquer menção dirigida ao conceito de necessidades de saúde tanto no 'pensamento estratégico', de Mario Testa, quanto no 'planejamento situacional', de Carlos Matus, que, de acordo com vasta literatura sobre o assunto, representam as duas principais vertentes do planejamento estratégico na América Latina.

De acordo com Testa, o diagnóstico de saúde do tipo tradicional, no qual os problemas de saúde são informados por indicadores objetivos e não definidos por sujeitos individuais ou coletivos, é indispensável na formula-

## O TERRITÓRIO E O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

ção do plano (Testa 1992a, 1992b; Rivera, 1992; Stotz, 1991). Já segundo Matus (1992), a planificação é uma atribuição de quem governa, que diz respeito ao presente, que exige cálculo e se refere a problemas reais, empiricamente constatáveis capturados por meio de uma técnica específica como parte dos procedimentos do 'momento explicativo', qual seja, o 'fluxograma situacional' (Matus, 1992; Rivera, 1992; Stotz, 1991).<sup>5</sup>

De forma sintética, Cecílio e Matsumoto (2006: 38) chegam às seguintes conclusões sobre o trabalho de Stotz:

- a) embora a saúde seja um bem coletivo, que diz respeito a toda a sociedade, a doença tem características individuais. A dimensão social dos fenômenos da saúde é a síntese das exigências, das condições particulares de cada homem ou mulher;
- b) as necessidades de saúde são sempre históricas, dinâmicas e cambiantes;
- c) as necessidades de saúde têm um componente de natureza subjetiva e individual, o que significa admitir, explicitamente, o valor e as implicações decorrentes deste valor: o individual;
- d) necessidade de saúde não é conceito suscetível de ser defendido nem pelo indivíduo isolado "livre", abstraído de suas relações sociais, concretas, nem pela "estrutura" social colocada de forma genérica.

### **Adotando uma Taxonomia Operacional de Necessidades de Saúde para a Reflexão e Ação das Equipes de Saúde da Família**

Refletindo sobre os temas da integralidade e da equidade, considerados os verdadeiros objetivos da atenção, Cecílio (2001) afirma que os referidos princípios vão além do simples consumo ou acesso a determinados serviços e nos remetem ao campo das micropolíticas e suas articulações, fluxos e circuitos, que configuram o sistema de saúde.

---

<sup>5</sup> Sobre o planejamento em saúde, ver Abrahão, texto "Notas sobre o planejamento em saúde", no livro *Políticas de Saúde: a organização e a operacionalização do Sistema Único de Saúde*, nesta coleção (N. E.).



## PROBLEMAS, NECESSIDADES E SITUAÇÃO DE SAÚDE (...)

Para o autor, pensar a equidade e a integralidade da atenção impõe a compreensão de que o micro está no macro e vice-versa e de que isto tem importantes repercussões nas práticas de saúde. Dessa forma, a construção da integralidade implicaria, como condição, repensar o processo de trabalho, a gestão, o planejamento e a construção de novos saberes e práticas em saúde. Para esta reflexão, Cecílio (2001) toma como analisador as necessidades de saúde, particularmente o potencial que as mesmas têm de auxiliar os trabalhadores, as equipes, os serviços e as redes de saúde a fazer uma melhor ausculta daqueles que buscam cuidados de saúde.

Partindo do caminho percorrido por Stotz (1991), Cecílio (2001: 114-115) e Matsumoto (Cecílio & Matsumoto, 2006) propõem uma taxonomia das necessidades de saúde totalizadora da visão dos sujeitos individuais e coletivos, organizada em quatro grandes conjuntos: o primeiro conjunto diz respeito à necessidade de boas condições de vida; o segundo se refere à necessidade de acesso a todas as tecnologias de atenção à saúde que melhorem e prolonguem a vida; o terceiro diz respeito à necessidade de ter vínculo com um profissional ou uma equipe de saúde (sujeitos em relação); e o quarto e último conjunto se refere à necessidade de autonomia na construção do seu 'modo de andar a vida' (a construção do sujeito).

### **Necessidade de boas condições de vida**

Aqui, boas condições de vida podem ser entendidas em dois sentidos: um mais funcionalista, que enfatiza os fatores do 'ambiente', 'externos', que determinam o processo saúde-doença, tal como na história natural da doença de Leavel & Clark (1976); o outro nas formulações de autores de extração marxista que enfatizam os diferentes lugares ocupados por homens e mulheres no processo produtivo nas sociedades capitalistas como as explicações mais importantes para adoecer e morrer. Subjacente a esta perspectiva está o entendimento de que desigualdades sociais entre as pessoas não são dadas 'naturalmente', mas sim criadas historicamente e pelo modo de produção e organização da sociedade.

Apesar de diferentes, estas perspectivas conceituais convergem para o entendimento de que a maneira como se vive se traduz em diferentes necessidades de saúde.

## O TERRITÓRIO E O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

A idéia em torno da necessidade de ter boas condições de vida está expressa em vários modelos tecnoassistenciais de saúde, destacando-se a proposta de Sistemas Locais de Saúde (Silos) e a proposta das Cidades Saudáveis.

A proposta de Silos tem seu marco conceitual apresentado na XII Conferência Pan-Americana, ocorrida em 1986, sendo posteriormente ratificado no documento da Organização Mundial da Saúde (Opas-CD 33/14), do Comitê Diretor de 1988, que recomenda:

um Sistema Local de Saúde deve contemplar a estrutura político-administrativa de um país, definir-se em um espaço populacional determinado, ter em conta todos os recursos para a saúde e desenvolvimento social existentes neste espaço, responder aos processos de descentralização do Estado e do setor da saúde, às necessidades da população e à estrutura da rede de serviços de saúde e organizar-se para facilitar a condução integral das ações (Opas apud Silva Junior, 2006: 62).

O Silos enfatiza ainda a centralidade das condições de vida, ao referir-se, por exemplo, à necessidade de adoção de dispositivos de dotação de recursos que devem ser canalizados para a garantia da atenção integral à saúde. Nesta perspectiva, devem-se incluir as políticas e ações de saneamento básico e desenvolvimento de um novo modelo assistencial a fim de aumentar a capacidade de análise da situação de saúde das populações, definidas territorialmente, até o nível das microrregiões, reorientando os serviços para o enfrentamento conjunto de problemas vivenciados por aquelas populações (Silva Junior, 2006).

Nascida na cidade de Toronto, Canadá, a proposta de Cidades Saudáveis ganhou adesão das cidades européias, e sob articulação das Seções de Promoção da Saúde e Saúde Ambiental da OMS difundiu-se pelo simpósio de Lisboa, Portugal, em 1986. A referida proposta tem como imagem-objetivo a construção de uma rede de cidades determinadas a procurar, em conjunto, novas maneiras de promover a saúde e melhorar o ambiente (Silva Junior, 2006). De acordo com Cecílio e Matsumoto (2006), o seu desenvolvimento tem como diretrizes questões que expressam a idéia de 'boas condições de vida' como uma necessidade. A saúde como qualidade de vida visa à superação da visão polarizada da medicina sobre a saúde, contemplando as condições de vida e as relações sociais no espaço urbano. A saúde é vista como respeito à vida e à defesa dos ecossistemas. Ressalta-se o reforço à participação comunitária, entendida como a capacidade de a sociedade se organizar e influir nas decisões das políticas públicas no âmbito local, regional e nacional. Seguindo as reco-

## PROBLEMAS, NECESSIDADES E SITUAÇÃO DE SAÚDE (...)

mendações da Carta de Ottawa (1986), a promoção da saúde deverá ser realizada por políticas públicas favoráveis à saúde, enfatizando-se a intersectorialidade como principal estratégia de articulação política operacional da promoção da saúde (Silva Junior, 2006).

No que diz respeito às boas condições de vida, a atuação da equipe do PSF, especialmente dos ACS, poderia ser no sentido de mobilização da população, junto aos conselheiros de saúde e às entidades da sociedade civil (associações de moradores, conselhos populares, sindicatos etc.) para lutarem em torno da garantia dos seus direitos de cidadania, tais como: direito à saúde, educação, saneamento básico, alimentação adequada, emprego, lazer, entre outros classicamente destacados na saúde pública.

Ainda com relação a este tópico, Cecílio e Matsumoto (2006) propõem um alargamento à necessidade de boas condições de vida, incorporando outros aspectos, que estariam ao alcance da atuação, ainda que indireta, da equipe do PSF, e que incluam, por exemplo: “necessidade de ter ‘pais cuidadores e autônomos’ para as crianças; necessidade de uma vida afetiva e sexual compartilhada com companheiros mais solidários para as mulheres; necessidade de idosos se sentirem mais úteis e integrados; etc” (Cecílio & Matsumoto, 2006: 50). Nestes casos, tendo em vista os limites da ação do setor saúde, a equipe de saúde da família poderia atuar na detecção dos problemas, encaminhando-os para, em uma ação cooperativa, serem resolvidos por profissionais de outros setores.

### **Necessidade de acesso a todas as tecnologias de atenção à saúde que melhorem e prolonguem a vida**

Para reconceitualizar este tipo de necessidade, Cecílio (2001) recorre aos conceitos de ‘tecnologias leves’,<sup>6</sup> ‘leve-duras’<sup>7</sup> e ‘duras’<sup>8</sup> (Merhy, 1997, 2002; Merhy & Franco, 2003), destacando que a ‘hierarquia’ de importância dessas

<sup>6</sup> São tecnologias de relações/cuidado, do tipo produção de vínculos, autonomização; acolhimento etc. (Merhy, 2002). Sobre essa discussão, ver Abrahão, texto “Tecnologia: conceito e relações com o trabalho em saúde”, no livro *O Processo Histórico do Trabalho em Saúde*, nesta coleção (N. E.).

<sup>7</sup> São os saberes bem estruturados que operam nos processos de trabalho em saúde, como a clínica médica, a clínica psicanalítica, a epidemiologia, o taylorismo, o fayolismo (Merhy, 2002).

<sup>8</sup> Segundo Merhy (2002), são os equipamentos tecnológicos como máquinas, normas, estruturas organizacionais.

## O TERRITÓRIO E O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

tecnologias não deve ser estabelecida somente pelos profissionais de saúde, mas também pelos usuários, com suas necessidades reais.

A garantia de acesso e consumo de toda tecnologia capaz de melhorar e prolongar a vida está relacionada à visão de que, dependendo do momento em que vive o usuário, a tecnologia de saúde de que necessita pode estar em uma unidade básica de saúde ou em algum serviço produtor de procedimentos mais sofisticados, ou até mesmo poderá depender de uma cooperação com outros setores da política governamental (educação, saneamento etc.). Ou seja, em um dado momento de sua vida, um determinado usuário poderá estar precisando de uma consulta médica; em um outro momento, vai estar precisando de uma informação ou de uma orientação; em outro, vai estar precisando de uma internação ou de uma tomografia.

No sentido de garantir o acesso a todas as tecnologias para melhorar e prolongar a vida, a equipe de saúde deverá recorrer tanto a ações de caráter mais coletivo – como as ações programáticas, que utilizam o saber epidemiológico para a realização de diagnósticos coletivos – quanto ao atendimento à demanda espontânea, que traz embutida a concepção de necessidades individuais. Ressalta-se que a demanda é o pedido explícito, ou seja, a ‘tradução’ de necessidades mais ‘complexas’ do usuário.

Nessa direção, além das ações desenvolvidas na própria unidade do PSF, a equipe de saúde da família (gestores e demais profissionais), sobretudo, deverá atuar no sentido de garantir aos usuários um fluxo seguro a todos os serviços (atenção básica, média e alta complexidade) que venham atender às suas necessidades, o que vem sendo denominado ‘linhas de cuidado’ (Merhy & Franco, 2003). Isto poderia se dar através de mecanismos de responsabilização da equipe de saúde, tais como a implementação de sistemas de referência e contra-referência, que sejam verdadeiramente efetivos, visando contribuir para a integração dos recursos assistenciais necessários à garantia da integralidade da atenção.

### **Necessidade de criação de vínculo com um profissional ou com uma equipe de saúde (sujeitos em relação)**

Para além da simples adscrição a um serviço ou à inscrição formal em um programa, vínculo é entendido como referência e relação de confiança. Significa

## PROBLEMAS, NECESSIDADES E SITUAÇÃO DE SAÚDE (...)

o estabelecimento de uma relação contínua no tempo, pessoal, intransferível e calorosa, ou seja, um encontro de subjetividades (Cecílio, 2001).

A produção de vínculo entre profissional/equipe de saúde e usuário está relacionada tanto à busca por um maior percentual de curas quanto à noção que valoriza a construção de espaços propícios à construção de sujeitos (profissionais e usuários) autônomos (Cecílio & Matsumoto, 2006).

Nesse sentido, o Ministério da Saúde vislumbra as estratégias de saúde da família e ACS como meios possíveis de reorganização da atenção básica em saúde, enfatizando a idéia de criação de vínculos e de responsabilização da equipe por grupos populacionais bem definidos<sup>9</sup> (Brasil apud Cecílio & Matsumoto, 2006).

### **Necessidade de autonomia e autocuidado na construção do 'modo de andar a vida' (a construção do sujeito)**

Partindo das idéias de Canguilhem, Campos (apud Cecílio & Matsumoto, 2006: 46) afirma que curar alguém é sempre lutar pela ampliação do 'coeficiente de autonomia' de uma certa pessoa e que

objetivo de todo trabalho terapêutico é ampliar a capacidade de autonomia do paciente [para] melhorar o seu entendimento do próprio corpo, da sua doença, das suas relações com o meio social e, em consequência, da capacidade de cada um instituir normas que ampliem as possibilidades de sobrevivência e a qualidade de vida.

Busca-se demonstrar que a passividade do paciente ou da comunidade é, geralmente, um entrave à cura, à prevenção e à promoção da saúde. A luta pela autonomia, que inclui a questão do autocuidado, constitui-se, então, como a forma mais contundente de combate à medicalização da sociedade.

De acordo com Campos, o objetivo dos serviços de saúde seria a ampliação da capacidade de autonomia das pessoas. Para tanto, faz-se necessária a compreensão de que

a doença ou o risco de adoecer pode cobrar das instituições um apoio de longo curso [para] a construção desta autonomia, o paciente curado depende de uma combinação de técnicas de apoio individual (fármacos, atenção clínica, acesso às informações, reabilitação física, referência [em

<sup>9</sup> Para discussão sobre a Estratégia Saúde da Família, ver Corbo, Morosini e Pontes, texto "Saúde da Família: construção de uma estratégia de atenção à saúde", no livro *Modelos de Atenção e a Saúde da Família*, nesta coleção (N. E.).

## O TERRITÓRIO E O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

casos de] crises), com outras de feição mais sócio-cultural (socialização, capacitação para o trabalho, para a convivência, para viver em um mundo de conflitos e disputas). (Campos apud Cecílio & Matsumoto, 2006: 47)

A autonomia implica a possibilidade de reconstrução, pelos sujeitos, dos sentidos de sua vida, e esta resignificação teria peso efetivo no seu modo de viver, incluindo-se aí a luta pela satisfação de suas necessidades, de forma mais ampla possível.

A necessidade de autonomia é bastante trabalhada no campo da educação em saúde (Cecílio & Matsumoto, 2006). Entretanto, conforme já discutido, a informação e a educação em saúde são apenas parte deste processo.

### **Considerações Finais**

Sem a pretensão de esgotar as reflexões sobre a temática, este artigo buscou agregar elementos que possam auxiliar nos processos de trabalhos das equipes do Pacs e PSF, na medida em que se amplia a compreensão sobre os problemas, necessidades e situações de saúde.

Concluímos que, a fim de não negligenciar qualquer um desses conjuntos de necessidades e problemas, é preciso o desenvolvimento de diagnósticos interdisciplinares e participativos, nos quais sejam identificados aspectos objetivos e subjetivos envolvidos no processo saúde/doença. Assim, o atendimento das necessidades de saúde dependerá tanto da capacidade de articulação de ações intersetoriais como da criação de vínculos capazes de minimizar o sofrimento individual.

A própria heterogeneidade que caracteriza a população brasileira, revelada em termos de desigualdades sociais – renda, escolaridade, moradia, trabalho – implica uma diferenciação no padrão epidemiológico e de necessidades sociais de saúde, que muitas vezes não chega sequer a se expressar como demanda aos serviços de saúde (Teixeira: 2002).

Quando são analisados os problemas, necessidades e demandas de saúde no Brasil, tem chamado atenção a concentração de problemas de distintas naturezas em determinados grupos mais vulneráveis. O perfil de necessidades de saúde segundo condições de vida apresenta uma situação de acúmulo de problemas e necessidades não satisfeitas entre determinados grupos sociais, especialmente os de baixa renda, baixa escolaridade, marginais e excluídos, de

## PROBLEMAS, NECESSIDADES E SITUAÇÃO DE SAÚDE (...)

um modo geral, tidos como grupos com menor capacidade de expressão política e social de suas demandas e interesses (Teixeira, 2002).

As populações assistidas pelas equipes do Pacs e PSF trazem heterogeneidades regionais e locais. Contudo, as condições descritas para os grupos vulneráveis em relação às suas necessidades, problemas e situações de saúde fazem parte da realidade da maioria das populações atendidas por estes programas, o que demandará uma ação participativa e solidária para o seu enfrentamento. Trata-se de produzir ações capazes de melhorar a qualidade de vida dessas populações e, conseqüentemente, a sua saúde.

### Referências

- ALMEIDA FILHO, N. de. O conceito de saúde: ponto-cego da epidemiologia? *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 3(1-3):4-20, 2000.
- CASTELLANOS, P. L. Sobre el concepto de salud-enfermedad. Descripción y explicación de la situación de salud. *Boletín Epidemiológico*, 10(4): 1-7, 1990.
- CASTELLANOS, P. L. Epidemiologia, saúde pública, situação de saúde e condições de vida: considerações conceituais. In: BARATA, R. B. (Org.) *Saúde e Movimento: condições de vida e situação de saúde*. Rio de Janeiro: Abrasco, 1997.
- CECÍLIO, L. C. de O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R. & MATTOS, R. A. de (Orgs.) *Os Sentidos da Integralidade na Atenção e no Cuidado à Saúde*. Rio de Janeiro: IMS, Uerj, 2001.
- CECÍLIO, L. C. de O. & MATSUMOTO, N. F. Uma taxonomia operacional de necessidades de saúde. In: PINHEIRO, R; FERLA, A. A. & MATTOS, R. A. (Orgs.) *Gestão em Redes: tecendo os fios da integralidade em saúde*. Rio de Janeiro, Caxias do Sul: Cepsc, IMS, Uerj, Educs, 2006.
- COSTA, J. S. D. da. & VICTORA, C. G. O que é "um problema de saúde pública"? *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 9(1): 144-146, 2006.
- CZERESNIA, D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: CZERESNIA, D. & FREITAS, C. M. de (Orgs.) *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.
- LEAVELL, H. & CLARK, E. G. *Medicina Preventiva*. São Paulo: McGraw-Hill, 1976.
- MATUS, C. Fundamentos da planificação situacional. In: RIVERA, F. J. U. (Org.) *Planejamento e Programação em Saúde: um enfoque estratégico*. 2.ed. São Paulo: Cortez, 1992.

## O TERRITÓRIO E O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

- MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E. & ONOKO, R. T. (Orgs.) *Agir em Saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 1997.
- MERHY, E. E. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec, 2002.
- MERHY, E. E. & FRANCO, T. B. Por uma composição técnica do trabalho em saúde centrada no campo relacional e nas tecnologias leves. Apontando mudanças para os modelos tecnoassistenciais. *Saúde em Debate*, 27(65): 316-323, 2003.
- NUNES, E. Carências urbanas, reivindicações sociais e valores democráticos. *Lua Nova – Revista de Cultura e Política*, 17: 67-91, 1989.
- RIVERA, F. J. U. Planejamento de saúde na América Latina. In: RIVERA, F. J. U. (Org.) *Planejamento e Programação em Saúde: um enfoque estratégico*. 2.ed. São Paulo: Cortez, 1992.
- SAMAJA, J. *A Reprodução Social e a Saúde: elementos teóricos e metodológicos sobre a questão das 'relações' entre saúde e condições de vida*. Salvador: Casa da Qualidade, 2000.
- SILVA JUNIOR, A. G. da. *Modelos Tecnoassistenciais em Saúde: o debate no campo da saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec, 2006.
- STOTZ, E. N. *Necessidades de Saúde: mediações de um conceito – contribuições das ciências sociais para a fundamentação teórico-metodológica de conceitos operacionais da área de planejamento em saúde*, 1991. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz.
- TEIXEIRA, C. F. Modelos de Atenção voltados para a qualidade, efetividade, equidade e necessidades prioritárias de saúde. In: TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S. & VILLASBÔAS, A. L. (Orgs.) *Promoção e Vigilância da Saúde*. Salvador: ISC, 2002.
- TEIXEIRA, C. F.; PINTO, L. L. & VILLASBÔAS, A. L. *O Processo de Trabalho da Vigilância em Saúde*. Rio de Janeiro: EPSJV, 2004. v.5 (Série Material Didático do Proformar)
- TESTA, M. O diagnóstico de saúde. In: RIVERA, F. J. U. (Org.) *Planejamento e Programação em Saúde: um enfoque estratégico*. 2.ed. São Paulo: Cortez, 1992a.
- TESTA, M. Tendências em planificação. RIVERA, F. J. U. (Org.) *Planejamento e Programação em Saúde: um enfoque estratégico*. 2.ed. São Paulo: Cortez, 1992b.



# O Território na Promoção e Vigilância em Saúde

*Maurício Monken  
Christovam Barcellos*

## **Introdução**

A promoção de espaços saudáveis faz com que, principalmente em lugares onde os problemas de saúde das populações atingem grande visibilidade, seja desenvolvido um olhar que permita instrumentalizar o entendimento dos problemas de saúde e promover as soluções possíveis.

Neste movimento destaca-se a importância atribuída aos novos conceitos das ciências humanas e de métodos advindos da união da epidemiologia e da geografia humana que possibilitam avançar na descrição, sistematização e reflexão das situações de saúde, orientando, desse modo, o planejamento de práticas e ações de promoção à saúde. Tanto para a análise como para estratégia de ação sobre a desigual distribuição espacial da saúde de populações, devemos adotar caminhos importantes como: conhecer, conhecer para interpretar e interpretar para atuar — o que freqüentemente acontece de forma desarticulada, incompleta ou deficiente.

Para atingirmos este objetivo, dividimos este capítulo em cinco seções: nas duas primeiras seções apresentaremos uma discussão que visa instrumentalizar categorias de análise que tratam dos diversos contextos de relações humanas de forma ampliada e complexa, para que seja possível perceber as diferenças concretas na vida social, permitindo uma maior flexibilização nas soluções.

Num terceiro momento, será discutido como o poder público utiliza a categoria território para organizar suas práticas, seja nas diversas delimitações territoriais existentes no setor saúde (principalmente em relação aos territórios da Estratégia Saúde da Família), como também nas possibilidades de participação deste setor na implementação e monitoramento de planos diretores municipais.

## O TERRITÓRIO E O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

Na quarta seção, indicaremos que o relacionamento deste conhecimento acerca das possibilidades da categoria território para a criação de ambientes saudáveis deve se dar no âmbito de um novo entendimento de saúde e de um modo de organização do trabalho cujos princípios estejam pautados pelo conceito de promoção da saúde.

Por fim, para atuar junto à diversidade de grupos populacionais faz-se necessário o reconhecimento dos seus contextos de vida por meio de processos de territorialização que nos permitem identificar as singularidades da vida social, seus problemas e necessidades de saúde, observando os usos e as diferentes apropriações do território. Assim, propõe-se o desenvolvimento de diagnósticos de condições de vida e de situação de saúde para servir de base para operacionalização do planejamento estratégico das ações de vigilância em saúde.

### **O Território como Processo e o Processo Saúde Doença**

Todos nós vivemos em um espaço geográfico,<sup>1</sup> e nesse espaço existem diversas coisas que usamos para facilitar nossa vida: nossa casa, nosso local de trabalho, um lugar para encontrar os amigos, para comprar alimentos etc. Da mesma forma, para que a sociedade exista, é necessário adaptar esse espaço em que ela se desenvolve. Basta olhar pela janela e ver todas as construções feitas no espaço, como as ruas, estradas, prédios, casas.

Todas essas obras são modificações na natureza, feitas para criar um novo ambiente que seja mais adaptado para a vida humana. Em alguns momentos, é possível até acompanhar essas transformações como o desmatamento, a demolição de um prédio antigo, a construção de uma estrada. Essas ações humanas mudam a paisagem e o modo de as pessoas viverem.

Em vários locais, existem ainda características naturais de épocas passadas que foram pouco modificadas pela sociedade: os rios, montanhas, florestas. Em geral, quanto mais moderna uma sociedade, mais ela transforma o espaço. No Brasil, como a sociedade é muito desigual e injusta, as pessoas vivem de

---

<sup>1</sup>O seu entendimento é abordado de acordo com diversos pontos de vista, em que ora está associado a uma porção específica da Terra, identificada pela natureza e/ou pelas marcas que a sociedade ali imprime, como também na referência à simples localização, situado indiscriminadamente em diferentes escalas, como: global, continental, regional, estadual, da cidade, do bairro, da rua, e até de uma casa apenas.

## O TERRITÓRIO NA PROMOÇÃO E VIGILÂNCIA EM SAÚDE

maneira diferente e em condições diferentes. Os bairros onde moram pessoas com menos renda têm um aspecto diferente dos bairros onde moram as pessoas de maior renda.

As transformações afetam a todos do lugar. Mas elas não são feitas por todos e para todos. Existem mudanças que beneficiam um grupo de pessoas, mas prejudicam outras. Basta ver os problemas gerados com a construção de represas, por exemplo. A decisão de construí-las surge porque existe uma demanda de energia ou de água, isto é, a sociedade precisa deste produto para realizar suas atividades cotidianas. Mas quem mora perto da área que vai ser alagada geralmente sofre com esse tipo de obra. Durante a construção, existem trabalhadores (migrantes) vindos de toda parte do país que modificam a vida da cidade. Depois de construído, o lago pode servir de criadouro para caramujos da esquistossomose e mosquitos da malária. Outras pessoas que passam a usar esse mesmo lago para turismo ou pesca podem melhorar de vida com essa obra. Além disso, a obra pode ser feita em vários lugares e de diversas maneiras. Existem represas que prejudicam mais os habitantes do local e outras menos. Quem tomou essa decisão? Como foi decidido realizar a obra de um jeito e não de outro? Isso depende das pressões que existiam para fazer a obra e, claro, da situação política do país. Durante a ditadura militar, essas obras eram decididas sem levar em conta a opinião da população e beneficiavam poucas pessoas. Hoje em dia, a população está mais atuante, mas ainda existem pressões de grandes grupos econômicos que têm muito peso nessas decisões de obras.

Como vimos, os lugares estão sempre se transformando, e essas transformações podem ser mais harmoniosas ou mais conflituosas. Isso porque nem todos são iguais. Cada um vive de um modo, tem um tipo de trabalho, tem uma relação com o ambiente. No mesmo lugar existem diferentes atores sociais que têm diferentes interesses e forças políticas. Para uns, o lugar deveria ser de uma maneira, e para outros ele deveria ser de outra. Por isso, existem conflitos entre esses grupos, e o lugar é sempre o resultado desses conflitos. Além disso, o mesmo lugar é usado de forma diferente pelos grupos. Mesmo que não estejam escritas, existem regras para a vida e para os lugares, isto é, que regulam o uso do lugar. Casas servem para morar. Igrejas para rezar. Áreas de lazer para se divertir. Tente imaginar se essas regras fossem trocadas.

Uma pessoa, para viver, precisa trabalhar, fazer compras, encontrar outras pessoas, ter lazer etc. No dia-a-dia, as pessoas estabelecem relações com

## O TERRITÓRIO E O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

outras pessoas e, por isso, com o seu lugar. Imagine uma fábrica. Ela é um lugar que produz alguma coisa que será depois vendida para outras pessoas. Para tanto, precisa de trabalhadores, de materiais serão ser usados na fabricação, de equipamentos etc. Todo dia, nessa fábrica, chegam e saem coisas e pessoas. Não existem fábricas só com o prédio vazio, sem esses fluxos de materiais e pessoas. Quando identificamos uma fábrica no território, na verdade estamos apontando para um lugar que tem uma localização, uma forma e também uma função. Qualquer objeto geográfico tem fluxos. Milton Santos (1999) dizia que a geografia de um lugar é formada por fluxos e fixos. Quando se elabora um mapa, ou quando simplesmente se observa o campo de trabalho, são destacados os fixos, representados pelas casas, ruas, fábricas, igrejas etc. Mas é preciso saber que nesses fixos existem também fluxos.

A mesma coisa acontece com os outros objetos, tais como: um domicílio, um bar, um posto de saúde. Quando falamos em função dos objetos geográficos, estamos falando dos fluxos e das regras existentes. Esses objetos só têm razão de ser se tiverem fluxos, que dão vida a esses objetos. Até mesmo um recipiente com água só tem importância para nós se tiver um fluxo e estiver inserido no território. Quando pensamos nesse recipiente, lembramos que uma fêmea de mosquito pode depositar ovos nele, e, depois de alguns dias ou semanas, podem sair desse recipiente, muitos novos mosquitos.

Esses são os fluxos que queremos estudar, trabalhar ou interromper (no caso do controle da dengue, por exemplo). Mas esses mosquitos e os recipientes não são importantes por si só. Vão ser mais perigosos se estiverem em um lugar onde existam pessoas já doentes (infectadas pelo vírus da dengue), pessoas não doentes (suscetíveis) e se essas pessoas estiverem próximas umas das outras. Somente assim a dengue pode ser transmitida: se houver um criadouro de mosquitos, se o vírus estiver presente no território, com alguma pessoa doente ou portadora do vírus, e se existirem outras pessoas próximas do caso de dengue que sejam também picadas pelo mosquito. Assim, o trabalho de vigilância em saúde não pode se restringir a um só problema, como os recipientes com água parada. É preciso ver essas ações dentro do seu contexto.

## O TERRITÓRIO NA PROMOÇÃO E VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Podemos afirmar que a doença é uma manifestação do indivíduo e a situação de saúde é uma manifestação do lugar, pois os lugares e seus diversos contextos sociais, dentro de uma cidade ou região, são resultado de uma acumulação de situações históricas, ambientais, sociais, que promovem condições particulares para a produção de doenças (Barcellos 2000).

Isso quer dizer que um objeto pode ser ou não perigoso dependendo de onde e como ele está, isto é, do seu contexto. O contexto são as condições objetivas e subjetivas da vida de um lugar, que podem influenciar ou condicionar de forma direta ou indireta as pessoas e objetos, dependendo de como elas estão localizadas no território, do ponto de vista social, econômico, político, cultural etc.

As ações de saúde devem, assim, ser guiadas pelas especificidades dos contextos dos territórios da vida cotidiana que definem e conformam práticas adequadas a essas singularidades, garantindo com isso uma maior e mais provável aproximação com a produção social dos problemas de saúde coletiva nos diversos lugares onde a vida acontece.

Cada território tem uma população. Mas isso não quer dizer que ela esteja uniformemente distribuída no território. As principais diferenças de populações dentro de um território são as populações rurais e urbanas. Nas áreas urbanas, o povoamento é mais denso, e nas rurais, mais disperso e rarefeito. Isso pode ser percebido por meio de indicadores, como a densidade demográfica, mas também através da observação dos modos de vida. As pessoas, nessas áreas, vivem e trabalham de formas bastante diferentes.

Em geral, a localização de populações em um território não é uma escolha das pessoas. Participam desse processo a história da ocupação e apropriação do território, e as desigualdades sociais, que têm o efeito de juntar os semelhantes. Dessa forma, em uma cidade, a urbanização será mais ou menos completa, segundo as circunstâncias da vida das pessoas, como o nível econômico e a sua inserção nos processos produtivos. Assim, mesmo em um município em que toda a população é urbana, podem ser identificadas grandes desigualdades, de forma que, nos melhores lugares,

## O TERRITÓRIO E O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

do ponto de vista ambiental e de infra-estruturas de saneamento, redes de transporte e outras, localizam-se as famílias com mais recursos econômicos – os grupos de classes altas. Para aqueles mais pobres, restam os lugares de piores condições para a urbanização, em geral distantes ou mal servidos. Este processo é denominado segregação espacial. Segregar quer dizer separar ou isolar, portanto a segregação espacial é uma separação que se realiza no espaço geográfico. Nas cidades brasileiras, coexistem condomínios ou residências de alto padrão construtivo e de serviços, com outros espaços de moradias improvisadas, com grandes restrições no acesso a serviços.

Todos nós vivemos em vários níveis do território, ou seja, no Brasil, no estado do Amazonas, no município de Coari; ou no estado do Rio de Janeiro, no município de Duque de Caxias; ou no estado do Rio Grande do Sul, no município de Caxias do Sul. Mas as nossas condições de vida e de saúde não são condicionadas pelo estado, nem tanto pelo município. Essas condições dependem muito mais dos espaços próximos que utilizamos todo dia, isto é, dos lugares onde desenvolvemos nossas atividades cotidianas.

Podem também existir características comuns a uma grande maioria das pessoas que vivem num estado ou em uma região, e que também condicionam as condições de vida e saúde. Por exemplo, na região Norte (Amazônia), consome-se muito peixe, e na região Sul, bebe-se vinho. Essas são especificidades da dieta de grande parte da população de cada uma dessas regiões, assim como as condições de clima. Na região Norte, as variações de temperatura são pequenas, quase sempre faz calor. No Sul, existem épocas do ano de muito frio e outras épocas de muito calor. Essas populações estão expostas a diferentes problemas de saúde. E essas diferenças devem ser reconhecidas para que possamos atuar sobre os seus determinantes.

Além das questões ligadas ao clima e hábitos da população, persistem no Brasil grandes desigualdades de renda. Essas desigualdades também têm conseqüências importantes para as condições de saúde. Por exemplo, enquanto alguns municípios têm problemas de saneamento, devido à pequena capacidade de investimento, outros têm melhores condições. Estas diferenças se refletem no perfil epidemiológico da população.

## O TERRITÓRIO NA PROMOÇÃO E VIGILÂNCIA EM SAÚDE

### **Recursos Comunitários e Regras Sociais: ferramentas para o reconhecimento do território**

Para compreendermos os contextos sociais onde acontecem as relações humanas e que interessam particularmente para as análises de situação de saúde, precisamos entender as práticas cotidianas baseadas em determinadas regras sociais e recursos implicados na relação entre pessoas e coletividades.

Os recursos que sustentam a reprodução da vida social podem ter uso comum, pelo coletivo social no território, estabelecido nos fluxos de pessoas e de materialidades (mercadorias, por exemplo), e equipamentos sociais. Os recursos individuais são relativos às condições do domicílio e às instalações sanitárias da habitação. O nível de rendimento individual em determinadas faixas de renda se materializa nestas condições do domicílio e na posse de equipamentos domésticos e de alimentação, que, por sua vez, podem condicionar regras específicas de comportamento.

Os recursos coletivos compreendem um “conjunto dos sistemas naturais, herdados por uma determinada sociedade e os sistemas de engenharia, isto é, objetos técnicos e culturais historicamente estabelecidos” (Seabra & Leite, 2000: 26), são apenas condições. Sua significação real para a vida social advém das ações realizadas sobre eles. São objetos naturais e criados que possuem a característica de estabelecer a conexão material e social das pessoas, promovendo ou limitando as ações humanas (Santos, 1999).

Para as ações de vigilância em saúde, por exemplo, os objetos geográficos relevantes são: as características de ocupação do lugar (estradas e ruas, caminhos, sistemas de esgoto e de água, terrenos baldios, depósitos de lixo, núcleos habitacionais – domicílio, novos assentamentos e ocupações) e suas condições ecológicas e geomorfológicas (áreas de florestas e desmatadas, a fauna, flora, relevo, hidrografia e clima).

Os recursos e suas regras de uso referem-se, portanto, às condições materiais necessárias à subsistência humana, relacionadas à habitação, trabalho e renda, alimentação, saneamento básico, recursos sociais, econômicos e culturais, dos serviços de saúde e de educação, de opções de lazer e de organização sociopolítica. Esses recursos básicos, como vimos antes, configuram regras que se materializam em práticas sociais cotidianas.

## O TERRITÓRIO E O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

Para compreender as ações das pessoas e suas práticas no dia-a-dia, deve-se identificar como a vida acontece a partir do nível mais local, isto é, dos seus objetos-domicílio.<sup>2</sup> A vida cotidiana é formada por suas identidades, seus recursos e regras, integradas socialmente a outros espaços da comunidade mais próximos, como, por exemplo, as unidades de saúde e outros objetos construídos como recursos socioculturais de integração social e com o sistema como um todo (instituições, firmas, governo municipal, estadual e federal, por exemplo) ou locais para rotinas socioculturais principais, como, por exemplo, as igrejas, entidades civis (associações de mães, moradores etc) clubes e outros. Incluem-se aqui também os objetos para produção, como as indústrias, depósitos, postos de comércio, assim como os espaços específicos para propiciar a circulação de pessoas e materialidades (ruas, estradas, pontes etc).

Os agrupamentos populacionais podem apresentar contextos de uso de recursos, que condicionam, muitas vezes, determinados comportamentos e práticas. O que devemos observar é que o território socialmente usado adquire características locais próprias, em que a posse de determinados recursos expressa a diferenciação de acesso aos resultados da produção coletiva, isto é, da sociedade.

Isso permite dizer que o território "refletiria as posições ocupadas pelas pessoas na sociedade e é consequência de uma construção histórica e social, sendo, por isso, capaz de refletir as desigualdades existentes" (Albuquerque, 2001: 613). Indica com isso que os "hábitos e comportamentos considerados como fatores causais ou protetores para essas doenças ou eventos, tais como fumo, alimentação, agentes tóxicos, uso de preservativos etc, parecem circular de forma diferenciada em grupos populacionais" (p. 613). Essa abordagem, portanto, possibilita distinguir níveis e perfis de risco e de 'vulnerabilidade' decorrentes das desigualdades sociais.

O reconhecimento do território na escala do cotidiano não exclui também a identificação de relações com outros níveis de decisão, fora dos limites territoriais, que podem influenciar a vida social local. Um exemplo dessa influência é a presença de grandes empresas multinacionais. A ação global exercida por firmas globais escolhe frações do mundo sobre a qual deseja atuar, e as firmas globais interferem decisivamente na vida social local. Estes efeitos po-

---

<sup>2</sup> Sobre o domicílio no contexto da saúde da família, ver Abrahão e Lagrange, texto "A visita domiciliar como uma estratégia da assistência no domicílio" no livro *Modelos de Atenção e a Saúde da Família*, nesta coleção (N. E.).



## O TERRITÓRIO NA PROMOÇÃO E VIGILÂNCIA EM SAÚDE

dem trazer inúmeros problemas de saúde, tanto diretos pela emissão de poluentes como indiretos, devido à ação desestruturadora de tradições e redes sociais locais, já que os fluxos que caracterizam estes empreendimentos (transporte de cargas, mão de obra etc), muitas vezes de grande porte, podem ter efeitos avassaladores sobre a vida social local. Em contrapartida, a partir da localização territorial de problemas de saúde, pode-se apreender o feixe de relações que caracterizam a situação-problema.

Apesar da importância do nível local para a análise e planejamento de ações de saúde, também devemos considerar outros níveis de determinação dos problemas de saúde. A região é um desses níveis. Existem regiões com mais ou menos recursos e regiões que apresentam condições particulares de risco. A esquistossomose, por exemplo, é um problema mais freqüente na faixa litorânea da região Nordeste. Um agente de saúde que trabalha no nível local, em um dos municípios dessa região, precisa saber que está em uma zona de risco, mesmo que não tenham sido observados casos da doença em seu município. Além disso, qualquer ação de controle da doença precisa envolver toda a região. Se isso não acontecer de forma articulada, a doença pode retornar. No caso da esquistossomose, como em diversos outros problemas de saúde, a transmissão é promovida por uma combinação de fatores que existem e persistem naquela região, como a pobreza, a falta de saneamento, o difícil acesso a serviços de saúde e as condições climáticas favoráveis.

Outros 'determinantes' têm origem ainda mais remota, bem longe do local de trabalho dos agentes, mas podem influir sobre as condições de saúde. Esse é o caso do acesso aos medicamentos para a Aids. Esse assunto, que envolve a produção e comércio de insumos de saúde, tem sido discutido em comissões internacionais, e o Brasil tem tido uma posição de garantia da gratuidade e universalidade das terapias anti-retrovirais como política de tratamento de doentes e redução da transmissão do HIV.

### **Delimitação e Uso do Território pelo Poder Público nas Ações de Saúde**

Como vimos, todos nós vivemos em um espaço geográfico, desenvolvemos nossas vidas em lugares, que são também territórios. Apesar dos muitos conceitos ou representações que possamos ter, o território está

## O TERRITÓRIO E O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

sempre relacionado a uma área delimitada onde a vida acontece, submetida a certas inter-relações, regras ou normas.

No entanto, a adoção de um limite territorial para analisar e atuar, por exemplo, sobre as condições ambientais e de saúde, é reconhecidamente artificial. Nem o ambiente pode ser completamente constricto dentro dos limites de um território, nem os processos sociais se restringem a esses limites. Podemos falar da qualidade da água de um bairro, mas sabemos que a água não é do bairro. Ela vem de uma fonte de abastecimento, é tratada ou não, é distribuída para vários bairros e, às vezes, várias cidades. Mas, para atuar sobre o problema da qualidade da água, devemos pensar no bairro como um território que tem uma população que está sob risco e que tem uma organização política, que pode ajudar a resolver seus problemas. Além disso, o território é, na maior parte das vezes, utilizado como estratégia para a coleta e organização de dados sobre ambiente e saúde, mas se deve manter claro que os processos sociais e ambientais transcendem esses limites. É importante obter relatórios, analisar e atuar sobre estes territórios, mesmo sabendo que os problemas, na maior parte das vezes, não estão limitados a este território.

As doenças transmissíveis de pessoa para pessoa, como a gripe, a meningite, o sarampo, são bons exemplos. Fazemos estatísticas da situação destas doenças nos vários territórios do Brasil (bairros, municípios, estados etc.), mas sabemos que tais doenças podem se espalhar e que não obedecem aos limites destes territórios. O que procuramos fazer, no sentido das práticas de vigilância em saúde, é compreender onde estas doenças estão e que caminhos (percursos) podem tomar para poder prevenir situações de emergência. Não é por acaso que a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) mantém postos de vigilância em portos e aeroportos. Estes lugares podem ser considerados estações por onde passam pessoas e mercadorias que representam perigo. Essas estações estão nas fronteiras, exatamente onde dois ou mais territórios se tocam.

Portanto, o primeiro problema para as ações de saúde é a delimitação dos territórios e a identificação dos poderes instituídos dentro destes territórios. A idéia de que estes territórios são fechados e autônomos é completamente artificial. Mas esta territorialização, que veremos mais adiante, serve, primeiramente, para organizar as práticas de trabalho da vigilância em saúde. Precisamos atuar sobre este território e, ao mesmo tempo, reconhecer que ele tem

## O TERRITÓRIO NA PROMOÇÃO E VIGILÂNCIA EM SAÚDE

um conteúdo social, político e ambiental e que tem uma população que pode sofrer conseqüências dos processos de produção e consumo sobre a sua saúde. Mas, além disso, precisamos lembrar que estes territórios estão ligados por redes em que as pessoas, as informações, energia e materiais circulam cada vez com mais intensidade e velocidade.

Geralmente, admite-se que o território representa um limite de poder ou de responsabilidade do governo ou de um setor. Trata-se, nesse caso, de divisões político-administrativas, ou puramente administrativas, que se traduzem em diferentes escalas ou níveis. Dessa forma, o território maior contém vários territórios menores e, portanto, existe uma hierarquia de territórios. Por exemplo, o território nacional é a extensão total da República Federativa do Brasil; os territórios estaduais (26 estados e um Distrito Federal) são áreas em que a República é fragmentada para facilitar a governabilidade, e os municípios (mais de 5.500) são fragmentações dos estados, que são subdivididos com a mesma finalidade. Hierarquia, nesse caso, não quer dizer mando, e sim uma articulação entre níveis de governo, cada um com sua escala de atuação e de responsabilidade. Um secretário de saúde estadual não 'manda' em um secretário municipal. Eles compartilham poderes de atuação em diferentes níveis de governo.<sup>3</sup>

Em alguns casos podem ser criados territórios com objetivos específicos para integrar áreas semelhantes em uma ou várias características. Por exemplo, no Brasil existem cinco regiões: Norte, Nordeste, Sul, Sudeste e Centro-oeste. Cada uma delas agrega vários estados. Existe outra maneira de criar territórios, como no caso do território que compreende a Amazônia Legal, que corresponde à área de influência do ecossistema amazônico. Nesse caso, foram integradas áreas relativamente homogêneas em seus aspectos naturais e socioeconômicos e que, além de conter áreas totais de vários estados, também compreende partes de outros estados, como o Maranhão e o Mato Grosso.

Os setores de governo podem criar territórios para fins administrativos, isto é, para facilitar a organização do seu trabalho. Esse é o caso da manutenção de telefones, da distribuição de energia ou mesmo dos processos eleitorais. O setor saúde também tem suas divisões territoriais no interior dos estados e

<sup>3</sup>Sobre a discussão de atribuições dos diferentes níveis de gestão, ver Machado, Lima e Baptista, texto "Configuração institucional e o papel dos gestores no Sistema Único de Saúde", no livro *Políticas de Saúde: a organização e a operacionalização do Sistema Único de Saúde*, nesta coleção (N. E.).

## O TERRITÓRIO E O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

municípios, que podem não ter limites claros, e em geral obedecem a critérios de equilíbrio das populações a serem atendidas pelo Sistema de Saúde.

Essas divisões e subdivisões territoriais são espaços de poder, de domínio público ou privado, seja ele de caráter administrativo, gerencial, econômico, político, cultural, ou religioso, dentre outros. Esse poder existe também nas redes de relacionamento humano que se constroem no espaço. Mesmo que não seja visível, ainda que não se exerça de forma organizada, ou as pessoas não sejam conscientes dele, o poder das populações pode ser estabelecido por intermédio das atividades cotidianas. Por isso, a importância de que todos estejam cientes de suas potencialidades, do que são capazes de fazer para melhorar as realidades em que vivem.

Os territórios são, portanto, espaços e lugares, construídos socialmente. São muito variáveis e dinâmicos, e a sua peculiaridade mais importante é ser uma área de atuação, de fazer, de responsabilidade.

O território é sempre um campo de atuação, de expressão do poder público, privado, governamental ou não-governamental e, sobretudo, populacional. Cada território tem uma determinada área, uma população e uma instância de poder.

Grande parte da chamada Reforma Sanitária brasileira foi assegurada pela implantação de normas que garantiram princípios de universalidade, integralidade e equidade do sistema de saúde. A universalidade é a garantia de atenção à saúde por parte do sistema a todo e qualquer cidadão. A integralidade da atenção prevê o atendimento do cidadão com ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação oferecidas pelo sistema de saúde. A equidade é a garantia de ações e serviços em todos os níveis de acordo com a sua complexidade, sem privilégios e sem barreiras.<sup>4</sup>

Dentre os princípios organizativos, destacam-se: a descentralização da gestão do sistema, a regionalização e hierarquização dos serviços, a participação da comunidade e o caráter complementar do setor privado. Esses princípios foram operacionalizados por meio da publicação da Norma Operacional de Atenção à Saúde (Noas-SUS de 2001). A Noas (Brasil, 2001) prevê a organização de uma rede articulada e efetiva de serviços que integrem as capacidades de

---

<sup>4</sup> Sobre os princípios e diretrizes do SUS, ver Matta, texto "Princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde", no livro *Políticas de Saúde: a organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde*, nesta coleção (N. E.).

## O TERRITÓRIO NA PROMOÇÃO E VIGILÂNCIA EM SAÚDE

diversos municípios, de modo a alcançar economias de escala e evitar ineficiências do sistema. Além disso, assegura o acesso dos cidadãos a um conjunto de ações e serviços de saúde de uso mais freqüente o mais próximo possível de suas residências, recomendando o acesso a todos os demais níveis de assistência por meio de referências inter e intramunicipais.

A implementação desses princípios na rede de serviços é ainda um desafio aos gestores do sistema de saúde. Dentre as dificuldades enfrentadas para sua efetivação, pode-se destacar a profunda desigualdade social existente no país, a participação crescente dos serviços de atenção suplementar e a necessidade de regulação desse sistema, e finalmente a carência de informações e metodologias de análise que permitam comparar necessidades e oferta de serviços de saúde no nível local.

A demanda por serviços de saúde está diretamente relacionada à percepção que os indivíduos e as populações têm acerca de suas necessidades e problemas de saúde. Por outro lado, cada indivíduo ou grupo populacional específico (crianças, mulheres, idosos, homens, diabéticos, e outros) procura a rede de assistência à saúde tendo em vista as necessidades singulares de atenção e cuidado. Visto assim, as desigualdades no uso de serviços de saúde, ou seja, no ato de procurá-los, de ter acesso e se beneficiar com o atendimento recebido, refletem tanto as desigualdades individuais no risco de adoecer e morrer como as diferenças no comportamento do indivíduo perante a doença, além das características da oferta de serviços que cada sociedade disponibiliza para seus membros. As necessidades de saúde possuem um forte diferencial dentro das cidades e dentro das regiões, dependente das condições gerais de vida da população e do acesso a serviços de saúde. Esses diferenciais geram fluxos de pacientes em busca de recursos, que devem ser avaliados e considerados no processo de alocação de serviços (Campos, 2003).

Para Peiter et al. (2006), os processos de descentralização e regionalização desencadeados com base em instrumentos regulatórios – normas operacionais-, vêm-se consolidando ao longo dos últimos anos, com a implementação das NOB/SUS (Norma Operacional Básica do SUS). Foram feitas, desde o início dos anos 90 do último século, várias tentativas para transferir as responsabilidades de saúde para os municípios. As NOB/SUS 01/91 e NOB/SUS 01/92 já enfatizavam a necessidade da descentralização das ações e serviços de saúde, porém foi a partir da NOB 01/93 que se elegeu a

## O TERRITÓRIO E O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

municipalização como foco da atenção. Em 1996, foi criada a NOB/SUS 01/96, a qual redefiniria novas condições de gestão dos municípios (Gestão da Atenção Básica e Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde), e estados (Gestão Avançada e Gestão Plena do Sistema Estadual). Ainda em vigor atualmente, esta norma vem possibilitando a expansão mais acelerada da rede de serviços municipais de saúde, e os gestores estaduais e federais passam a se constituir co-responsáveis pela assistência à saúde.

Em 2001, com a Noas-SUS (Norma Operacional de Assistência à Saúde), foi feito um movimento no sentido de estabelecer pólos regionais de saúde, na perspectiva de superar possível ineficiência na prestação de todos os níveis de assistência em cada município. A Noas alerta para a atomização dos serviços provocada pela municipalização e aponta para sua otimização, uma rede de serviços regionalizada. Nesse sentido, introduz como norma para o SUS um Plano Diretor de Regionalização (PDR) para o ordenamento do processo de organização da assistência à saúde, tendo como coordenador o gestor estadual. Para tanto, visa identificar as funções de cada município no sistema de saúde do estado e suprir as iniquidades na atenção à saúde, definindo um conjunto de ações de atenção básica, que devem ser incorporadas por todos os municípios, além do incentivo de criação de unidades referenciadas capazes de atender as demandas de saúde de um conjunto maior de pessoas, englobando um conjunto de municípios vizinhos.

A delimitação dessas regiões deve ter como critério um grau ótimo de resolutividade referente a cada território no que tange à suficiência em atenção básica e parte da média complexidade. Quando as necessidades e os problemas das populações extrapolarem a capacidade de resposta da região de saúde, a complementaridade da atenção (média e alta complexidade) deverá ser buscada com base em arranjos inter-regionais que agreguem as regiões em macrorregião de saúde. As regiões podem ter diferentes desenhos – intra-estaduais, compostas por mais de um município dentro do mesmo estado; intramunicipais, organizadas no interior de um mesmo município de grande extensão territorial e densidade populacional; interestaduais, conformadas por municípios limítrofes de diferentes estados, e de fronteira, composta por municípios limítrofes com países vizinhos.

## O TERRITÓRIO NA PROMOÇÃO E VIGILÂNCIA EM SAÚDE

### **O Plano Diretor Municipal: instrumento para a criação de espaços saudáveis**

O Estatuto da Cidade (lei federal 10.257, de 10 de julho de 2001), define o Plano Diretor Municipal como instrumento básico para orientar a política de desenvolvimento e de ordenamento da expansão urbana do município. A elaboração do Plano Diretor do município implica fazer o planejamento territorial para definir o melhor modo de ocupar o território, prever a localização de atividades e todos os usos do território, presentes e futuros. O Plano Diretor é um instrumento poderoso para projetar, da melhor maneira possível e de forma saudável, a ocupação do município.

A questão da delimitação territorial para a ação de responsabilidade pública e a compreensão de seu uso pela população cada vez mais se faz presente na implantação de planos diretores nas cidades. A participação de profissionais de saúde é fundamental no processo de elaboração do Plano Diretor e no monitoramento das transformações da sociedade e do território, de modo a identificar ações que possam ocasionar problemas e vulnerabilidades de saúde para a população.

Pelo planejamento territorial, pode-se converter o município em benefício para todos, permitir o acesso às oportunidades ao conjunto dos moradores, garantir condições satisfatórias para prover o desenvolvimento municipal, democratizando as condições para usar os recursos disponíveis de forma sustentável. O Plano Diretor pode contribuir para a redução das desigualdades sociais e territoriais porque redistribui os riscos e os benefícios da urbanização.

O objetivo fundamental é estabelecer como a propriedade cumprirá sua função social, de forma a garantir o acesso à terra urbanizada e regularizada, reconhecer a todos os cidadãos o direito à moradia e aos serviços urbanos na perspectiva de tornar-se um instrumento que introduz a concepção de desenvolvimento sustentável às cidades brasileiras.

O Plano Diretor deve ainda articular outros processos de planejamento, que envolvem ações no território e que tenham sido implementados no município e na região, como a Agenda 21, planos de bacia hidrográfica, zoneamento ecológico econômico, planos de preservação do patrimônio cultural, planos de desenvolvimento turístico sustentável, dentre outros.

## O TERRITÓRIO E O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

### AGENDA 21

É um instrumento de planejamento de políticas públicas, que envolve a sociedade civil e o governo em um processo amplo e participativo de consulta sobre os problemas ambientais, sociais e econômicos locais e o debate sobre soluções para esses problemas através da identificação e implementação de ações concretas que visem ao desenvolvimento sustentável local. ([www.mma.gov.br](http://www.mma.gov.br))

### ZONEAMENTO ECOLÓGICO ECONÔMICO

O Zoneamento Ecológico-Econômico (ZEE) é um instrumento para racionalização da ocupação dos espaços e de redirecionamento de atividades. Ele deve servir de subsídio a estratégias e ações para a elaboração e execução de planos regionais em busca do desenvolvimento sustentável. O Zoneamento Ecológico-Econômico tem sido a proposta do governo brasileiro para subsidiar as decisões de planejamento social, econômico e ambiental do desenvolvimento e do uso do território nacional em bases sustentáveis. Nesse sentido, ele tem por objetivo executar o zoneamento em diversas escalas de tratamento das informações e integrá-lo aos sistemas de planejamento em todos os níveis da administração pública.

**PLANO DE BACIA HIDROGRÁFICA:** Os planos de bacia hidrográfica, de caráter diretor, são elaborados em conformidade e coordenadamente com o Plano Estadual de Recursos Hídricos e têm por finalidade orientar a implementação de programas e projetos nas respectivas bacias, compatibilizando os aspectos quantitativos e qualitativos, de modo a assegurar que as metas e usos previstos no referido plano sejam alcançados simultaneamente com melhorias sensíveis e contínuas dos aspectos qualitativos dos corpos d'água.

**PLANO DE PRESERVAÇÃO DO PATRIMÔNIO CULTURAL:** O plano de preservação do patrimônio cultural prevê o zoneamento do território de modo a preservar os imóveis de arquitetura significativa para o patrimônio histórico, artístico ou cultural. Para tanto, são criadas as Zonas Especiais de Preservação do Patrimônio Histórico-Cultural (ZEPH), que são áreas formadas por sítios, ruínas, conjuntos antigos e edifícios isolados de relevante expressão artística, histórica, arqueológica e/ou paisagística, que requerem sua manutenção, restauração ou compatibilização com o sítio integrante do conjunto.

**PLANO DE DESENVOLVIMENTO TURÍSTICO SUSTENTÁVEL:** O Plano de Desenvolvimento Turístico Sustentável é um planejamento cujas estratégias são de indução ao desenvolvimento turístico local, que prevê a adoção de uma metodologia participativa, pela qual mobilizam-se recursos das comunidades, em parceria com atores da sociedade civil, de governos e empresas, em todos os níveis, para a realização de diagnósticos da situação de cada localidade, a identificação de potencialidades, a escolha de vocações e a confecção de planos integrados de desenvolvimento.



## O TERRITÓRIO NA PROMOÇÃO E VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Dentre essas iniciativas, destaca-se um dos mais importantes movimentos no campo da saúde pública nos últimos anos. Trata-se da promoção da saúde (que veremos no outro artigo), que tem, entre as suas propostas de intervenção, a criação de ambientes saudáveis por intermédio do movimento das 'cidades saudáveis'. A concepção de cidades saudáveis consiste em uma forma interessante de incorporar o conceito de promoção da saúde ao modelo de orientação das práticas de saúde ao propor como eixos de atuação a intersectorialidade e a participação e o fortalecimento comunitário. O movimento das cidades saudáveis tem enorme potencial em constituir-se em um princípio fundamental para orientar a elaboração de planos diretores municipais.

Conforme a geógrafa Maria Adélia de Souza (2004), a importância do lugar, no mundo atual, vem colocando em destaque o poder local, proporcionando uma atuação política por parte das pessoas tendo em vista a convivência cotidiana, com base na solidariedade. Ela acrescenta, ainda, que é justamente isso que possibilita construir lugares e práticas saudáveis.

Apesar de o conceito de cidade saudável ser mencionado desde o século XIX na Europa, surgiu como evolução conceitual no interior do movimento de promoção de saúde na América do Norte na década de 1980. Ao superar a idéia reducionista de educação sanitária, a Organização Mundial da Saúde (OMS) formula novas concepções pautadas no papel das cidades na promoção da saúde nos termos de políticas favoráveis à saúde, ou seja, considera cidade saudável aquela na qual os dirigentes governamentais enfatizam a saúde de seus cidadãos dentro de uma ótica ampliada de qualidade de vida. No caso específico da América Latina, essa concepção vem sendo difundida por meio do reconhecimento de sua potencialidade apesar de certa resistência na compreensão de seu significado e aplicação no campo da saúde pública.

Isso se deve a inúmeros fatores, entre os quais se destaca o fato de a cultura sanitária ter ainda como referência um modelo fragmentado biológico e pautado pela banalização da tecnologia, que se traduz nas estratégias de programas verticais. Ainda é muito incipiente uma compreensão mais adequada dos determinantes globais da saúde para criar essa nova cultura.

Mais especificamente no Brasil, acreditamos que, devido às características históricas e geográficas de construção da delimitação territorial dos municípios, o movimento tem-se definido através de municípios, e não apenas dentro

## O TERRITÓRIO E O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

dos limites urbanos das cidades, expandindo assim estes limites para além das cidades-sede dos municípios. Para nós, isto potencializa as possibilidades de sua aplicação dada à importância das relações espaciais da cidade e seu entorno, muitas vezes rural, mais próximo e imediato. Estas populações do entorno cada vez mais vivem o cotidiano das cidades-sede, pois com a intensa urbanização do campo as pessoas que trabalham em atividades rurais vivem em áreas urbanas dos municípios.

Em um mundo em que a tendência à aglomeração no espaço vem-se verificando em um sistema econômico com intensa exclusão social, as pessoas criam para produzir, circular, consumir, viver e interagir em contextos heterogêneos com diferentes padrões de condições de vida. É a partir disso que pretendemos conduzir a aproximação do conceito de 'cidades saudáveis' como base para a elaboração de planos diretores municipais. Por meio de uma abordagem sobre o território usado, pretendemos superar o que consideramos como o nó crítico da intervenção no campo da saúde pública, que diz respeito à importância das condições de vida na determinação de problemas de saúde.

De acordo com Buss, Ferreira e Zancan (2002), o ponto-chave da proposta de Cidades Saudáveis é, em primeiro lugar, pôr em evidência as novas implicações da urbanidade e suas determinações quanto aos hábitos de vida e saúde das populações, além da mudança de estratégias no enfoque da saúde, tendendo a reforçar as ações locais e as organizações sociais, implicando fundamentalmente o papel da comunidade e seu fortalecimento nas decisões que dizem respeito à sua qualidade de vida.

A criação de ambientes saudáveis deve se dar dentro do âmbito de um novo entendimento de saúde e de um modelo assistencial pautado na promoção da saúde. Os conceitos devem ser instrumentalizados por categorias de análise, que tratam os diversos contextos de relações humanas de forma ampliada e complexa, direcionando as abordagens de modo que integrem a sociedade e seu território de vida. Com isso, é possível perceber as diferenças concretas, materializadas nas condições de vida e seus problemas, induzindo a uma flexibilização das soluções e maior proximidade com a realidade social, podendo assim elaborar o planejamento territorial do município de acordo com as reais necessidades e potencialidades locais.

## O TERRITÓRIO NA PROMOÇÃO E VIGILÂNCIA EM SAÚDE

### **Promoção, Prevenção e Vigilância em Saúde: conceitos e estratégias**

A partir da década de 1970, no contexto de grandes transformações sociais, políticas e culturais postas pelo processo de globalização, do esgotamento do paradigma biomédico e da mudança do perfil epidemiológico da população, sob o patrocínio da OMS, o ideário da promoção da saúde vem tendo uma crescente influência no processo de formulação das políticas públicas em diversos países do mundo (Monken et al., 2006).

No Brasil, a promoção da saúde tem-se apresentado como um eixo (Akerman, 2005) estruturante de várias propostas de mudança do modelo de atenção e de reorientação das práticas de saúde. Segundo Carvalho (2005), a promoção da saúde se faz presente na proposta da vigilância em saúde, sustenta o projeto das Cidades Saudáveis e suas diretrizes são partes estruturantes de vários projetos de reorganização da rede básica atualmente vinculados ao Programa de Saúde da Família (PSF).

De acordo com Buss, Ferreira e Zancan (2002), a promoção da saúde representaria uma estratégia de grande potencial para o enfrentamento de múltiplos problemas que interferem na saúde da população. Parte-se de uma concepção ampliada do processo saúde-doença e de seus determinantes e propõe-se a articulação de saberes técnicos e populares, além da mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados para seu enfrentamento. Apresenta, também, como estratégias centrais para a sua implementação, a constituição de 'políticas públicas saudáveis' e o 'desenvolvimento de habilidades pessoais'.

Mas cabe ressaltar que o projeto da promoção da saúde, além de ser uma formulação relativamente recente, não é um consenso no assim chamado 'campo da saúde coletiva'. Carvalho (2005), ao revisar publicações em importantes periódicos que tratam da saúde pública e artigos de consagrados pesquisadores, constatou uma 'miríade de opiniões' sobre a promoção da saúde.

No entanto, existe uma grande controvérsia tanto na compreensão quanto até mesmo na própria diferenciação entre os conceitos de promoção da saúde e o de prevenção. A origem pode estar, sobretudo, nas diferentes concepções das teorias sobre causas das doenças e no conceito de saúde delas derivadas. Até meados do século XX, a saúde vinha sendo definida em termos de ausência de

## O TERRITÓRIO E O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

doença, como uma consequência do acúmulo e do avanço de uma imensa produção de conhecimento médico e tecnológico consolidando sua referência na biologia e na tecnologia.

De acordo com Buss, Ferreira e Zancan (2002), a promoção da saúde está relacionada a aspectos globais da comunidade – com maior expressividade fora da prática biomédica –, e a prevenção das doenças é uma atividade eminentemente biomédica. Estas duas noções baseiam-se em duas concepções ou paradigmas diferentes. A prevenção, por exemplo, está calcada na concepção de risco ou de probabilidade de se tornar doente, direcionando seus estudos e intervenções a grupos restritos.

Os mesmos autores acrescentam ainda que a idéia de promoção da saúde é antes de tudo um movimento social e de profissionais de saúde que, inicialmente, era entendido e caracterizado como um nível de atenção da medicina preventiva. Hoje, é compreendido mais em um enfoque político e técnico em torno do processo saúde-doença-cuidado.

Apesar de sabermos que é muito difícil, do ponto de vista operacional, separar estas duas noções, principalmente em países pobres, entendemos que, ao acrescentar a importância da influência das dimensões sociais, econômicas, políticas, históricas, espaciais e culturais, ampliamos o entendimento de produção da saúde e, assim, ao conceito de promoção da saúde.

De acordo com a Carta de Ottawa de 1986, este conceito está associado a uma série de princípios norteadores que o caracterizam.<sup>5</sup> Primeiramente, como um conjunto de valores (vida, saúde, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação e parceria), mas trata-se, sobretudo, de uma combinação de estratégias (do Estado, da comunidade, de indivíduos, do sistema de saúde e da parceria intersetorial) visando à responsabilização mútua para os problemas e as soluções.

Outro princípio a ressaltar na Carta de Ottawa é a valorização do conhecimento popular e da participação social decorrente deste saber, o que vem a consistir na base da formulação conceitual e das práticas da promoção da saúde. A criação de ambientes favoráveis à saúde, do 'entorno sadio' vem à tona com a iniciativa das 'cidades saudáveis'. Este campo implica o reconhecimento

<sup>5</sup> Sobre o contexto de construção da proposta de atenção primária à saúde, ver Matta e Fausto, texto "Atenção primária à saúde: histórico e perspectivas", no livro *Modelos de Atenção e a Saúde da Família*, nesta coleção (N. E.).

## O TERRITÓRIO NA PROMOÇÃO E VIGILÂNCIA EM SAÚDE

da complexidade das nossas sociedades e das relações de interdependência entre os diversos setores. A proteção e conservação do ambiente, o acompanhamento dos impactos e as mudanças no ambiente sobre a saúde e a criação de espaços que a favoreçam, como o trabalho, o lazer, o lar, a escola e a própria cidade passam, dessa maneira, a compor a agenda da saúde.

Outro aspecto importante encontrado na Carta de Otawa (1986) e também na Declaração de Sundsvall (1991) é o fato de ambas definirem o ambiente a partir de uma concepção ampla, abrangendo instâncias tanto físicas quanto sociais, econômicas, políticas e culturais. A criação destes ambientes mais favoráveis à saúde faz com que, principalmente em espaços menos desenvolvidos, onde os problemas de saúde das populações são mais evidentes, estudos sejam desenvolvidos no sentido de instrumentalizar o entendimento dos problemas e desenvolver as soluções possíveis.

As ações de promoção da saúde tratam de intervenções em situações de existência que expressam determinadas condições de saúde. Essas ações, geralmente intersetoriais, são estabelecidas através de processos de trabalho, que se concretizam em espaços sociais em que vivem as pessoas. Desse modo, a abordagem territorial tem-se mostrado útil para descrever estratégias e propor ações de promoção da saúde, destacando assim o espaço das cidades e das comunidades em geral e outros ambientes institucionais de encontros formais de pessoas, como o trabalho e as escolas, como campos mais frequentes de atuação para a promoção da saúde.

Tanto a idéia de empoderamento<sup>6</sup> (como dizem os canadenses) ou, em outras palavras, o fortalecimento comunitário como a própria intersectorialidade, princípios básicos que sustentam a concepção da promoção da saúde, ajudam a incorporar ainda mais a questão do território no campo da saúde coletiva.

Em primeiro lugar, a abordagem territorial permite fazer ou implementar a integração entre os setores da gestão pública. Os diversos setores de atuação governamental na realidade não se integram, sequer conseguem se associar por si só. Cada um dos setores atua competitivamente em função de interesses que representam. Assim o setor saúde tem os seus interesses, bem como os demais setores – tais como o de transportes, a educação e a cultura –, com

<sup>6</sup> A noção de empoderamento pode indicar tanto o desenvolvimento de habilidades individuais quanto coletivas, sentido este que fortalecemos no texto. No campo da saúde, são referências desta discussão: Gohn (2005), Mance (2004), Putnam (2000), Souza Santos (2000) e Sen (1997).

## O TERRITÓRIO E O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

diferentes particularidades. O que na realidade integra os diversos setores é o território, portanto é necessário adotá-lo como categoria fundamental para a análise das condições de vida. Cada vez mais o território se torna um elemento precioso para a compreensão da dinâmica social, isto é, “da sociedade e seus territórios, sua história lá onde ela se faz” (Souza, 2004: 62) e, por conseguinte, fazer valer o reconhecimento do território e suas implicações na organização das ações de saúde. O geoprocessamento, como veremos mais adiante, a cartografia e as imagens de satélite são recursos técnicos que possibilitam e potencializam enormemente o reconhecimento do território e a organização das práticas de saúde.

Quando adotamos o território e o uso que as pessoas em cada lugar fazem dele, podemos visualizar de forma mais clara a complexidade, a inter-relação que existe entre as coisas que necessitamos para viver. O reconhecimento do território, neste sentido, torna-se um instrumento básico para a adoção de políticas de organização das ações de saúde.

Contudo, não podemos implementar políticas de saúde sem levar em consideração as especificidades de cada território, seja ele municipal, estadual ou federal. Promover a saúde instituindo programas setoriais ‘para todos’ pode vir a ser um equívoco. Políticas únicas, na maioria das vezes, não atendem às diversidades e particularidades territoriais. Normalmente, a localização dos serviços voltados para o social não se vale dessa análise do território, mas são conduzidas pelos interesses muitas vezes políticos eleitores.

Portanto, não basta implementar ações setoriais, é preciso que se faça valer tudo aquilo que é necessário e fundamental para a vida humana em um determinado lugar. A interação e articulação entre todas as coisas é que fará daquele lugar um lugar bom para se viver, enfim, um lugar saudável (Souza, 2004).

Podemos encontrar também estreita relação entre as possibilidades da análise do uso do território e a implementação de ações na saúde coletiva, no que diz respeito ao ‘empoderamento’ (ou fortalecimento comunitário). Aqui, a questão local novamente emerge para fazer valer esta relação entre saúde e território.

O empoderamento, por sua vez, é a condição que uma pessoa, um grupo social ou uma comunidade tem de ampliar, sistematicamente, sua capacidade de empreender ações, negociar e pactuar com outros atores sociais a favor do

## O TERRITÓRIO NA PROMOÇÃO E VIGILÂNCIA EM SAÚDE

bem comum, como também de se fazer ouvir, de ser respeitada e de agir coletivamente para resolver problemas e suprir necessidades comuns.

Como vimos, os problemas de saúde não se resolvem somente através do setor saúde. Hoje, precisamos cuidar do território, da 'saúde do município', além da saúde das pessoas, e, para que isso aconteça, exige-se que as pessoas que lá vivem participem da definição dos problemas prioritários e de sua resolução, incluindo aqui também o reconhecimento das suas potencialidades. É a partir do fortalecimento da solidariedade local que podemos pensar as intervenções, tomando a população como sujeito, inserindo-a nos processos, estimulando o compartilhamento de decisões e a responsabilidade cidadã.

Para o geógrafo Milton Santos (1999), é paradoxal que o processo de globalização nos faça redescobrir a dimensão do corpo humano – que se revela como uma certeza materialmente sensível – ao mesmo tempo que intensifica a experiência da fluidez, da velocidade e a referência a lugares e coisas distantes. Esse movimento reconduziu a relevância da dimensão local nos processos de planejamento e intervenção e também, como não poderia deixar de ser, no cenário científico, aproximando os verdadeiros significados da realidade social através da consideração do cotidiano. Para ele, essa socialidade no cotidiano será tanto mais intensa quanto maior a proximidade entre as pessoas envolvidas. A proximidade local interessa, assim, não apenas como uma distância cartesiana entre objetos no território, mas como uma certa contigüidade física entre pessoas em uma mesma extensão, em um mesmo conjunto de pontos contínuos vivendo com a intensidade de suas inter-relações. Acrescenta, ainda, o autor que essas características fundam a escala do cotidiano, e seus parâmetros são a co-presença, a vizinhança, a intimidade, a emoção, a cooperação e a socialização com base na contigüidade, reunindo na mesma lógica interna todos os seus elementos: pessoas, empresas, instituições, formas sociais e jurídicas e formas geográficas. O cotidiano imediato, localmente vivido, traço de união de todos esses dados, é a garantia da comunicação.

Dentro desta reflexão é que localizamos a importância da relação da solidariedade com a questão do território local para a implementação de políticas de saúde. A solidariedade é um atributo humano que se constrói, neste mundo de hoje, cada vez mais justamente nos lugares de vida. São as pessoas comuns que tomam a iniciativa da solidariedade, especialmente lá onde elas vivem.

## O TERRITÓRIO E O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

No entanto, como diz a geógrafa Maria Adélia de Souza (2004), a solidariedade se manifesta sob diferentes formas: desde a mais generosa para ajudar aquele que precisa, até a solidariedade organizada para se relacionar politicamente com as instituições, com as empresas e os governos. É deste modo que poderemos inserir as pessoas nos processos de planejamento e intervenção, pois tudo isso passa a ser ingrediente de política pública, tornando assim fundamental a reflexão sobre a questão território e saúde como base das políticas de saúde.

No Brasil, a divulgação dessas propostas se encontra e se articula com o debate sobre os modelos de atenção à saúde, principalmente com a proposta de 'vigilância em saúde', um dos temas fundamentais que subsidiam a formulação de políticas e estratégias no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

### **A Vigilância em Saúde como Modo Tecnológico de Organização do Trabalho no Território<sup>7</sup>**

A expressão vigilância em saúde remete, inicialmente, à palavra vigiar. Sua origem – do latim *vigilare* – significa observar atentamente, estar atento a, atentar em, estar sentinela, procurar, campear, cuidar, precaver-se, acautelar-se (Holanda, 1999).

No campo da saúde, uma das dimensões da vida humana, estes termos se relacionam de diferentes formas, de acordo com a diversidade histórica, social, econômica e cultural. vigilância está historicamente relacionada aos conceitos de saúde e doença, presentes em cada época e lugar, às práticas de atenção aos doentes e com os mecanismos adotados para tentar impedir a disseminação das doenças. “A Vigilância, assim como a clínica e a medicina, é uma prática social e histórica, mesmo quando aparenta neutralidade e objetividade” (Meneghel; Gigante & Béria, 2002).

Desde os primórdios o homem estabelece práticas no intuito de manter a sua saúde. O isolamento é uma das práticas mais antigas de intervenção social relativa à saúde dos homens. Inicialmente, identificados com o caráter religioso que orientava as práticas de saúde na idade Média – que concebia a

---

<sup>7</sup> Este item contou com a co-autoria do professor Carlos Batistella, igualmente autor de outros textos do presente livro.



## O TERRITÓRIO NA PROMOÇÃO E VIGILÂNCIA EM SAÚDE

doença como pecado, expiação, (Rosen, 1994; Scliar, 2002) –, a segregação e o afastamento do convívio social dos doentes/pecadores eram promovidos como forma de evitar que o mal se propagasse.<sup>8</sup>

No final da Idade Média, o modelo médico e político de intervenção que surgia para a organização sanitária das cidades deslocava-se do isolamento para a quarentena. Até o século XVII prevalece o modelo suscitado pela lepra, baseado na idéia da purificação religiosa e da purificação do espaço urbano, constituindo a medicina da exclusão, do exílio. Outro esquema médico-político foi estabelecido contra a peste. Nele, a quarentena, baseada na análise minuciosa da cidade, no registro permanente da saúde e da doença sobre o espaço esquadrihado, dividido, inspecionado, constitui não mais um modelo religioso, mas militar. Não mais a purificação religiosa, mas a revista militar.

Três experiências iniciadas no século XVIII, na Europa, irão constituir os elementos centrais das atuais práticas da vigilância em saúde.

A medicina de Estado, surgida na Alemanha do século XVIII, com a organização de um sistema de observação da morbidade, com a normalização do saber e práticas médicas, a subordinação dos médicos a uma administração central e a integração de vários médicos em uma organização médica estatal.

A medicina urbana, com seus métodos de vigilância e hospitalização, por sua vez, não é mais do que um aperfeiçoamento, na segunda metade do século XVIII, do esquema político-médico da quarentena. Surgida na França, a higiene urbana tinha como preocupação central a análise das regiões de amontoamento que significassem ameaça à saúde humana, como os cemitérios e os matadouros, propondo sua realocação e o controle da circulação do ar e da água. Era a medicalização das cidades.

Por fim, com o desenvolvimento do proletariado industrial na Inglaterra, a medicina inglesa começa a tornar-se social por meio das leis dos pobres, cabendo destaque à de 1832. Caracterizada pela assistência e controle autoritário dos pobres, a implantação de um cordão sanitário que impunha o controle do corpo da classe trabalhadora através da vacinação, do registro de doenças e do controle dos lugares insalubres visava a torná-las mais aptas ao trabalho e menos perigosas às classes ricas (Foucault, 1982).

<sup>8</sup> Sobre a construção histórica das práticas de saúde, ver Lima, texto "Bases histórico-conceituais para a compreensão do trabalho em saúde", no livro *O Processo Histórico do Trabalho em Saúde*, nesta coleção (N. E.).

## O TERRITÓRIO E O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

Até meados do século XIX, a saúde pública dispunha de poucos instrumentos para o controle de doenças. Os mais utilizados eram o isolamento e a quarentena. O desenvolvimento das investigações no campo das doenças infecciosas e da microbiologia resultou no aparecimento de novas e mais eficazes medidas de controle, entre elas a vacinação. Surge, então, em saúde pública, o conceito de vigilância, definido pela específica, mas limitada função de observar contatos de pacientes atingidos pelas denominadas 'doenças pestilenciais'.

Seu propósito era detectar a doença em seus primeiros sintomas e, somente a partir desse momento, instituir o isolamento. Em síntese, esse conceito envolvia a manutenção do alerta responsável e da observação para que fossem tomadas as medidas indicadas. Portanto, constituía uma conduta mais sofisticada do que a prática restritiva de quarentena.

No Brasil, o termo vigilância está presente no decreto do Príncipe Regente, de 1809, quando são propostas medidas de isolamento e de controle sanitário aos portos: "Da conservação da saúde pública; devendo haver todo o zelo, cuidado e *vigilância*, em que ela não perigues por contágio, (...)" (apud Brasil, 2005: 14).

O desenvolvimento da bacteriologia no fim do século XIX e a utilização de recursos que possibilitaram a descoberta dos microrganismos propiciaram a execução da vacinação antivariólica, iniciando uma nova prática de controle das doenças, com repercussões na forma de organização de serviços e ações em saúde coletiva (Brasil, 2005).

No Brasil, a medicina higienista começava a ganhar força e a pautar o planejamento urbano da maioria das cidades. Os problemas de saúde que aparecem como preocupação maior do poder público são as endemias e as questões gerais de saneamento nos núcleos urbanos e nos portos.

As campanhas contra a febre amarela, peste bubônica e varíola, assim como as medidas gerais destinadas à higiene urbana, caracterizavam-se pela utilização de medidas jurídicas impositivas de notificação de doenças, vacinação obrigatória e vigilância sanitária em geral.

Diversos termos utilizados pela saúde pública institucionalizada, tais como campanha, erradicação, controle, estratégia são expressivos de uma concepção militar das relações entre a sociedade e Estado. Assim, a 'eliminação do inimigo' foi traduzida no campo da saúde pública com a noção de 'erradicação', enquanto a idéia de 'controle' evoluiria para a noção de 'vigilância', correspon-

## O TERRITÓRIO NA PROMOÇÃO E VIGILÂNCIA EM SAÚDE

dente ao período da guerra fria. Assim a denominação 'vigilância epidemiológica' passou a ser usada mais amplamente a partir dos anos 50.

A partir da década de 1950, o conceito de vigilância é modificado, deixando de ser aplicado no sentido da observação sistemática de contatos de doentes para ter significado mais amplo, o de acompanhamento sistemático de eventos adversos à saúde na comunidade, com o propósito de aprimorar as medidas de controle.

Em 1963, Alexander Langmuir, epidemiologista norte-americano, conceituou vigilância em saúde como a observação contínua da distribuição e tendências da incidência de doenças mediante a coleta sistemática, consolidação e avaliação de informes de morbidade e mortalidade, assim como de outros dados relevantes, e a regular disseminação dessas informações a todos os que necessitam conhecê-la.

Essa noção de vigilância, baseada na produção, análise e disseminação de informações em saúde, restringia-se ao assessoramento das autoridades sanitárias quanto à necessidade de medidas de controle, deixando a decisão e a operacionalização dessas medidas a cargo das próprias autoridades sanitárias (Waldman, 1998).

Em 1964, Karel Raska, epidemiologista tcheco, propõe o qualificativo 'epidemiológica' ao conceito de vigilância – designação consagrada no ano seguinte com a criação da Unidade de Vigilância Epidemiológica da Divisão de Doenças Transmissíveis da OMS —, baseado no argumento de que a vigilância deveria ser conduzida respeitando as características particulares de cada doença, com o objetivo de oferecer as bases científicas para as ações de controle.

Em 1968, a XXI Assembléia Mundial da Saúde promove ampla discussão sobre a aplicação da vigilância no campo da saúde pública, que resulta em uma visão mais abrangente desse instrumento, com recomendação de sua utilização não só em doenças transmissíveis, mas também em outros eventos adversos à saúde (Waldman, 1998).

Um dos principais fatores que propiciaram a disseminação da vigilância como instrumento em todo o mundo foi a 'Campanha de Erradicação da Varíola', nas décadas de 1960 e 1970. Neste período, no Brasil, a organização do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica – SNVE (1975), ocorre através da instituição do Sistema de Notificação Compulsória de Doenças. Em 1976, é criada a Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária ao passo que a Norma

## O TERRITÓRIO E O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

MSGM 1565/94 define a organização do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, estabelecendo a competência das três esferas de governo e as bases para a descentralização das ações e serviços de vigilância em saúde no âmbito do SUS. No caso da vigilância ambiental, começou a ser pensada e discutida, a partir da década de 1990, especialmente com o advento do Projeto de Estruturação do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde – Vigisus (EPSJV, 2002: 90-111).

As discussões que se intensificaram a partir da década de 1990 em torno da reorganização do sistema de vigilância epidemiológica – que tornou possível conceber a proposta de ação baseada na vigilância da saúde – acabaram por influenciar novas propostas que surgiram na mesma época nos países industrializados, como as de vigilância ambiental em saúde pública (Thacker et al., 1996) ou de abordagem holística para a vigilância em saúde pública (Levy, 1996). É importante salientar que essas propostas continham pelo menos três elementos que deveriam estar integrados: 1) a vigilância de efeitos sobre a saúde, como agravos e doenças, tarefa tradicionalmente realizada pela vigilância epidemiológica; 2) a vigilância de perigos, como agentes químicos, físicos e biológicos que possam ocasionar doenças e agravos, tarefa tradicionalmente realizada pela vigilância sanitária; 3) a vigilância de exposições, por meio do monitoramento da exposição de indivíduos ou grupos populacionais a um agente ambiental ou seus efeitos clinicamente ainda não aparentes (subclínicos ou pré-clínicos), este último se coloca como o principal desafio para a estruturação da vigilância ambiental (Freitas et al., 2002; EPSJV, 2002).

O debate sobre a construção da vigilância em saúde se iniciou, no Brasil, no início dos anos 90 do último século, quando vários distritos sanitários em processo de implantação buscavam organizar os esforços para redefinir as práticas de saúde, tentando articular a epidemiologia, o planejamento e a organização dos serviços (Teixeira, Paim & Villasbôas, 2000). Naquele momento, a preocupação incidia sobre a possibilidade de reorganizar a prestação dos serviços, buscando a integração das diferentes lógicas existentes: a atenção à demanda espontânea, os programas especiais e a oferta organizada dos serviços, com base na identificação das necessidades de saúde da população.

Com o desenvolvimento do Projeto Vigisus, a discussão acerca da vigilância em saúde se amplia, com intenso debate em diversos fóruns de saúde pública, possibilitando a consolidação da área, expressa na reorganização de

## O TERRITÓRIO NA PROMOÇÃO E VIGILÂNCIA EM SAÚDE

secretarias estaduais e municipais e no desenvolvimento de novas práticas que incorporam seus conceitos estruturantes – território/população, problemas de saúde, intersectorialidade e interdisciplinaridade.

Mais recentemente, são observados dois processos de institucionalização da vigilância no país: de um lado, a criação da Anvisa – autarquia vinculada ao Ministério da Saúde (Lei 9.782/99), que resultou na incorporação das competências e ações da Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária, adicionando novas missões, como a coordenação do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS), do Programa Nacional de Sangue e Hemoderivados e do Programa Nacional de Prevenção e Controle de Infecções Hospitalares (PCIH); monitoramento de preços de medicamentos e de produtos para a saúde; atribuições relativas à regulamentação, controle e fiscalização da produção de fumígenos; suporte técnico na concessão de patentes pelo Instituto Nacional de Propriedade Industrial (INPI) e controle da propaganda de produtos sujeitos ao regime de vigilância sanitária.

De outro, em junho de 2003, o Ministério da Saúde cria a Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS), uma nova estrutura formada por todas as áreas técnicas do extinto Centro Nacional de Epidemiologia (Cenepi), incluindo o Programa Nacional de Imunização (PNI), e pela reunificação dos programas e ações antes pulverizados no Ministério da Saúde, como o de Doenças Sexualmente Transmissíveis/Aids, tuberculose, hanseníase, entre outros. O objetivo é o de aprimorar o combate, o controle e a prevenção de doenças no âmbito do SUS, bem como subsidiar a elaboração de políticas públicas e avaliar o impacto de programas e ações do ministério.

Essa fragmentação, observada na institucionalização das ações de vigilância, também é criticada no âmbito de sua construção conceitual. Para Paim (2003), não parece recomendável utilizar, para o caso da vigilância em saúde, o conceito de 'campo científico', elaborado por Pierre Bourdieu.<sup>9</sup> A vigilância em saúde re-

<sup>9</sup>Para Bourdieu, o campo científico, como "sistema de relações objetivas entre posições adquiridas (em lutas anteriores), é o lugar, o espaço de jogo de uma luta concorrencial. O que está em jogo especificamente nessa luta é o monopólio da autoridade científica definida, de maneira inseparável, como capacidade técnica e poder social; ou, se quisermos, o monopólio da competência científica, compreendida enquanto capacidade de falar e de agir legitimamente (isto é, de maneira autorizada e com autoridade), que é socialmente outorgada a um agente determinado" (Bourdieu, 1983: 122-123).

## O TERRITÓRIO E O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

quer certa reflexão teórica e epistemológica, antes de ser aceita como 'campo científico'. Deve ser entendida, segundo Paim, como área ou âmbito de conhecimentos e de práticas. É uma proposta de ação que articula saberes e práticas.

De acordo com Teixeira, Paim e Villasbôas (1998), o sistema de saúde brasileiro, após a constituição de 1988, vem buscando construir modelos de atenção que respondam de forma eficaz e efetiva às reais necessidades da população brasileira, seja em sua totalidade seja em suas especificidades locais. Os modelos ainda hegemônicos atualmente – o médico-assistencial, pautado na assistência médica e no hospital, e o modelo sanitário, baseado em campanhas, programas e em ações de vigilância epidemiológica e sanitária – não conseguem mais responder à complexidade e diversidade dos problemas de saúde que circunscrevem o cidadão comum nesse início de século.<sup>10</sup>

A busca por modelos alternativos que, sem negar os anteriores, conjuguem as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde a outras formas de cuidado voltadas para qualidade de vida das coletividades, incorporando atores sociais antes excluídos do processo de produção da saúde, é estratégica para superar o ciclo biologicista, antropocêntrico, medicalizante e iatrogênico em que se encontra o sistema de saúde há quase um século.

A partir daí, outras três vertentes passam a apontar diferentes concepções em torno da noção de vigilância em saúde: uma primeira que a entende como sinônimo de análise de situações de saúde, embora amplie o objeto da vigilância epidemiológica, abrangendo não só as doenças transmissíveis, mas não incorporando as ações voltadas ao enfrentamento dos problemas. A segunda concebe a vigilância em saúde como integração institucional entre a vigilância epidemiológica e a vigilância sanitária, resultando em reformas administrativas e, em alguns casos, no fortalecimento das ações de vigilância sanitária e na articulação com os centros de saúde.

Por fim, a terceira noção coloca a vigilância em saúde como uma proposta de redefinição das práticas sanitárias, organizando processos de trabalho em saúde sob a forma de operações, para enfrentar problemas que requerem atenção e acompanhamento contínuos. Estas operações devem se dar em territórios delimitados, nos diferentes períodos do processo saúde-doença, requerendo

<sup>10</sup> Sobre a discussão de modelos de atenção, ver Silva Junior e Alves, texto "Modelos assistenciais em saúde: desafios e perspectivas", no livro *Modelos de Atenção e a Saúde da Família*, nesta coleção (N. E.).

## O TERRITÓRIO NA PROMOÇÃO E VIGILÂNCIA EM SAÚDE

a combinação de diferentes tecnologias.

Nesta última concepção, são revistos os sujeitos, os objetos, meios de trabalho e as formas de organização dos processos de trabalho envolvidos (Quadro 1).

Quadro 1 – Modelos assistenciais e a vigilância em saúde

Modelo	Sujeito	Objeto	Meios de trabalho	Formas de organização
Modelo médico-assistencial privatista	Médico especialização complementar de (paramédicos)	Doença (patologia e outras) Doentes (clínica e cirurgia)	Tecnologia médica (indivíduo)	Rede de serviços de saúde Hospital
Modelo sanitarista	Sanitaristas Auxiliares	Modos de transmissão Fatores de risco	Tecnologia sanitária	Campanhas sanitárias Programas especiais Sistemas de vigilância epidemiológica e sanitária
Vigilância da saúde	Equipe de saúde População (cidadãos)	Danos, riscos, necessidades e determinantes dos modos de vida e saúde (condições de vida e trabalho)	Tecnologias de comunicação social, de planejamento e programação local situacional e tecnologias médico-sanitárias	Políticas públicas saudáveis Ações intersetoriais Intervenções específicas (promoção, prevenção e recuperação) Operações sobre problemas e grupos populacionais

F

A vigilância em saúde, entendida como rearticulação de saberes e de práticas sanitárias, indica um caminho fértil para a consolidação do ideário e princípios do SUS. Apoiada no conceito positivo do processo saúde-enfermidade, ela desloca radicalmente o olhar sobre o objeto da saúde pública – da doença para o modo de vida (as condições e estilos de vida) das pessoas.

Entendida como uma ‘proposta de ação’ e uma ‘área de práticas’, apresenta as seguintes características: intervenção sobre problemas de saúde que requerem atenção e acompanhamento contínuos; adoção do conceito de risco; articulação entre ações promocionais, preventivas, curativas e reabilitadoras;

## O TERRITÓRIO E O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

atuação intersetorial; ação sobre o território; e intervenção sob a forma de operações (EPSJV, 2002).

Fundamentada em diferentes disciplinas (epidemiologia, geografia, planificação em saúde, ciências sociais, pedagogia, comunicação etc.), a vigilância em saúde recorre a uma 'associação de tecnologias' (materiais e não materiais) para enfrentar problemas (danos e riscos), necessidades e determinantes socio-ambientais da saúde. Enquanto combinação tecnológica estruturada para resolver questões postas pela realidade de saúde, tem sido reconhecida como um 'modelo de atenção', ou como um 'modo tecnológico de intervenção em saúde' (Paim, 2003), ou uma via para a construção e a implementação da diretriz da integralidade (Campos, 2003).

Suas ações vão buscar no entendimento das desigualdades sociais modos pertinentes para intervir sobre o adoecimento das populações. Portanto, necessita de outro aporte conceitual para compreender a dinâmica das relações sociais que produzem na heterogeneidade econômica e social brasileira a saúde ou a doença.

Essa nova visão da saúde como uma acumulação social é expressa em um estado de bem-estar que pode indicar acúmulos positivos e/ou negativos. Portanto, compreende que a dinâmica das relações socioambientais estabelecidas em uma população e em um território é o que define suas necessidades de cuidados à saúde.

Partindo do conceito ampliado de saúde (Brasil, Art. 196 da Constituição Federal, 1988) ela se distancia da idéia de morte para se aproximar do entendimento de qualidade de vida, como um ponto de encontro, um produto social em permanente transformação. Para tanto, propõe mudanças radicais, que vão desde: a) a concepção do processo saúde-enfermidade – de negativa para positiva; b) do paradigma sanitário – de flexneriano para a produção social da saúde; c) das práticas em saúde – da atenção médica para a vigilância em saúde; d) de uma nova ordem governativa da saúde nas cidades – da gestão médica para a gestão social (Mendes, 1993).

Nesse sentido, a vigilância em saúde pode ser colocada como eixo de um processo de reorientação dos modelos assistenciais do SUS (Teixeira; Paim & Villasbôas, 1998), o que justifica sua importância para os processos de descentralização e municipalização da gestão e das ações de saúde.



## O TERRITÓRIO NA PROMOÇÃO E VIGILÂNCIA EM SAÚDE

O conceito de interdisciplinaridade imanente à vigilância em saúde reconstrói para o campo da saúde pública a possibilidade de pensar e fazer saúde com base no contexto de cada realidade social, em que os acontecimentos que afetam a qualidade de vida das populações são decorrentes de interações e situações diversas. Dessa forma, necessita, para sua apreensão, de um olhar plural sobre a realidade e os fatos.

Essa reconstrução cognitiva acerca dos problemas de saúde, ao mesmo tempo que afirma a complexidade e a dinâmica da vida cotidiana, indica o espaço local como lugar singular para transformações das práticas em saúde. Significa que as respostas a serem buscadas deverão refletir a realidade e se embasar em diferentes campos do saber, colocando para o trabalhador de saúde uma reflexão constante sobre o quê, como e com quem fazer.

A complexidade se expressa em diferentes territórios, resultado das relações sociais de produção, que se traduzem nas condições de vida e situação de saúde de populações específicas. A noção de território trabalhada na vigilância em saúde, como vimos anteriormente, é aquela derivada do pensamento de Milton Santos (1996), que o entende como um conjunto indissociável de sistema de objetos e ações, em permanente interação, possibilitando aos atores sociais a construção diferenciada de significados. O reconhecimento desses significados, por intermédio do processo de territorialização de informações, é estratégico para a reorganização das práticas sanitárias locais na perspectiva da melhoria da qualidade de vida das populações.

O pensar sistemático sobre o conhecimento, o objeto e o trabalho em saúde dá suporte para a operacionalização do trinômio 'informação-decisão-ação', dimensões estratégicas para o planejamento, uma vez que coloca, tanto para o diagnóstico quanto para a ação, a importância do olhar de cada ator social sobre o seu cotidiano. Assim, os processos de trabalho da vigilância em saúde apontam para o desenvolvimento de ações intersetoriais, visando responder com efetividade e eficácia aos problemas e necessidades de saúde de populações e de seus contextos geradores.

Cabe ressaltar que modelos assistenciais, na concepção assumida pela proposta da vigilância em saúde, correspondem ao 'conteúdo' do sistema de serviços de saúde, e não ao seu 'continente'. Como dizem respeito ao cuidado e à atenção, apontam para o modo pelo qual as pessoas e a população interagem com o sistema de saúde. Assim, os cidadãos, usuários ou consumidores não se

## O TERRITÓRIO E O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

relacionam diretamente com a infra-estrutura, com o financiamento, com a organização ou com a gestão. Esses componentes do sistema de serviços de saúde, por mais fundamentais que sejam para estudiosos, pesquisadores e gestores, representam dimensões abstratas para a população. O que esta percebe, concretamente, é a atenção, o cuidado, o serviço prestado. E a vigilância em saúde, ao combinar tecnologias de diversas ordens, requalifica tal conteúdo ao articular ações voltadas para a promoção, proteção, prevenção, recuperação e reabilitação, sob a forma de operações em um território definido. Logo, para fins de análise, cumpre distinguir modelos de atenção (conteúdo), modelos de gestão e modelos de organização de serviços (contínente).

Se 'modelos assistenciais' ou 'modelos de atenção' forem definidos como combinação de tecnologias ou práticas estruturadas em função de problemas e necessidades de saúde (e não como algo exemplar ou 'tipo ideal' que deveria balizar toda a atenção à saúde no Brasil), não parece pertinente admitir a construção de 'um novo modelo assistencial' para uma sociedade tão heterogênea como a brasileira. Ainda que inspirados pelas diretrizes da integralidade, participação e descentralização, estabelecidas pela Constituição de 1988 e pela legislação sanitária, os modelos de atenção em construção não podem ser únicos ('um'), mas distintos em função das relações sociais vigentes e dos diferentes problemas e necessidades da população deste imenso país.

Para Carvalho (2005), embora a corrente da vigilância em saúde venha contribuindo para a consolidação do SUS e aponte corretamente para a reorganização do modelo assistencial, é preciso indicar suas debilidades teóricas e práticas.

Para o autor, a vigilância em saúde tende a desconsiderar a importância do saber clínico acumulado ao longo da história, repetindo a contraposição entre um modelo centrado na saúde pública e um modelo centrado na medicina. Nesse sentido, a ênfase no papel da epidemiologia e do planejamento na determinação das necessidades de saúde e a pouca atenção dada, na organização dos serviços de saúde, ao papel da demanda espontânea aliada ao saber clínico, nos fazem refletir sobre o quanto essa abordagem é incapaz de responder adequadamente à temática das necessidades em saúde. Carvalho (2005) assinala ainda que a subordinação do universo do sofrimento à lógica dos fatores e condições de risco aponta para uma perspectiva estruturalista que não dá conta de responder ao complexo mundo das necessidades dos usuários. Em nome do

## O TERRITÓRIO NA PROMOÇÃO E VIGILÂNCIA EM SAÚDE

coletivo, a vigilância em saúde tende a desconsiderar os planos do desejo e do interesse individual que conformam o sujeito.

Por fim, a ênfase dada ao método epidemiológico na priorização dos problemas de saúde põe em questão a afirmação de que a vigilância da saúde teria como objeto a saúde, e não a doença. Ocorre uma contradição entre as premissas e suas estratégias. Por um lado, anuncia-se a necessidade de superação do paradigma biomédico mediante o paradigma da produção social da saúde e, por outro, delineiam-se estratégias que têm como eixo a epidemiologia, um saber construído tendo em vista o paradigma biomédico da prática clínica.

Outra vertente crítica diz respeito à intersectorialidade, tida como uma das formas de organização do processo de trabalho da vigilância em saúde. Para Lefèvre e Lefèvre (2004), esse raciocínio desloca a saúde de seu campo, promovendo ações e atitudes ingênuas, fantasiosas e voluntaristas. Se a saúde é resultante de uma soma de setores (habitação, emprego, renda, meio ambiente etc), a sua ação ficaria perdida em meio ao alto grau de generalidade da ação política global.

### **Vigilância em Saúde e a Atenção Básica: os territórios do Programa Saúde da Família**

O Programa Saúde da Família (PSF) foi proposto em 1994 como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, baseada no trabalho de equipes multiprofissionais em Unidades Básicas de Saúde (UBS). Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de uma população adscrita, localizada em uma área delimitada, através de ações de promoção de saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes. A territorialização é um dos pressupostos básicos do trabalho do PSF. Essa tarefa adquire, no entanto, ao menos três sentidos diferentes e complementares: de demarcação de limites das áreas de atuação dos serviços; de reconhecimento do ambiente, população e dinâmica social existente nessas áreas; e de estabelecimento de relações horizontais com outros serviços adjacentes e verticais com centros de referência (Pereira & Barcellos, 2006).<sup>11</sup>

<sup>11</sup> Sobre o trabalho na Estratégia Saúde da Família, ver também Corbo, Morosini e Pontes, texto "Saúde da Família: construção de uma estratégia de atenção à saúde", no livro *Modelos de Atenção e a Saúde da Família*, nesta coleção (N. E.).

## O TERRITÓRIO E O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

Um dos termos largamente empregados para descrever a relação serviço-território-população é a adscrição, que diz respeito ao território sob responsabilidade da equipe de saúde da família (Brasil, 1997). Esta relação é explicitada em documentos que tratam da organização do programa, segundo os quais cada equipe teria a responsabilidade pela cobertura de uma área geográfica que contenha um número de famílias que possam ser acompanhadas pela equipe.

No que se refere à organização da atenção básica, fica evidente a intenção de demarcar territórios para regular e estabelecer normas para a atuação das equipes de saúde, traduzidas em expressões como espaço territorial, área de abrangência de unidade, adscrição de clientela e referência e contra-referência.

No caso da Estratégia de Saúde da Família (ESF), são definidos recortes territoriais, que correspondem à área de atuação das equipes, segundo agregados de famílias a serem atendidas (no máximo 1.000 famílias ou 4.500 pessoas), que podem compreender um bairro, parte dele, ou vários bairros, nas áreas urbanas ou em várias localidades, incluindo população esparsa em áreas rurais.

No PSF, o menor nível de atenção é a família. Os níveis maiores correspondem à microárea, área, segmento e município. A microárea é formada por um conjunto de famílias que congrega aproximadamente 450 a 750 habitantes, constituindo a unidade operacional do agente de saúde. A área no PSF é formada pelo conjunto de microáreas, nem sempre contíguas, onde atua uma equipe de saúde da família, e residem em torno de 2.400 a 4.500 pessoas. Em alguns documentos do PSF, define-se a área de atuação de uma equipe segundo o número de famílias entre 600 e 1.000 famílias (Brasil, 1997). A última unidade é chamada segmento territorial considerado um conjunto de áreas contíguas que pode corresponder à delimitação de um Distrito Sanitário, ou a uma Zona de informação do IBGE, ou a outro nível de agregação importante para o planejamento e a avaliação em saúde.

Como o programa focaliza o atendimento na saúde das famílias, está implícito um conjunto de ações intradomiciliares. Mas também é preconizada a atuação de vigilância em saúde sobre os ambientes comunitários, de reprodução social, pois estes determinam os problemas e as necessidades

## O TERRITÓRIO NA PROMOÇÃO E VIGILÂNCIA EM SAÚDE

sociais de saúde. A unidade espacial, que é a base territorial do sistema de saúde, é este território, que corresponde à área de abrangência de cada unidade básica de saúde.

Neste processo de delimitação de áreas, são identificados os seguintes territórios:

- TERRITÓRIO-DISTRITO – delimitação político-administrativa usada para organização do sistema de atenção;
- TERRITÓRIO-ÁREA – delimitação da área de abrangência de uma unidade de saúde, a área de atuação de equipes de saúde;
- TERRITÓRIO-MICROÁREA – área de atuação do agente comunitário de saúde (ACS), delimitada com a lógica da homogeneidade socioeconômica-sanitária;
- TERRITÓRIO-MORADIA – lugar de residência da família.

A 'territorialização', segundo estes princípios, é vista como uma etapa da implantação do Programa de Agentes Comunitários (Pacs) e do PSF. As equipes devem definir *a priori* a população a ser atendida, o que é colocado, inclusive, como requisito para o financiamento do programa pelo Ministério da Saúde. Este processo implica o cadastramento e adscrição de uma população a ser atendida por cada agente e ESF. Alguns requisitos importantes para a delimitação das áreas e microáreas do PSF são:

- A área deve conter um valor máximo de população de modo a permitir um atendimento às suas demandas de saúde (um agente de saúde deve ser responsável por no máximo 150 famílias ou 750 pessoas);
- A área deve conter uma população mais ou menos homogênea do ponto de vista socioeconômico e epidemiológico, caracterizando 'áreas homogêneas de risco';
- A área deve conter uma unidade básica de saúde (UBS) que será a sede da ESF e local de atendimento da população adscrita;
- Os limites da área devem considerar barreiras físicas e vias de acesso e transporte da população às unidades de saúde.

Este conjunto de requisitos torna a tarefa de definição das áreas um processo intrincado de administração de interesses por vezes contraditórios. Segundo estes requisitos, a área deve ser delimitada segundo critérios

## O TERRITÓRIO E O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

populacionais, político-comunitários, fisiográficos, epidemiológicos e de organização dos serviços, que são de difícil convergência.

Como podemos observar no Quadro 2, cada um desses territórios constitui um objeto de ação diferenciado e se sustenta em campos de conhecimento distintos. A lógica de existência destes recortes diz respeito ao próprio objetivo de atuação: as práticas de saúde.

Quadro 2 – O território das práticas de vigilância em saúde no PSF

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 Unidades de Saúde – 'caráter administrativo-assistencial'	– Entorno delimitado pelos fluxos de trabalhadores da saúde e da população; e pelas barreiras físicas;	– Organização básica da prática de assistência à demanda;	– Físico-jurídicas;
Microárea	– Homogeneidade socioeconômica-ambiental e sanitária-cultural – 'caráter socioeconômico-cultural-ambiental';	– 'Áreas com relativa homogeneidade de condições de vida e situação de saúde';	– Contexto de vulnerabilidade e em saúde – para a intervenção da Vigilância em Saúde;	– Condições de vida e situação de saúde;
Moradia	– 'Família nuclear ou extensiva';	– Domicílio; – Habitação; – Condomínios;	– Vigilância em Saúde: hábitos sanitários e cidadania;	– Físico/jurídicas;

A organização do sistema de saúde por meio de distritos sanitários tem como propósito organizar, no sentido político e técnico, a assistência em saúde em uma determinada extensão territorial. Esta extensão pode corresponder a

## O TERRITÓRIO NA PROMOÇÃO E VIGILÂNCIA EM SAÚDE

um município como um todo ou a um conjunto de subprefeituras, regiões administrativas, bairros ou de um consórcio de municípios definidos de acordo com determinados limites físicos reconhecidos por intermédio de normas e leis.

A área de abrangência de uma unidade de saúde e sua delimitação territorial define-se também através do critério técnico-administrativo, pois visa à organização da assistência em um determinado serviço de saúde com seus limites demarcados pela sua população adscrita, bem como pela extensão territorial de atuação da sua equipe de saúde. Geralmente, compreende um bairro ou uma parte dele, ou ainda um conjunto de bairros e localidades de um município.

Dentre os territórios definidos pelo PSF, a chamada microárea de risco constitui-se, sem nenhuma dúvida, a mais polêmica e de difícil definição quanto à sua delimitação territorial. Área prioritária para as ações do PSF tem como definição de sua extensão de intervenção as especificidades socio-ambientais, econômicas e culturais, que delimitam desigualdades territoriais. O PSF deve procurar atuar em territórios onde as condições de urbanização são piores do ponto de vista ambiental e de infra-estruturas de saneamento, redes de transporte, serviços públicos e de renda definidos através, portanto, das suas condições de vida e situação de saúde. São áreas 'segregadas espacialmente' que circunscrevem uma área de atuação para a equipe de saúde, por se tratarem de contextos de vulnerabilidade para a saúde.

O que caracteriza a existência do território da moradia é o próprio espaço da habitação, tendo como extensão territorial a delimitação do domicílio – casas (seus limites de terreno), apartamentos em condomínios residenciais, conjuntos habitacionais etc. Campo de atuação por excelência do PSF, os territórios da moradia delimitam problemas relacionados aos hábitos, comportamentos sanitários e posse de recursos individuais e de equipamentos domiciliares, como serviços de saneamento, eletrodomésticos etc. A análise da posse desses recursos e a forma precária ou não de utilização no contexto domiciliar irão definir os contextos de vulnerabilidade para a saúde dos moradores do domicílio.

## O TERRITÓRIO E O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

### **O Planejamento das Ações de Vigilância em Saúde e o Processo de Territorialização**

O ponto de partida para a organização do trabalho das ações de vigilância em saúde é a territorialização do sistema local de saúde, isto é, o reconhecimento e o esquadramento do território segundo a lógica das relações entre condições de vida, ambiente e acesso às ações e serviços de saúde (Teixeira; Paim & Villasbôas, 1998).

O processo de territorialização compõe uma das ferramentas básicas da vigilância em saúde, que é o planejamento estratégico situacional (PES).<sup>12</sup> O enfoque estratégico-situacional foi proposto originalmente pelo chileno Carlos Matus (Matus; Rivera & Javier, 1989) como possibilidade de subsidiar uma prática concreta em qualquer dimensão da realidade social e histórica, contemplando simultaneamente a formulação de políticas, o planejamento e a programação dentro de um esquema teórico-metodológico de planificação situacional para o desenvolvimento dos sistemas locais de saúde.<sup>13</sup> Tem como base a teoria da produção social, segundo a qual a realidade é indivisível, e entende que tudo que existe em sociedade é produzido pelo homem.

O PES incorpora conceitos indispensáveis para pensar e fazer em saúde. Estes conceitos devem estar focados e se ater ao que afeta diretamente as diversas variáveis existentes nas condições de vida e situação de saúde dos territórios, que, por sua vez, condicionam os problemas de saúde. Com isso, esperamos que não aponte somente para as opções específicas da produção dos serviços de saúde.

Teixeira (1999) assinala quatro aspectos fundamentais a favor do uso do PES:

- O fato de o objeto do planejamento ser os problemas e as oportunidades reais de intervenção supera a fragmentação reducionista da realidade pelas disciplinas que se materializa conseqüentemente nos setores nos quais se organiza a intervenção;

<sup>12</sup> Os fundamentos teóricos do PES são baseados na teoria das situações e no pensamento estratégico (Matus, 1993).

<sup>13</sup> Sobre planejamento em saúde, ver Abrahão, texto "Notas sobre o planejamento em saúde", no livro *Políticas de Saúde: a organização e a operacionalização do Sistema Único de Saúde*, nesta coleção (N. E.).



## O TERRITÓRIO NA PROMOÇÃO E VIGILÂNCIA EM SAÚDE

- A concepção de processo constituído em momentos que não seguem uma seqüência rígida, o que possibilita uma articulação entre as experiências dos vários setores;
- A proposta de modularização do produto do planejamento que sintetiza os elementos do processo de trabalho previsto (objetivos; atividades, produtos, e resultados, responsáveis, participantes, prazos e recursos), que flexibiliza a organização, facilitando a intersetorialidade ao possibilitar a participação de distintos atores sociais;
- Estas propostas de gestão do plano e gerência de operações trazem embutidas uma teoria de governo que abre também interessantes espaços para mudança nas práticas institucionais, administrativas, democratizando as relações e intensificando as ações comunicativas entre dirigentes, técnicos e usuários dos serviços.

O caráter-base do objeto do planejamento é se remeter à concepção de situação. Esta concepção é entendida por Matus (1993) como um conjunto de problemas identificados, descritos e analisados na perspectiva de um determinado ator social, que não separa sujeito e objeto. Isto permite várias formas de planejamento, em que os atores sociais do processo tomam decisões e estabelecem ações voltadas à consecução dos seus próprios objetivos setoriais, que se defrontam com outras posições de outros atores.

Esta abordagem possibilita uma perspectiva interdisciplinar na análise dos problemas, abrindo chances ao diálogo entre os atores envolvidos e a identificação do que cada setor pode fazer no sentido da intervenção sobre os determinantes, condicionantes ou fatos que expressam os problemas. A operacionalização de ações intersetoriais exige um processo de planejamento e programação que materializa um espaço de poder compartilhado e de articulação de interesses, saberes e práticas dos diversos atores envolvidos, estabelecendo uma instância de diálogo e pactuações para a efetivação da intervenção. Esta abordagem implica também a incorporação do enfoque por problemas, que são analisados por diversos ângulos, e que traduz a contribuição das instituições envolvidas no seu enfrentamento e solução.

Portanto, Teixeira (1999) argumenta que, para o desenvolvimento metodológico, o planejamento situacional deve incluir: a 'análise de situação' (identificação, priorização e análise dos problemas); o desenho da 'situação-

## O TERRITÓRIO E O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

objetivo' para definição dos cenários prováveis; o 'Desenho de estratégias' para a definição de linhas de ação, análise de viabilidades das ações e a elaboração de projetos viabilizadores; e a 'programação' de uma série de passos operacionais que envolvem decisões e ações específicas.

No entanto, o PES tem de ser pensado de forma contínua e ascendente por meio de um território definido. Essa base territorial deverá conter as informações localizadas da situação de saúde e das condições de vida do território. A territorialização permite espacializar e analisar os principais elementos e relações de uma população, que determinam em maior ou menor escala seu grau de qualidade de vida.

A análise territorial implica uma coleta sistemática de dados que vão informar sobre situações-problema naquela população e naquele território, indicando suas inter-relações espaciais. Possibilita, ainda, identificar vulnerabilidades, populações expostas e a seleção de problemas prioritários para as intervenções. Isto permite a escolha de ações mais adequadas, apontando estratégias e atores que foram identificados no processo de pesquisa, que melhor as operacionalizem, e viabiliza o uso da epidemiologia como ferramenta poderosa para o planejamento por intermédio da microlocalização dos problemas de saúde.

Os mapas de saúde, que podem hoje em dia ser feitos com programas simples de geoprocessamento, permitem, entre outras funções, a comparação de taxas de incidência ou mortalidade em diferentes lugares, gerando hipóteses sobre causas. Além disso, os padrões espaciais de distribuição de determinado agravo são indicadores da maneira como cada território está estruturado demográfica, social e ambientalmente. Os fluxos de pacientes, do local de residência ao local de atendimento, podem ser visualizados por meio de mapas. Também fontes de contaminação ambiental podem ser detectadas pela concentração de agravos relacionados ao problema em torno do foco. Além disso, os mapas permitem localizar grupos populacionais segundo suas vulnerabilidades, contribuindo na orientação de medidas preventivas (Santos & Barcellos, 2006).

O poder público, ao planejar suas ações de saúde sobre populações específicas, pode estender, através do território, seu campo de atuação formal sobre os espaços, que, por sua vez, devem ser observados permanentemente, pois os territórios modificam-se conforme as dinâmicas das relações sociais, mudando ou não a correlação de forças existentes. Territorializando as condições concretas de vida e de saúde de grupos populacionais, eles próprios e as

## O TERRITÓRIO NA PROMOÇÃO E VIGILÂNCIA EM SAÚDE

autoridades de saúde podem reconhecer a situação de saúde, possibilitando assim elaborar práticas de saúde promotoras de melhor qualidade de vida.

A atenção voltada para a produção social da saúde das populações gera a necessidade de esclarecer as mediações que operam entre as condições reais em que ocorre a reprodução dos grupos sociais no território e a produção da saúde e da doença, tornando imperativo desenvolver estratégias de investigação, com seus correspondentes instrumentos de coleta e análise de informações que permitam traduzir os avanços teóricos em metodologias de análise.

Para a constituição de uma base organizativa dos processos de trabalho nos sistemas locais de saúde em direção a essa nova prática, é importante o reconhecimento dos territórios e seus contextos de uso, pois estes materializam diferentemente as interações humanas, os problemas de saúde e as ações sustentadas na intersectorialidade. O território utilizado pela população pode ser assim operacionalizado, devido à concretude produzida pelas práticas humanas tanto as planejadas e inerentes às políticas governamentais de intervenção setorial como as práticas circunscritas à vida social cotidiana.

Portanto, a territorialização é um dos pressupostos da organização dos processos de trabalho e das práticas em vigilância em saúde, por meio da delimitação de áreas e microáreas do PSF previamente determinadas. A territorialização de atividades de saúde vem sendo preconizada por diversas iniciativas no interior do SUS, como o PSF, a Vigilância Ambiental em Saúde, Cidades Saudáveis e a própria descentralização das atividades de assistência e vigilância.

No entanto, em muitos casos, reduz-se o conceito de território, sendo este utilizado de uma forma meramente administrativa, para a gestão física dos serviços de saúde, negligenciando-se o potencial deste conceito para a identificação de problemas de saúde e de propostas de intervenção.

Segundo Eugênio Vilaça Mendes (1993), muito além de ser meramente o espaço político-operativo do sistema de saúde, o território do distrito sanitário ou do município, onde se verifica a interação população-serviços no nível local, caracteriza-se por uma população específica, vivendo em tempo e espaço determinados, com problemas de saúde definidos e que interage com os gestores das distintas unidades prestadoras de serviços de saúde. Esse território apresenta, portanto, muito mais que uma extensão geométrica, também um perfil demográfico, epidemiológico, administrati-

## O TERRITÓRIO E O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

vo, tecnológico, político, social e cultural, que o caracteriza e se expressa em um território em permanente construção.

O reconhecimento desse território pelos profissionais de saúde, principalmente os que têm seu processo de trabalho essencialmente como agente de campo, intervindo na vida cotidiana de comunidades, é um passo básico para a caracterização da população e de seus problemas e necessidades de saúde, bem como para a avaliação do impacto dos serviços sobre os níveis de saúde dessa população. Além disso, permite o desenvolvimento de um vínculo entre os serviços de saúde e a população.

O processo de elaboração de diagnósticos territoriais de condições de vida e situação de saúde deve estar relacionado tecnicamente ao trinômio estratégico informação-decisão-ação (Teixeira; Paim & Villasbôas, 1998). A fase de informação faz parte do processo de obtenção de dados primários e de sua sistematização, com objetivo principalmente descritivo. As variáveis contidas em seus instrumentos de pesquisa, orientadas por categorias de análise, devem ser construídas visando à interpretação dos dados, conforme o arcabouço teórico-metodológico. As categorias escolhidas devem conduzir e facilitar o processo de tomada de decisão.<sup>14</sup>

Na fase onde a prática vislumbra a ação, as operações identificadas e planejadas são subsidiadas pelas fases anteriores, através da apreensão interativa da realidade territorial. Essa é uma prática transformadora e comporta o significado do território para os agentes deste processo, tanto os profissionais de saúde como os de outros setores de ação governamental, como também para a própria população. Trata-se de uma prática transformadora por reconhecer as diversas percepções existentes acerca do território e pelo fato de estabelecer uma base de ação onde o entendimento da vida social do território seja compre-

<sup>14</sup> A discussão sobre informação no âmbito da atenção básica está contida em Keneth, Coeli e Moreno, texto "Informação e avaliação em saúde", no livro *Políticas de Saúde: a organização e a operacionalização do Sistema Único de Saúde*, e ainda em Soares, Gomes e Moreno, texto "Sistema de Informação da Atenção Básica", no livro *Modelos de Atenção e Saúde da Família*, ambos nesta coleção (N. E.).

## O TERRITÓRIO NA PROMOÇÃO E VIGILÂNCIA EM SAÚDE

endido em sua essência por intermédio de uma construção própria com novos significados para os profissionais responsáveis.

Muitas vezes, nos diagnósticos de condições de vida e de situação de saúde, os elementos constitutivos da reprodução da vida social nos diversos lugares são listados e tratados como conteúdos desarticulados do território analisado. Tradicionalmente, algumas análises de situação são realizadas descrevendo o conteúdo do território, tratado como mero receptáculo que contém determinadas características e aspectos.

Por isso, uma proposta de práticas de saúde baseada no território deve considerar os sistemas de objetos naturais e construídos pela sociedade, identificar os diversos tipos de ações no território, como são percebidos pela população, e até que ponto as regras de utilização dos recursos do território e da população promovem determinados hábitos, comportamentos e problemas de saúde, cujas características são passíveis de identificação.

Neste sentido, é importante que o reconhecimento dos contextos de uso do território possa identificar suas singularidades e seus problemas baseado em uma abordagem territorial, reconhecendo os usos e as diferentes apropriações do espaço feitas pela população bem como as suas implicações para a saúde coletiva.

Nesta abordagem, a reprodução social está relacionada diretamente com a reprodução material da vida cotidiana, traduzida pelas condições concretas de existência da população. Essa reprodução material produz contextos diversos em que a situação de saúde da população está relacionada às condições de vida. Estes contextos são constituídos por uma diversidade de usos, como reflexo de uma rede de interações diversas no âmbito sociopolítico-econômico-cultural-territorial implicados no processo social como um todo.

Por fim, a análise social no território deve ser construída de forma a contribuir na identificação de informações, para a operacionalizar as tomadas de decisão e para a definição de estratégias de ação nas "diferentes dimensões do processo de saúde-doença" (Teixeira; Paim & Villasbôas, 1998), ou seja, em termos das necessidades sociais; nos grupos de risco; na situação de exposição; nos danos e óbitos; seqüelas; e nas doenças e agravos. Estas dimensões não estão separadas, e sim relacionadas, e muitas vezes são causas, efeitos ou condições que direcionam para situações-problema com contextos muito particulares, dada a diversidade de uso do território pe-

## O TERRITÓRIO E O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

los atores sociais. É deste modo, que o reconhecimento do território pode ser operacional para as ações de saúde, devido à sua concretude, sintetizando a totalidade social e suas particularidades.

### Referências

- AKERMAN, M. *Saúde e Desenvolvimento Local: princípios, conceitos, práticas e cooperação técnica*. São Paulo: Hucitec, 2005. v.1.
- ALBUQUERQUE, M. F. M. Debate sobre o artigo de Czeresnia & Ribeiro. *Cadernos de Saúde Pública*, 16: 612-613, 2001.
- BARCELLOS, C. Organização espacial, saúde e qualidade de vida. In: I SEMINÁRIO NACIONAL SAÚDE E AMBIENTE NO PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO, 2000, Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000. v.2. p.27-34. (Série Eventos)
- BOURDIEU, P. Gostos de classe estilos de vida. In: ORTIZ, R. (Org.) *Coleção Grandes Cientistas Sociais*. São Paulo: Ática, 1983.
- BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal, 1988.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1886/GM de 18 de dezembro de 1997. Aprova as Normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Regionalização da Assistência à Saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso (Norma Operacional da Assistência à Saúde. NOAS. SUS 01/01. Portaria MS/GM n. 95, de 26 de Janeiro de 2001). Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Curso Básico de Vigilância Epidemiológica*. Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde, 2005.
- BUSS, P. M.; FERREIRA, J. R. & ZANCAN, L. *Promoção da Saúde como Caminho para o Desenvolvimento Local: a experiência em Manguinhos - RJ*. Rio de Janeiro: Abrasco, 2002.
- CAMPOS, C. E. A. Os desafios da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. *Ciência e Saúde Coletiva*, 8(2): 569-584, 2003.
- CARVALHO, S. R. *Saúde Coletiva e Promoção da Saúde: sujeito e mudança*. São Paulo: Hucitec, 2005.
- EPSJV. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Laboratório de Educação Profissional em Vigilância em Saúde. Projeto Político Pedagógico. *Termo de Referência para a Educação Profissional em Vigilância em Saúde*. Rio de Janeiro: EPSJV, 2002.

## O TERRITÓRIO NA PROMOÇÃO E VIGILÂNCIA EM SAÚDE

- FOUCAULT, M. O nascimento da medicina social. In: FOUCAULT, M. *A Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1982.
- FREITAS, C. M. et al. Segurança química, saúde e ambiente: perspectivas para a governança no contexto brasileiro. *Cadernos de Saúde Pública*, 18(1): 249-256, 2002.
- GOHN, M. da G. *O Protagonismo da Sociedade Civil: movimentos sociais, ONGs e redes solidárias*. São Paulo: Cortez, 2005.
- HOLANDA, B. A. *Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa*. 3.ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1976. (Edição revista e ampliada em 1999)
- LEFÉVRE, F. & LEFÉVRE, A. M. C. *Promoção de Saúde: a negação da negação*. Rio de Janeiro: Vieira e Vent, 2004.
- LEVY, B. S. Editorial: toward a holistic approach to public health surveillance. *American Journal of Public Health*, 86(5): 624-625, 1996.
- MANCINI, E. A. *Redes de Colaboração Solidária: aspectos econômicos-filosóficos – complexidade e libertação*. Petrópolis: Vozes, 2004.
- MATUS, C. *Política, Planejamento e Governo*. Brasília: Ipea, 1993.
- MATUS, C.; RIVERA, U. & JAVIER, F. *Planejamento e Programação em Saúde: um enfoque estratégico*. São Paulo: Cortez, 1989.
- MENDES, E. V. *Distritos Sanitários: processo social de mudanças nas práticas sanitárias para o Sistema Único de Saúde*. São Paulo: Hucitec, Abrasco, 1993.
- MENEGHEL, S. N.; GIGANTE, L. P. & BÉRIA, J. U. *Cadernos de Exercícios de Epidemiologia*. Canoas: Ulbra, 2002.
- MONKEN, M., & BARCELLOS, C. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. *Cadernos de Saúde Pública*, 21(3): 898-906, 2005.
- MONKEN, M, et al. *Demandas de Saúde do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra – MST: elementos para a formulação de proposta didático-pedagógica voltada para a promoção à saúde da população do campo*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. (Projeto aprovado no Programa Estratégico de Apoio a Pesquisa em Saúde)
- OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. Declaração de Sundsvall. Terceira Conferência Internacional de Promoção da Saúde. Suécia, 1991. Disponível em: <[www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Sundsvall.pdf](http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Sundsvall.pdf)>. Acesso em: 22 maio 2007.
- PAIM, J. Epidemiologia e planejamento: a recomposição das práticas epidemiológicas na gestão do SUS. *Revista de Ciência e Saúde Coletiva*, 8(2): 557-567, 2003.
- PEITER, P. et al. Espaço geográfico e epidemiologia. In: SANTOS, S. & BARCELLOS, C. (Orgs.) *Abordagens Espaciais na Saúde Pública*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Série B – Textos Básicos de Saúde)

## O TERRITÓRIO E O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

- PEREIRA, M. P. B. & BARCELLOS, C. O território no Programa de Saúde da Família. *Hygeia*, 2(2): 47-59, 2006.
- PUTNAM, R. *Comunidade e Democracia: a experiência da Itália moderna*. Rio de Janeiro: Fundação Getulio Vargas, 2000.
- ROSEN, G. *Uma História da Saúde Pública*. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Unesp, Abrasco, 1994.
- SANTOS, M. A *Natureza do Espaço: técnica e tempo, razão e emoção*. São Paulo: Hucitec, 1999.
- SANTOS, S. & BARCELLOS, C. *Abordagens Espaciais em Saúde Pública*. Brasília: Ministério da Saúde, Fiocruz, 2006.
- SEABRA, C. M. & LEITE, J. C. *Território e Sociedade: entrevista com Milton Santos*. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2000.
- SCLIAR, M. *Do Mágico ao Social: trajetória da saúde pública*. São Paulo: Senac, 2002.
- SEN, G. Empowerment as an approach to poverty. In: *Informe de Desenvolvimento Humano*. Bangalore: Pnud, 1997. (Documento Base)
- SOUZA, M. A. Uso do território e saúde: refletindo sobre 'municípios saudáveis'. In: SPERANDIO, A. M. G. (Org.) *O Processo de Construção da Rede de Municípios Potencialmente Saudáveis*. 1.ed. Campinas: Ipes Editorial, 2004, v.2.
- SOUZA SANTOS, B. de. *A Crítica da Razão Indolente: contra o desperdício da experiência*. São Paulo: Cortez, 2000.
- TEIXEIRA, C. F. Epidemiologia e planejamento em saúde. *Ciência e Tecnologia em Saúde Coletiva*, 4(2): 287-303, 1999.
- TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S. & VILLASBÔAS, A. L. SUS: modelos assistenciais e vigilância da saúde. *Informe Epidemiológico do SUS*, 7(2): 7-28, 1998.
- TEIXEIRA, C.; PAIM, J. S. & VILLASBÔAS, A. L. (Orgs.) *Promoção e Vigilância da Saúde*. Salvador: ISC, 2000.
- THACKER, S. B. et al. Surveillance in environmental public health: issues, systems, and sources. *American Journal of Public Health*, 86(5): 633-638, 1996.
- WALDMAN, E. A. *Vigilância em Saúde Pública*. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998. (Série Saúde & Cidadania)



# **Instrumentos para o Diagnóstico Sócio-Sanitário no Programa Saúde da Família**

*Christovam Barcellos  
Maurício Monken*

## **Introdução**

Existem diversas abordagens e fontes de informação para obter um diagnóstico sócio-sanitário de um território. Uma das fontes de informação mais utilizadas para avaliar as condições de vida e de saúde no âmbito da Estratégia Saúde da Família (ESF) e do Programa Saúde da Família (PSF) é o Sistema de Informação da Atenção Básica (Siab). No entanto, esses dados se restringem aos grupos populacionais já atendidos pela ESF e não contemplam dados importantes para o planejamento de ações como, por exemplo, a notificação de doenças não incluídas na rotina do PSF, a internação hospitalar, a infestação por vetores de doenças, as condições ambientais, dentre outros.

O presente texto mostra algumas alternativas metodológicas que podem ser usadas para a construção de um diagnóstico sócio-sanitário do território. Na primeira seção, são identificadas algumas fontes de informação que trazem dados importantes para esse diagnóstico inicial e para a análise de situação de saúde. Na segunda, são descritos procedimentos simples para a construção de mapas locais que permitem identificar as diferentes tipologias de uso do território e apontar fontes de risco à saúde. Um mapa é, antes de tudo, uma forma de organizar e comunicar dados que dizem respeito aos territórios. Na terceira seção, são sugeridos roteiros para a produção de imagens, principalmente fotográficas, que permitam potencializar o registro e a análise dos modos de vida das comunidades. Os registros podem servir como base para a análise de rotinas e de riscos à saúde, bem como para a discussão, junto a essas comunidades, acerca das estratégias para o enfrentamento desses riscos. Na quarta seção, o texto trata do cálculo de indicadores, ressaltando não se tratar somente de uma questão matemática, mas de uma concepção do processo de saúde e doen-

## O TERRITÓRIO E O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

ça que se deseja identificar e sobre a qual se deve intervir. Esses indicadores devem ser padronizados, de modo que possam ser comparáveis com outras áreas e em outros momentos. Finalmente, na quinta seção, são resgatados os princípios norteadores do trabalho do PSF e são discutidos alguns instrumentos que podem ser usados para aprimorar o olhar crítico sobre o território, as populações e as ações de saúde. O próprio trabalho de organização de dados e de elaboração do diagnóstico constitui-se em um processo de aprendizado e de apreensão desse território. Esses instrumentos são, acima de tudo, meios que dispomos para a troca de informações entre gestores, profissionais de saúde e população.

### **Informação e Território: conceitos, fontes e usos da informação para a territorialização**

O principal objetivo ao realizar o diagnóstico de situação de saúde e condições de vida é o de saber como vive, adoece e morre a população em determinados lugares e situações. O diagnóstico facilita a identificação de problemas e necessidades a serem enfrentadas e revela potencialidades locais, por meio da análise do que determina e condiciona cada situação. Todas as informações deverão auxiliar a equipe de saúde, os gestores e a população a encontrar, juntos, soluções adequadas que possam melhorar as condições de vida e saúde locais. As informações darão suporte ao Planejamento Participativo Estratégico-Situacional (PES) por intermédio da formulação de um plano de ação em vigilância em saúde.

Fica claro, então, que o diagnóstico é apenas uma parte de um processo que envolve a reunião de informações para a tomada de decisão e desencadeamento de ações.<sup>1</sup> Com base nesta introdução, podemos partir para a busca das informações. Veremos adiante o que são, onde encontrá-las e para que servem.

Hoje, no Sistema Único de Saúde (SUS), convivemos com uma enorme quantidade de informação que é produzida dentro do sistema de saúde. No nosso trabalho, lidamos com documentos que fazem parte desses sistemas.

---

<sup>1</sup> Sobre a discussão do planejamento em saúde, ver Abrahão, texto "Notas sobre o planejamento em saúde", no livro *Políticas de Saúde: a Organização e a Operacionalização do Sistema Único de Saúde*, nesta coleção (N. E.).

## INSTRUMENTOS PARA O DIAGNÓSTICO SÓCIO-SANITÁRIO(...)

Na maior parte do tempo, o agente de saúde tem o papel de produzir dados. Esse papel é muito importante, porque permite que todos os sistemas de informação sejam alimentados com dados de qualidade. Mas isso não é suficiente.

Ainda que o Programa Saúde da Família (PSF) centre sua atenção na saúde das famílias, está implícita a necessidade de atuação sobre o ambiente onde estas vivem. Ao menos potencialmente, esses territórios têm a vantagem de captar e manter atualizados dados demográficos, epidemiológicos e de condições de vida, inclusive ambientais. Nesse caso, seriam necessárias outras fontes de informação, não só advindas da agregação dos dados de famílias contidos no Sistema de Informação da Atenção Básica (Siab),<sup>2</sup> mas principalmente geradas por instrumentos que capturem a existência de características da coletividade, tanto variáveis emergentes da interação humana, como as redes sociais, valores e formas de organização, como ambientais, que contextualizam as condições de vida no espaço geográfico. Por exemplo, pode-se apontar, através da análise dos cadastros de famílias, que a principal fonte de abastecimento de água seja um córrego próximo. Mas as águas deste córrego estão contaminadas? Representam um risco à saúde? Essas informações devem ser adquiridas para complementar o diagnóstico da área, e não são atributos das famílias, portanto não podem ser captadas pelos instrumentos hoje existentes no PSF (Ianni & Quitério, 2006).

A produção de informações passa pela coleta e análise de dados visando ao fornecimento de informações úteis para a tomada de decisão. O que queremos dizer quando nos referimos a dados e a informações? Há uma distinção que devemos fazer entre dado e informação:

**DADO:** é definido como 'um valor quantitativo referente a um fato ou circunstância' ou 'o número bruto que ainda não sofreu qualquer espécie de tratamento estatístico', ou 'a matéria-prima da produção da informação'. Por exemplo, o número de óbitos ocorridos no último mês, no seu município.

**INFORMAÇÃO:** é entendida como 'o conhecimento obtido a partir dos dados', 'dado trabalhado', ou 'o resultado da análise e combinação de vários dados', o que implica em interpretação, por parte do usuário. É uma descrição de uma situação real, associada a um referencial explicativo sistemático.

## O TERRITÓRIO E O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

Como vimos, um dos primeiros problemas que devemos enfrentar quando trabalhamos a vigilância em saúde, segundo uma lógica territorial, é reconhecer esse território: os seus limites e os atores políticos atuantes neste território. Mas, ao contrário dos animais, as relações de poder não são tão claras e existem diversas pessoas e instituições participando e compartilhando esse poder, muitas vezes de forma conflituosa. Em um mesmo bairro, por exemplo, convivem seus moradores, as associações, os setores da prefeitura, as empresas etc. Cada um destes atores tem seus interesses e formas de representação política e, muitas vezes, estes interesses entram em conflito.

Cada território tem uma determinada área, uma população e uma instância de poder. Essas divisões e subdivisões territoriais são espaços de poder, dentre os quais destacamos o domínio público ou privado, seja ele de caráter administrativo, gerencial, econômico, político, cultural, ou religioso.

Na prática de vigilância em saúde, nós nos defrontamos com diversos problemas que dizem respeito ao território. Em primeiro lugar, como já foi comentado, esse território é a base da organização do nosso trabalho. Essa é a nossa área de atuação. Mas isso também quer dizer que todo o conteúdo deste território é de interesse para a vigilância. Cabe aos profissionais de saúde pública levantar as atividades humanas existentes nele. Chamamos isso de reconhecimento do território (Monken & Barcellos, 2005). E este reconhecimento não é feito somente listando estas atividades, mas também reconhecendo as relações entre a população, as atividades econômicas e o ambiente.

Em um município predominantemente rural, com população de 17.000 pessoas, por exemplo, existe uma grande indústria de água mineral, três supermercados, seis açougues, propriedades rurais com produção de milho e soja. Essa é apenas uma lista. Mas o trabalho da vigilância é, também, reconhecer a relação entre estas unidades. Quantas pessoas trabalham na indústria? E onde moram? A carne vendida nos açougues é produzida no próprio município? O milho é consumido pelos próprios agricultores (subsistência)? A soja é beneficiada antes de ser vendida? Quais matérias-primas são usadas na agricultura e na indústria? Respondendo a estas perguntas, estamos recuperando as redes de produção que existem neste território. É sempre bom lembrar que

---

<sup>2</sup> Sobre a discussão de sistemas de informação em saúde, ver Soares, Gomes e Moreno, texto "Sistema de Informação da Atenção Básica", no livro *Modelos de Atenção e a Saúde da Família*, nesta coleção (N. E.).

## INSTRUMENTOS PARA O DIAGNÓSTICO SÓCIO-SANITÁRIO(...)

este território não é um depósito de objetos (indústria, propriedades rurais, população etc), mas é formado por redes sociais, culturais e econômicas, e precisamos reconhecer estas redes para atuar sobre elas.

Todos estes lugares, de produção e de consumo, são pontos fixos, podendo ser colocados em um mapa para entender onde estão os riscos e vulnerabilidades do sistema. Mas cada um destes pontos está conectado com o outro. Se não fosse assim, não existiria um sistema ou cadeias de produção e de consumo.

A agropecuária também possui uma cadeia de produção e de consumo, em que a atuação da vigilância sanitária, por exemplo, é de extrema importância. Alguns territórios, principalmente nas zonas rurais, são produtores de alimentos – tanto de produtos agrícolas como de rebanhos – que devem ser armazenados e transportados para os centros consumidores. O cuidado com todo esse processo (produção, armazenagem e consumo) deve ser intensificado, pois pode trazer inúmeros problemas de contaminação desses alimentos, possibilitando agravos para a saúde.

Para avaliar o perigo existente no território, devem-se usar algumas informações para levantar as atividades humanas. E isso pode ser feito de diversas maneiras. Uma delas é através de dados secundários. As agências de governo possuem bases de dados que são usadas para gerenciar suas ações, e que podem ser interessantes para caracterizar as atividades econômicas existentes no território. Um bom começo é usar dados dos censos e pesquisas, organizadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pela quantidade de empregos e de renda nos setores primário, secundário e terciário da economia, pode-se ter uma idéia da dinâmica econômica de todos os municípios do Brasil.

O IBGE produz e divulga estatísticas sobre: população e domicílios, produto interno bruto, serviços de saúde, ensino (matrículas, docentes e rede escolar), estatísticas do registro civil, pecuária, lavoura, extração vegetal e silvicultura, estrutura empresarial, instituições financeiras, finanças públicas, frota de veículos e outras. Você pode ter acesso a essas informações por meio da página do instituto ([www.ibge.gov.br](http://www.ibge.gov.br)).

Podemos destacar os seguintes tipos de dados que podem ser usados para o diagnóstico do território:

## O TERRITÓRIO E O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

- **Demográficos:** referem-se à população, tais como o número de habitantes de uma área ou a distribuição de subgrupos populacionais (por idade ou sexo). Em geral, são utilizados como denominadores no cálculo de taxas (coeficientes). O censo demográfico do IBGE e o Sistema de Informações de Nascidos Vivos (Sinasc) são as fontes mais utilizadas na área de saúde.
- **Ambientais e de condições de vida:** referem-se às características do território (por exemplo, o Sistema de Informação sobre Febre Amarela e Dengue – FAD), de domicílios, setores censitários e variáveis sociais (por exemplo, renda, escolaridade) que caracterizam o contexto de vida da população ou de indivíduos (disponibilizados pelo IBGE).
- **Morbidade:** refere-se à ocorrência de doenças e agravos à saúde. A notificação de agravos à saúde é a principal fonte de informação, mas se restringe a algumas doenças transmissíveis (registrados no Sistema de Informações de Agravos de Notificação – Sinan). Para o planejamento de ações preventivas e oferta de serviços, podemos utilizar os dados dos Sistemas de Informações Hospitalares (SIH) e Ambulatoriais (SIA) do SUS. Além destes, existem algumas informações em sistemas específicos, como o do Instituto Nacional do Câncer (Inca), de acompanhamento de programas (Programa Nacional de Imunização – PNI, por exemplo).
- **Mortalidade:** refere-se aos óbitos. A declaração de óbito é a principal fonte de informação sobre as causas de morte da população que são registradas no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). Através do acompanhamento da distribuição dos óbitos infantis, por exemplo, podemos inferir sobre as condições de vida da população.
- **Serviços de saúde:** são dados que descrevem os recursos de saúde e a produção de serviços: recursos físicos, humanos, financeiros, produção na rede de serviços básicos de saúde e em outras instituições de saúde. Podem ser obtidos através do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH-SUS), da Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária (AMS, feita pelo IBGE) ou o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES, mantido pelo Ministério da Saúde – MS).
- **Documentos e registros administrativos:** legislação médico-sanitária, referências bibliográficas, sistemas administrativos.

## INSTRUMENTOS PARA O DIAGNÓSTICO SÓCIO-SANITÁRIO(...)

Além do IBGE, o Departamento de Informática do SUS (Datasus) tem uma excelente página na internet para divulgação de dados e indicadores de saúde ([www.datasus.gov.br](http://www.datasus.gov.br)).

Todos estes dados permitem levantar as atividades existentes nos territórios, que podem ser de interesse para a vigilância e para a atenção básica. Mas a presença destas atividades nem sempre representa um risco. Entre o perigo e o risco, existem processos ambientais, políticos e sociais que podem aumentar ou diminuir os riscos para determinados grupos sociais.

Um destes fatores diz respeito aos comportamentos e desejos das pessoas. Um exemplo bem comum é o uso de equipamentos. Uma pessoa pode ter um carro que alcança 160 quilômetros por hora, o que representa um perigo. Mas se esta pessoa seguir a legislação de trânsito e tiver bom senso, não vai causar danos nem a si própria nem à população. Além do comportamento individual, existem outros fatores que são coletivos, que podem magnificar os riscos de certos grupos ou lugares específicos. Este tem sido o caso de alguns grupos urbanos ou rurais que estão expostos ao perigo e que mais sofrem as consequências dos problemas ambientais. Por exemplo, a Vila Socó, uma favela construída sobre dutos de combustíveis em Cubatão (SP). Em 1984, houve um grande incêndio naquela área, com dezenas de mortes.

Os fatores que aumentam os riscos à saúde para grupos sociais são chamados de vulnerabilidade. Existem duas fontes de vulnerabilidade: populacional e institucional (Freitas et al., 2002). O conceito de 'vulnerabilidade', que se aplica ao contexto das políticas públicas sociais, pode ser subdividido em dois, de acordo com Freitas et al. (2002). O primeiro se refere à 'vulnerabilidade populacional' (Morrow, 1999), e está relacionado à existência de grupos populacionais vulneráveis, de acordo com suas características em termos de *status* social, político e econômico, etnicidade, gênero, idade etc., sendo isto derivado de diferentes formas e níveis de exclusão social. O segundo se refere à 'vulnerabilidade institucional' (Barrenechea, 1998) e está associado ao funcionamento da sociedade em termos das políticas públicas, processos decisórios e das instituições que atuam na produção de condicionantes estruturais. Tais condicionantes propiciam ou agravam situações e eventos de riscos ambientais e de saúde,

## O TERRITÓRIO E O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

sendo relevante a contínua desestruturação do Estado, que ocorre e é fortalecido pelo contexto de políticas neoliberais, gerando uma incapacidade de controlar e prevenir problemas de saúde e do ambiente, caracterizando dessa forma uma 'vulnerabilidade institucional'.

Estes grupos sociais são mais expostos e correm mais perigos porque são mais pobres, com menos recursos e oportunidades, e, além disso, são desprotegidos do ponto de vista jurídico. No Brasil, estes dois fatores estão quase sempre juntos. O mesmo grupo social que não tem condições de escolher onde morar e o que consumir também não tem recursos para proteger-se caso a sua vida e sua saúde estejam ameaçadas. Outra vez, o caso da Vila Socó serve de exemplo. Os moradores construíram suas casas sobre o oleoduto porque não tinham alternativas de moradia. E não conseguem se proteger do problema porque não têm acesso aos caminhos sempre complicados da justiça e da política.

Nem sempre as atividades econômicas mais freqüentes são as mais importantes do ponto de vista da saúde. O fato de uma região ter como atividade econômica principal o cultivo de cana significa, sem dúvida, que esta deve ser uma atividade importante para a economia e muitas pessoas devem estar envolvidas diretamente ou indiretamente na produção. Esse pode ser um critério para priorização de ações da vigilância e da promoção. O outro critério importante é o grau de vulnerabilidade de cada grupo social envolvido nestas atividades. E esta vulnerabilidade depende da inserção dos grupos na sociedade.

### **O Mapeamento como Ferramenta para a Territorialização**

Como vimos anteriormente, o reconhecimento do território é um passo básico para a caracterização da população e de seus problemas de saúde, bem como para a avaliação do impacto dos serviços sobre os níveis de saúde dessa população.<sup>3</sup> Além disso, permite o desenvolvimento de um vínculo entre os serviços de saúde, orientado por categorias de análise de cunho geográfico que realizam o reconhecimento por meio da observação das condições criadas no espaço para a produção, circulação, residência, comunicação para o exercício

<sup>3</sup> Para a discussão sobre a avaliação em saúde, ver Cruz e Santos, texto "Avaliação de saúde na atenção básica: perspectivas teóricas e desafios metodológicos", no livro *Políticas de Saúde: a organização e a operacionalização do Sistema Único de Saúde*, nesta coleção (N. E.).



## INSTRUMENTOS PARA O DIAGNÓSTICO SÓCIO-SANITÁRIO(...)

da política e das crenças, para o lazer e como condição de vida (Monken & Barcellos, 2005).

O território no campo da saúde pública tem várias conotações: por um lado, os sistemas de saúde se organizam sobre uma base territorial, o que significa que a distribuição dos serviços de saúde segue uma lógica de delimitação de áreas de abrangência, que devem ser coerentes com os três níveis de atenção: primário, secundário e terciário. Veja o Quadro 1, a seguir.

Quadro 1 – Relação entre os tipos de serviços de saúde e possibilidades de distribuição no território

Nível de complexidade	Unidade de saúde	Abrangência
Baixa	Posto ou centro de saúde	Local (dentro do município)
Média	Hospital Geral	Micro-regional (entre municípios vizinhos)
Alta	Hospital especializado	Regional (entre grandes municípios)

O Quadro 1 mostra que cada nível de complexidade tem um objeto central que o materializa. Por exemplo, as ações de atenção básica são realizadas, na sua maioria, de modo vinculado aos postos ou centros de saúde, ao passo que as ações que exigem maior especialização e recursos tecnológicos são realizadas em hospitais. Cada um desses objetos tem uma área de abrangência, que é menor no nível de complexidade mais baixa e maior nos níveis de maior complexidade do sistema de saúde. Isso implica que os postos de saúde servem a grupos populacionais menores, contidos em áreas menores. Já os hospitais atendem a áreas maiores, que contêm maiores populações.

Na organização das práticas de vigilância da saúde, é fundamental o reconhecimento do território para identificar e interpretar a organização e dinâmica das populações que nele habitam, as condições de vida da população e as diferentes situações ambientais que os afetam. Nesse ponto, devemos retomar algumas características do desenvolvimento do trabalho no território: a desigualdade interna e o olhar sobre os aspectos populacionais, além dos individuais. As pessoas que moram em um município vivenciam grandes diferenças em suas condições de vida.

## O TERRITÓRIO E O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

Precisamos ressaltar que nem todas as desigualdades espaciais são iniquidades. Por exemplo: um problema de saúde pode ser mais freqüente em um território devido a um efeito populacional, de diferenças na proporção de mulheres em idade reprodutiva, de idosos ou de crianças. Essas são características chamadas de 'estrutura da população'. A diferença na freqüência de determinados problemas associados a estes grupos populacionais em determinados territórios não representa, de fato, uma iniquidade.<sup>4</sup>

A abordagem populacional dos problemas de saúde é uma consequência do conceito ampliado de saúde. A situação de saúde de uma população inclui os problemas e necessidades desta população e as respostas sociais organizadas. O perfil epidemiológico de uma população é o resultado da interação entre os dois processos. Para se fazer a vigilância da saúde, é preciso entender como funcionam e se articulam em um território as condições econômicas, sociais e culturais, como se dá a vida das populações, quais os atores sociais e a sua íntima relação com seus espaços, seus lugares.

Devemos, portanto, conhecer as coisas, os objetos, os movimentos e os fluxos que acontecem nesse território. Nele, todos somos atores, todos participamos para conseguir entender os problemas e praticar ações para sua redução ou eliminação. Também temos de conhecer, além do setor saúde, as outras estruturas de poder governamental e não-governamental, que atuam sobre o funcionamento do território, para estabelecer parcerias com elas. É importante ressaltar que dentro da concepção do território na saúde está a articulação do setor com outras estruturas político-administrativas, que oferecem serviços como educação, transporte, distribuição de água, coleta de esgotos, de lixo e de oferta de emprego.

As diretrizes estratégicas do SUS estão em íntima relação com a definição do território. O município representa o nível para o qual é transferida a maior parte do poder de decisão sobre a política de saúde no processo de descentralização. As práticas de saúde avançam para a integração das ações curativas, promocionais e preventivas, de forma que as intervenções sobre os problemas sejam também sobre as condições de vida das populações, e a regionalização e hierarquização dos serviços contemplam a organização dos

---

<sup>4</sup> Para a discussão sobre equidade e iniquidade em saúde, ver Matta, texto "Princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde" no livro *Políticas de Saúde: a organização e a operacionalização do Sistema Único de Saúde*, nesta coleção (N. E.).

## INSTRUMENTOS PARA O DIAGNÓSTICO SÓCIO-SANITÁRIO(...)

estabelecimentos, delimitando uma base territorial, ou seja, uma área de atuação – da unidade de saúde, da equipe do médico da família, do agente de controle de endemias etc.

Além disso, um dos princípios da organização da vigilância no SUS é a substituição do enfoque de doença pelo enfoque território-população. Assim, uma das mais importantes tarefas no processo de conhecimento do território é identificar e reconhecer as diferenças internas, as desigualdades socioeconômicas das populações que habitam e participam da construção e reconstrução do território, espaços geográficos, lugares sempre 'delimitados', que se caracterizem por apresentar uma relativa homogeneidade interna.

É bom lembrar que o território não é imutável, e as mudanças que nele ocorrem podem provocar também mudanças em componentes das condições de vida e no ambiente, e até mudar os limites originalmente traçados. Por isso, a observação deste território deve ser permanente, para que se percebam suas transformações. A delimitação de áreas mais homogêneas ao interior do território define a primeira aproximação do conhecimento da população – sujeito de seu trabalho.

As heterogeneidades intermunicipais (entre municípios) e intramunicipal (dentro de um município) permitem considerar diferentes situações no desenvolvimento do trabalho na vigilância em saúde. Os primeiros critérios desta diferenciação são: tamanho populacional e superfície ou extensão.

Dessa forma, o território pode variar em dezenas de Km<sup>2</sup>, caso o território seja a totalidade ou parte de um município ou uns poucos Km<sup>2</sup>, no caso de uma área de abrangência de uma unidade de saúde. A quantidade de população e sua densidade serão outro fator que diferencia o conteúdo e, sobretudo, o tempo entre as aproximações sucessivas ao reconhecimento do território e suas atuações.

Embora não adotemos uma definição única de 'ambiente', usualmente nos referimos a uma noção que perpassa os documentos da Organização Mundial da Saúde (OMS), segundo a qual o ambiente seria a totalidade de elementos externos que influem nas condições de saúde e qualidade de vida dos indivíduos ou de comunidades. Se este ambiente é feito de elementos externos aos indivíduos, ele não pode ser entendido como uma característica desse indivíduo, mas algo que está fora dele. Essa definição é tão comum no dia-a-dia das atividades de vigilância, que nem damos a devida importância. Atualmente,

## O TERRITÓRIO E O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

existem técnicos especializados em pessoas (a vigilância epidemiológica), e outros técnicos que trabalham com o ambiente (a vigilância entomológica, por exemplo), que trabalham em setores separados e poucas vezes trocam informações. Mas esse modelo de vigilância não vai longe. Ele não permite enxergar a totalidade do problema de saúde e pode, ao invés de resolver esse problema, até piorar a situação. Isso quer dizer que, se quisermos entender a relação entre um caso de doença e o ambiente, temos de investigar as três coisas: o caso, o ambiente e o que une um ao outro. O MS está fazendo várias ações para modificar essa maneira de trabalhar, como, por exemplo, a criação da Coordenação Geral de Vigilância Ambiental. Várias secretarias estaduais e municipais estão criando centros de vigilância em saúde, que unem ações de vigilância ambiental e vigilância epidemiológica.

Além disso, é preciso desenvolver metodologias para permitir a integração de ações e informações sobre ambiente e saúde. Um bom começo é trabalhar com indicadores de situação, que informem sobre os agravos, sobre as condições sociais e ambientais, para analisar esses indicadores em conjunto. O mapeamento de riscos é uma dessas metodologias que podem ajudar nesse tipo de investigação.

Nos mapas, é possível juntar informações e fazer comparações que não eram possíveis sem eles. Uma das funções mais básicas do mapa é a de localizar 'objetos'. Se vários objetos são colocados no mapa, podemos medir a distância entre eles. Por exemplo, podemos fazer anotações em um mapa colocando uma cruz em cada lugar onde foi visto um rato, ou que as pessoas se queixaram da presença de ratos. Quando tivermos todos esses pontos no mapa, poderemos ver se existe um lugar com mais ratos, quer dizer, se existe uma área com pontos próximos uns dos outros. Nesse caso, os ratos são tomados como objetos.

Claro que esse mapa vai ser melhor se as seguintes condições estiverem satisfeitas:

- Uma boa base cartográfica. Os pontos devem ser desenhados em cima de um mapa com a melhor qualidade possível, o que significa obedecer os critérios de escala, orientação, precisão e conteúdo. Vamos rever esses conceitos adiante.

## INSTRUMENTOS PARA O DIAGNÓSTICO SÓCIO-SANITÁRIO(...)

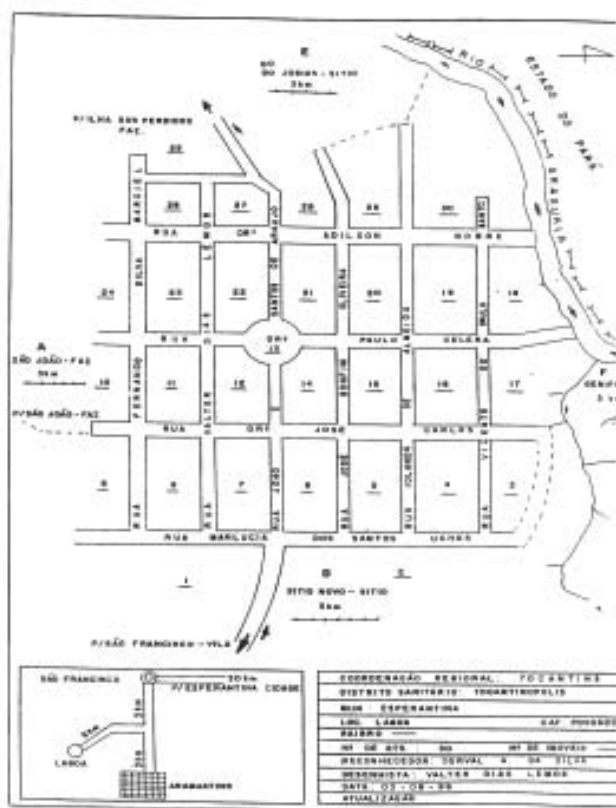
- Bons dados sobre os problemas de saúde. Esses dados devem ser completos e de boa qualidade. No exemplo citado, teríamos de recolher todos os dados possíveis sobre a presença de ratos para que esse mapa seja um retrato mais próximo do problema real.

Podemos ainda completar esse mapa com outras informações que permitam entender melhor o problema. Se estivermos desenhando os locais onde existem ratos, poderíamos recolher dados e também colocar no mesmo mapa os casos de leptospirose, uma doença que, muitas vezes, é transmitida pela urina dos ratos. Podemos também desenhar, usando outro símbolo, os locais com depósito de lixo. Mais uma vez, vimos nesse exemplo o potencial dos mapas para analisar os problemas de saúde. A presença dos ratos é um problema. O lixo pode ser uma causa desse problema. Os casos de leptospirose podem ser consequência. Colocando todas essas informações juntas, estamos vendo os diversos aspectos desse problema. Também através do mapa podemos planejar como evitar ou controlar esse problema, eliminando os pontos de acumulação de lixo e identificando focos de ratos.

O primeiro passo para fazer um mapa de um problema de saúde é, então, conseguir essa base. Existem várias fontes onde se podem conseguir essas bases. A Fundação Nacional de Saúde (Funasa) trabalha para o controle de endemias, com o Reconhecimento Geográfico (RG) ou croquis de campo. Esse tipo de mapa é tradicional na área de saúde pública e vem sendo usado para planejar as ações feitas no campo. Em uma área urbana, por exemplo, tem o desenho de ruas, quarteirões, canais e outras referências que permitem ao agente se localizar no campo e planejar o seu trabalho. Esses mapas, geralmente, foram desenhados sem uma medição em campo, por isso não têm escala, nem orientação. Isso significa que as distâncias medidas no mapa não podem ser convertidas para o terreno. Em muitos outros lugares, como em áreas rurais e na Amazônia, esse mapa é o único disponível para usar-se como base de trabalho. Para obter esses mapas, basta consultar na Funasa regional se existe um RG da sua área e pedir uma cópia em papel.

## O TERRITÓRIO E O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

Figura 1 – Croqui de campo da localidade de Araquatins: Manual do Reconhecimento Geográfico



Fonte: Funasa, 1993.

Esse é um RG de um bairro numa cidade pequena, uma localidade no estado de Tocantins. Repare que esse mapa tem algumas dessas informações que são necessárias para compreender o mapa. No canto inferior direito, aparece o nome da localidade, da instituição, a data de elaboração e outros dados. No canto inferior esquerdo, aparece um quadro que ajuda a localizar essa localidade em relação a outras e a distância entre elas. No centro da figura, está o mapa detalhado da localidade, com suas ruas, caminhos e rios.

## INSTRUMENTOS PARA O DIAGNÓSTICO SÓCIO-SANITÁRIO(...)

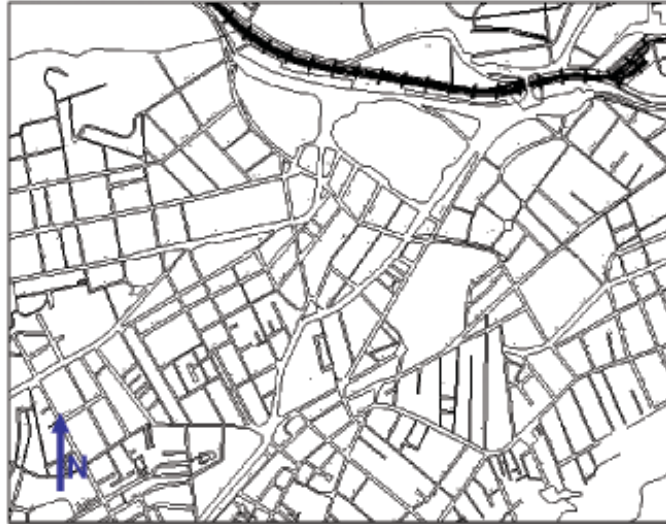
Repare que as ruas são todas retas, formando quarteirões retangulares. É muito raro ter uma cidade com as ruas traçadas desse jeito. Em geral as ruas são curvas. Repare também que no canto superior direito aparece o desenho do rio Araguaia. Esse é um dos maiores rios do Brasil. Mas no mapa ele tem a mesma largura de uma rua. Isso tudo quer dizer que esse tipo de mapa é esquemático, que não representa exatamente os objetos que estão na localidade. Por isso, esses mapas de RG são chamados de 'croquis'. Essa palavra é francesa e é a mesma usada pelos artistas para dizer que são um ensaio, um esboço, ou uma tentativa de organizar as idéias em um papel, sem muita precisão.

Uma outra fonte de mapas é a prefeitura. Muitas cidades do Brasil têm atualmente bons mapas cadastrais, quer dizer, mapas em que aparecem as ruas, lotes, quarteirões etc. Esses mapas podem ser copiados (xerocados) em papel para servir como base do trabalho de campo. Várias outras prefeituras têm mapas em formato digital, isto é, armazenados no computador. Isso facilita o trabalho da prefeitura, que tem de atualizar o mapa permanentemente. Além disso, usando o computador é mais fácil localizar a área de trabalho e imprimir um mapa especial para ser usado no campo. Geralmente, a qualidade desses mapas é muito boa. Têm uma excelente precisão, quer dizer, tudo está desenhado no mapa de forma muito parecida com a realidade. Mas alguns desses mapas podem estar desatualizados porque foram feitos há muitos anos. Por isso, esse tipo de mapa pode e deve ser complementado em campo, marcando sobre ele tudo o que é importante para estudar problemas de saúde, mas que não está nessa base. Uma das tarefas, nesse caso, é colocar no mapa as áreas carentes, de favelas e invasões, que geralmente não são identificadas nos mapas oficiais.

Existe ainda uma outra possibilidade: conseguir um mapa do guia da cidade ou um mapa turístico. Geralmente, esses mapas não têm muita precisão, mas podem servir para localizar objetos, mesmo sabendo-se que os objetos marcados no mapa podem não estar na sua verdadeira localização.

## O TERRITÓRIO E O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

Figura 2 – Recorte de um mapa digital de uma grande cidade



Se esse fosse o mapa da sua área de trabalho, você conseguiria reconhecer as ruas e quarteirões em que você trabalha? Um macete é encontrar primeiro pontos de referência, como o cruzamento de grandes ruas ou uma praça. Depois disso, siga as principais ruas e vá se lembrando do caminho que faz a pé e tentando fazer esse caminho pelo mapa. Como esse mapa é de boa qualidade cartográfica, podemos usá-lo inclusive para medir distâncias. A largura total do mapa é de três quilômetros. Se você andar a uma velocidade de 3 km/h (que é uma média para quem caminha sem pressa), vai demorar uma hora para percorrer toda essa área. Outra coisa: se a largura total é de 3 km e existem cerca de vinte quarteirões entre o canto esquerdo do mapa e o canto direito, quantos metros tem um quarteirão? Para saber a resposta, é só fazer a conta: 3 km divididos por vinte quarteirões, que dá 0,15 km, o que equivale a 150 metros. Esse tipo de cálculo pode ser interessante para seu trabalho e só pode ser feito sobre um mapa que tenha precisão. Claro que os mapas turísticos e os guias não servem para isso. Talvez seja possível fazer esses cálculos usando o RG como base, mas a margem de erro é muito grande, porque esse tipo de mapa tem pouca precisão.



## **INSTRUMENTOS PARA O DIAGNÓSTICO SÓCIO-SANITÁRIO(...)**

Uma boa solução para fazer mapas é sempre combinar todas essas fontes de informação. Como vimos, cada um desses mapas de base tem vantagens e desvantagens. Esses mapas não são muito completos porque foram feitos para uma finalidade específica. Podem estar faltando informações que precisamos para estudar um determinado problema de saúde. Precisamos aproveitar um pouco de cada um deles. Para complementar essas informações, por exemplo, pode-se conseguir um mapa da sua área na prefeitura e pedir a um técnico da cartografia da Funasa que desenhe sobre ele os códigos de bairros, as ruas que estão faltando etc. Pode-se também sair a campo com um mapa de RG na prancheta e desenhar objetos que são importantes para o seu trabalho.

Existe uma forma de complementar as informações que não estão presentes no mapa. Talvez você já tenha ouvido falar em Sistema de Posicionamento Global (GPS). Ele é um aparelho que recebe e interpreta sinais de satélites que estão em volta da Terra. Por meio de cálculos matemáticos, o aparelho mostra na tela um par de coordenadas (latitude e longitude) que servem para localizar o ponto onde estamos. Esse aparelho não é muito caro e está sendo cada vez mais usado nas ações de vigilância em saúde. A grande vantagem de usar esse tipo de equipamento é que podemos localizar em mapas os pontos de interesse para a vigilância.

### **Produção de Imagens em Fotografias para a Territorialização**

Outro recurso ou ferramenta importante é a produção de imagem realizada para o (re)conhecimento das condições de vida e situação de saúde nos territórios. Utilizar a produção de imagem, por intermédio de fotografias, baseia-se no fato de que este instrumental pode servir como recurso estratégico para a territorialização, e, conseqüentemente, para o reconhecimento do território, principalmente no que diz respeito às questões de saúde. A prévia roteirização de produção de imagens sobre os contextos sociais locais e a situação de saúde específica pode servir como ferramenta para a investigação e reconstrução do conhecimento.

## O TERRITÓRIO E O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

O processo de territorialização pode tirar partido do uso da tecnologia fotográfica para o reconhecimento das condições de vida e situação de saúde de territórios. Nos dias de hoje, sentimos cada vez mais e com maior evidência como a tecnologia da imagem se transformou em uma espécie de prótese do olhar. Os cientistas sociais Souza e Lopes (2002) consideram que, depois da invenção do ato de fotografar, a experiência humana nunca mais foi a mesma, pois a ciência moderna conquistou uma possibilidade de um olhar sobre a materialidade do mundo físico e social que antes não era possível, criando uma outra consciência cultural e subjetiva do mundo.

A produção de imagens fotográficas no processo de territorialização se constitui em um outro meio de análise do social. Essa tecnologia auxilia significativamente a análise dos territórios, identificando onde e como as pessoas produzem, moram, se divertem e circulam, enriquecendo sobremaneira o reconhecimento dos objetos e ações no território, a dinâmica social, suas regras e recursos envolvidos, que definem contextos específicos para a produção da saúde ou da doença.

A construção da imagem se dá na interlocução, em um primeiro momento, entre o sujeito que a produz e o seu olhar da realidade social e, posteriormente, por meio da interpretação das imagens, reconstruindo, desta forma, o conhecimento sobre o contexto analisado.

As condições de vida e situação de saúde que podem ser retratadas por imagens referem-se às condições materiais necessárias à subsistência (Possas, 1989), relacionadas à situação da habitação, do saneamento básico e infra-estrutura, das condições do meio ambiente natural, do ambiente construído que expressam territorialmente os recursos sociais, culturais, econômicos, e mais especificamente dos serviços de saúde. Estas condições materiais de subsistência detêm um conjunto de signos que encontram no texto visual um grande potencial, não só para expressar o conhecimento, mas principalmente como estratégia de análise qualitativa sobre as condições de vida e de situação de saúde.

A forma mais freqüente na utilização de fotografia em estudos é para a reiteração do texto escrito, onde as imagens cumprem o mesmo papel das manchetes do jornal, apontando ou sublinhando a questão estudada. O texto escrito e o visual aparecem juntos e se complementam.

## **INSTRUMENTOS PARA O DIAGNÓSTICO SÓCIO-SANITÁRIO(...)**

Nas ciências humanas, o texto verbal foi consagrado e se tornou a forma prioritária de expressão ocidental e moderna. Os textos visuais ficaram relegados à condição de ilustração dispensável ou superlativa. No entanto, as contribuições para a análise do texto visual são flagrantes. Através do uso da dedução e síntese, é possível obter informações que não se encontram diretamente visíveis na fotografia. Após uma leitura inicial que seria um exercício de identificação, a imagem fotográfica admite a interpretação, que resulta de esforço analítico, dedutivo e comparativo (Feldman-Bianco & Leite, 1998).

A prática de produção fotográfica e os significados da imagem produzida têm o potencial de revelar regularidades objetivas de comportamento coletivo e a experiência vivida desses comportamentos, além de apresentar o território no qual as atividades, os atores sociais e o contexto social local são articulados e vividos.

As imagens fotográficas retratam a história visual de uma sociedade, documentam situações, estilos de vida, atores sociais e suas regras cotidianas de convivência, permitindo a identificação de objetos fluxos e ações no território, suas formas e também suas transformações ao longo do tempo.

## O TERRITÓRIO E O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

### Quadro 2 – Produção de imagens sobre as condições de vida e situação de saúde do território

O roteiro se aplica ao território-base do trabalho de campo.

As condições de vida retratadas concretamente através de imagens referem-se às condições materiais necessárias à subsistência, relacionadas à nutrição, habitação, saneamento básico e infra-estrutura, às condições do meio ambiente e aos serviços de saúde.

Devido ao número reduzido de poses (24), priorizar o uso em aspectos considerados mais relevantes do território.

#### ASPECTOS SOCIAIS, AMBIENTAIS E SANITÁRIOS PARA A PRODUÇÃO DE IMAGENS

1. PANORÂMICA DO TERRITÓRIO – Imagem de um ponto mais alto, com a unidade de saúde ou outros serviços de saúde principais utilizados pela população no território em estudo. Imagem que permita uma visualização do prédio e sua inserção no entorno.
2. ESPAÇOS CONSTRUÍDOS NO TERRITÓRIO E QUE AS PESSOAS FREQUENTEM – igrejas, escolas, associações de bairro, clubes, espaços de lazer, estações de transporte público etc. Imagem panorâmica que registre o espaço e o fluxo de pessoas.
3. ESPAÇOS PRODUTIVOS DE INTERESSE PARA A VIGILÂNCIA EM SAÚDE – Ferros-velhos, borracharias, depósitos, grandes mercados, plantações, locais de extração mineral etc. Imagem do aspecto geral e/ou doses de situações de risco (água parada, lixo, restos de processo industrial, uso de agrotóxicos, poluição do ar, da água e sonora etc.)
4. ESPAÇOS PARA A HABITAÇÃO (domicílios) – Imagem do aspecto geral do exterior das moradias e, se possível, dose do interior (paredes, teto, piso, aparelhos sanitários, recipientes para água e vasos de plantas) e do escoamento aparente de esgoto (quando houver), cacimbas d'água, caixas e tonéis de água.
5. INFRA-ESTRUTURA URBANA DO TERRITÓRIO – Imagem do aspecto geral da pavimentação de ruas, estradas e calçamento; sistemas de esgoto (quando houver); esgoto a céu aberto; novos assentamentos e invasões de população etc.
6. ESPAÇOS NATURAIS PRINCIPAIS DO TERRITÓRIO – Imagens panorâmicas e doses de áreas sujeitas à inundação; rugosidades naturais do terreno (morros); rios e canais; áreas florestadas; áreas desmatadas; terrenos baldios; focos de depósitos de lixo informais etc.; áreas de proteção.
7. LOCAIS DE HÁBITOS SOCIOCULTURAIS PRINCIPAIS DO TERRITÓRIO – Imagens de: espaços de lazer; campos de futebol; feiras livres; praias; lavagem de roupas; cultos religiosos etc.
8. PRÁTICAS DO TRABALHO AGRÍCOLA, INDUSTRIAL OU DE SERVIÇOS – Imagens dos métodos/técnicas usadas; as plantações; as plantas industriais; os tipos de serviços principais; os recursos para as atividades.
9. PESSOAS/INTEGRAÇÃO SOCIAL – Imagens do cotidiano (fluxos e encontros); aspectos das pessoas; nutrição.
10. PRINCIPAIS PROBLEMAS DE SAÚDE IDENTIFICADOS NO TERRITÓRIO – Imagens de situações de risco e de práticas locais que demonstram potencialidades da população (mutirões; soluções e estratégias da população para o abastecimento de água; drenagem, esgoto, lixo etc.).

## INSTRUMENTOS PARA O DIAGNÓSTICO SÓCIO-SANITÁRIO(...)

### **Indicadores para as Análises de Situação de Saúde de Populações**

Para a implantação de programas locais, são previstos os seguintes passos: cadastramento da comunidade com realização de entrevistas (com moradores, lideranças etc.); consolidação das informações, identificação das microáreas de risco (fatores de risco e/ou barreiras geográficas ou culturais, indicadores de saúde muito ruins etc.); elaboração de um plano de ação; mapeamento da área de atuação da Estratégia Saúde da Família (ESF); programação das atividades da ESF; e acompanhamento e avaliação da ESF.<sup>5</sup>

Quando falamos em situação de saúde, sempre estamos nos referindo à situação de saúde de uma população, ou seja, de um grupo de pessoas. Sendo assim, nossa preocupação concentra-se em conhecer os diferentes perfis de saúde que são expressões das diferentes condições de vida e trabalho às quais as pessoas estão submetidas.

Atualmente, ainda temos uma forma limitada de conhecer a situação de saúde, pois recorremos ao estudo de características de adoecimento e morte das pessoas para inferir sobre a saúde. Idealmente, seria adequado medir o 'nível de vida' das populações, por meio de um indicador global que expressasse diversos componentes do nível de vida, como: saúde, nutrição, educação, condições e mercado de trabalho, transporte, habitação, consumo, vestuário, recreação, segurança social, liberdade humana etc. Frente à impossibilidade de criar este indicador único, utilizamos vários indicadores, tais como os de morbidade e mortalidade, como uma medida indireta da saúde das populações.

Conforme afirma Castellanos (1987), não existe pessoa, muito menos população que possa ser considerada absolutamente livre de doenças. Cada indivíduo, família e comunidade, em geral, em cada momento de sua existência, sente necessidades e corre riscos que são próprios em função, seja da idade, sexo ou outras características individuais, ou pela sua localização geográfica, seu nível educacional, ou ainda por sua situação socioeconômica. Todos estes aspectos se expressam em diferentes perfis de problemas de saúde.

As populações não se distribuem por acaso nos diferentes municípios que compõem um estado, nem em diferentes bairros de um município. Os grupos

<sup>5</sup> Sobre a Estratégia Saúde da Família, ver Corbo; Morosini e Pontes, texto "Saúde da Família: construção de uma estratégia de atenção à saúde", no livro *Modelos de Atenção e a Saúde da Família*, nesta coleção (N. E.).

## O TERRITÓRIO E O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

populacionais têm características comuns, de acordo com o espaço que ocupam. Um exemplo claro são as populações que vivem em favelas que, independentes do município em que se localizam, geralmente apresentam maior frequência de doenças e morrem mais jovens do que grupos que vivem em bairros com melhor infra-estrutura e acesso a serviços.

Para identificar a população a ser enfocada, deve-se levar em consideração o território sob sua responsabilidade e a população dessa área de atuação. É dentro deste território que os indivíduos interagem e se organizam socialmente. Nem sempre há informações disponíveis para a população de microáreas, ou distritos de saúde, mas essa dificuldade diminui à medida que nos aproximamos do nível municipal, estadual até o nacional. Hoje é muito fácil obter indicadores dos estados e municípios, por exemplo usando as informações disponibilizadas pelo IBGE e Datasus. Mas é muito difícil conseguir esses mesmos indicadores para o nível local, dentro das cidades, nos bairros ou distritos.

Para caracterizar a situação de saúde, recorreremos ao uso de indicadores quantitativos, como taxas de mortalidade por causas específicas, condições de nascimento, mas também é importante conhecer o entendimento que os diversos atores sociais locais têm sobre o que são necessidades e problemas, pois, muitas vezes, o que é considerado um problema prioritário para um grupo pode ser pouco importante para outros. Se pudermos considerar estes aspectos, a análise da situação de saúde propiciará a definição de perfis de necessidades e problemas com a identificação de uma hierarquização de prioridades com base no conhecimento dos diferentes atores sociais institucionais e das respostas sociais que estes são capazes de realizar frente a estes problemas. Isto é importante porque o perfil de morbi-mortalidade é resultante da interação entre a presença dos problemas e a capacidade de resposta de cada população, por intermédio da sua organização social às suas necessidades.

Os perfis de situação de saúde são diferentes em cada grupo de população. O importante é identificarmos quando estas diferenças são redutíveis ou evitáveis, muitas vezes por estarem vinculadas a condições de vida adversas (áreas e situações de risco). Nesse caso, essas condições podem ser modificadas tendo em vista a mobilização da comunidade e de ações interinstitucionais.

Um dos objetivos básicos das informações em saúde é permitir a análise da situação de saúde no nível local. Para se obter esse diagnóstico, deve-se ter claro, desde o início do trabalho, o que se quer medir e avaliar. Indicar é um

## INSTRUMENTOS PARA O DIAGNÓSTICO SÓCIO-SANITÁRIO(...)

verbo transitivo direto, isto é, seu uso exige a definição do objeto a ser indicado. Por exemplo, o colesterol é um indicador da quantidade de gordura no sangue e serve para avaliar o risco de desenvolver doenças do coração. A temperatura é um indicador da quantidade de calor existente em um ambiente. Desse modo, deve-se selecionar indicadores que apontem os processos que realmente queremos estudar. Os indicadores são medidas selecionadas para representar um fenômeno de interesse ou que não pode ser observado diretamente.

Um indicador serve, antes de tudo, para comparação. Pode se comparar territórios, grupos populacionais ou períodos de tempo. Por isso, ao usar indicadores, deve-se pensar na padronização de todas as fases de trabalho: coleta, armazenamento de dados, manipulação e análise. Esses procedimentos incluem a adoção e documentação de unidades de medida, de procedimentos de coleta de dados, de metodologias de análise e de sistemas de informação. Usando o mesmo exemplo da temperatura, devemos padronizar a unidade (geralmente graus Celsius), o modo (onde e quando medir) e o instrumento de medida (um termômetro calibrado). Somente se esses procedimentos forem adotados, poderemos comparar a temperatura tomada em um ambiente com outro.

O uso de indicadores para o diagnóstico e acompanhamento de condições sociais, ambientais e de saúde parte de um processo de simplificação dos objetos estudados. Os indicadores têm um caráter instantâneo e simplificado, mas devem representar processos dinâmicos e complexos. O calor que cada pessoa sente depende da temperatura ambiente, da umidade, dos ventos e de características dessas pessoas. Existem pessoas que sentem mais calor, e outras menos. Mas, para dar uma idéia muito simplificada desse calor, pode-se resumir todos esses dados em uma única medida de temperatura.

Os indicadores que permitem a análise de situação de saúde e a avaliação de tendências devem ser produzidos com periodicidade definida e baseados em critérios constantes e padronizados (para permitir a comparação). São requisitos para a formulação de indicadores:

- disponibilidade de dados;
- simplicidade técnica;
- uniformidade;
- sinteticidade; e
- poder discriminatório.

## O TERRITÓRIO E O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

Os indicadores de saúde são medidas diretas que devem refletir o estado de saúde da população de um território. A OMS divide os indicadores de saúde em cinco grandes grupos:

- Indicadores de política de saúde;
- Indicadores socioeconômicos;
- Indicadores de provisão de serviços de saúde;
- Indicadores de provisão/cobertura de serviços de atenção básica de saúde;
- Indicadores básicos de saúde.

Em geral, a mensuração do estado de saúde de uma população se faz negativamente, por meio da frequência de eventos que expressam a 'não-saúde': morte (mortalidade) e doença (morbidade). Assim, a quantidade de pessoas que morrem e a quantidade de pessoas que adoecem em uma determinada população, durante um determinado período, são usadas como medida da saúde daquela população naquele período.

O número absoluto de pessoas que morrem e adoecem são medidas cujo significado está limitado ao tempo e à população considerada. A comparação de medidas de mortalidade ou de morbidade de diferentes populações (ou da mesma população em diferentes momentos) requer sua transformação em valores relativos (sua ponderação). Os indicadores de saúde são medidas relativas de mortalidade e de morbidade, estão sempre referidos a uma população específica e a um intervalo de tempo determinado; correspondem a quocientes (frações) que assumem dois formatos genéricos, os coeficientes e proporções.

Coeficientes são quocientes em que o número absoluto de eventos ocorridos em uma população específica durante um período determinado, o numerador, é ponderado pelo total de eventos da mesma espécie teoricamente possíveis, o denominador.

Proporções são quocientes que expressam a parcela dos eventos que possui um certo atributo ou característica específica, o numerador, em relação ao total de eventos da mesma natureza ocorridos na população e no período considerados, o denominador.



## INSTRUMENTOS PARA O DIAGNÓSTICO SÓCIO-SANITÁRIO(...)

### **Mortalidade**

O número absoluto de óbitos ocorridos em uma determinada população durante um certo período, ponderado pelo tamanho da população no meio do período, é o coeficiente geral de mortalidade dessa população no período considerado.

$$\text{CGM} = \frac{\text{Total de óbitos ocorridos na população durante o período}}{\text{População total no meio do período}} \quad (\times 1.000)$$

A informação fornecida pelo coeficiente geral de mortalidade é limitada, a análise da mortalidade de uma população requer a construção de indicadores específicos, que forneçam informação a respeito de quem morre, e sobre as causas dos óbitos.

Os indicadores específicos de mortalidade, segundo as características das pessoas que morrem (idade, sexo, raça, ocupação, renda etc.) assumem os formatos genéricos já descritos:

Coeficiente de mortalidade específico das pessoas com o atributo 'X', em uma população específica, durante um determinado período:

$$\text{CMEa} = \frac{\text{n. de óbitos de pessoas com o atributo 'X' na população e no período}}{\text{total de pessoas com o atributo 'X' na população no meio do período}} \quad (\times 1.000)$$

Mortalidade proporcional das pessoas com o atributo 'X', em uma população específica, durante um determinado período:

$$\text{MPa} = \frac{\text{n. de óbitos de pessoas com o atributo 'X' na população e no período}}{\text{Total de óbitos na população durante o período}} \quad (\times 100)$$

## O TERRITÓRIO E O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

### **Mortalidade segundo a idade**

A idade das pessoas que morrem constitui informação de grande relevância na análise da mortalidade. A mortalidade infantil é um indicador tradicional da qualidade de vida e das condições de saúde de uma população; diz respeito aos óbitos de crianças menores de 1 ano e admite dois componentes: mortalidade neonatal (crianças até 28 dias) e mortalidade infantil tardia (crianças entre 28 dias e 1 ano). Os coeficientes de mortalidade infantil empregam como denominador (ponderador) o número de nascidos vivos na população durante o período considerado.

Coeficiente de mortalidade infantil de uma população específica, durante um período determinado:

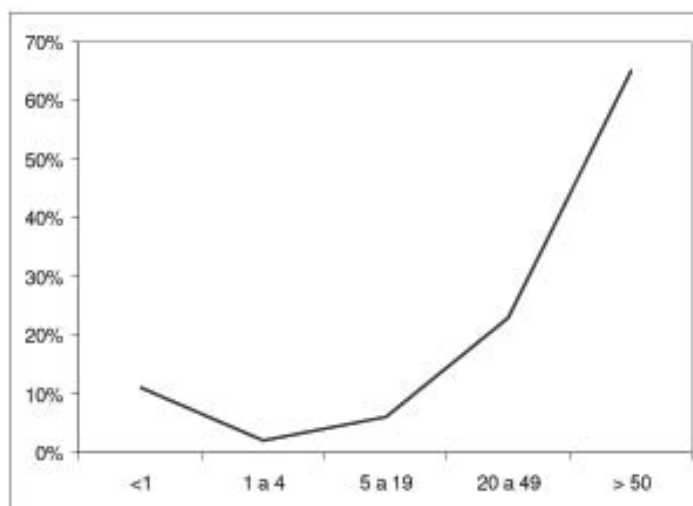
$$\text{CMI} = \frac{\text{óbitos de menores de 1 ano ocorridos na população e no período}}{\text{Total de nascidos vivos na população durante o período}} \quad (\times 1.000)$$

Outro modo de estudar a mortalidade segundo a idade é construir indicadores que expressem a proporção de óbitos de diferentes faixas etárias (numerador), em relação ao total de óbitos ocorridos na população, no período considerado (denominador). Além de alto poder para discriminar as condições de vida e saúde, os indicadores de mortalidade proporcional são fáceis de calcular e dispensam dados populacionais.

A curva de mortalidade proporcional (Rouquayrol & Almeida Filho, 1999) é uma representação gráfica da mortalidade proporcional de grupos etários pré-definidos: < de 1 ano, 1 a 4 anos, 5 a 19 anos, 20 a 49 anos e 50 anos ou mais. As curvas das populações com piores condições de saúde mostram alta proporção de óbitos infantis e de pré-escolares; em situações muito precárias, a proporção de óbitos na faixa de 20 a 49 anos também é elevada (poucas pessoas chegam a completar 50 anos). Populações mais saudáveis exibem curvas que refletem menores proporções de óbitos infantis e escolares, com predomínio crescente dos óbitos em maiores de 50 anos (Gráfico 1).

## INSTRUMENTOS PARA O DIAGNÓSTICO SÓCIO-SANITÁRIO(...)

Gráfico 1 – Curva de Nelson Moraes



### **Mortalidade segundo a causa**

Um segundo aspecto importante na análise da mortalidade diz respeito às condições patológicas que levam à morte. A definição da 'causa da morte' costuma ter como referência a declaração de óbito (registro civil).

As 'causas de morte' são habitualmente definidas com base na Classificação Internacional de Doenças (CID) e podem ser classificadas segundo diferentes níveis de detalhamento.

**CAPÍTULOS** – são grupos genéricos (I – Doenças Infecciosas e Parasitárias; II – Neoplasmas; VII – Doenças do Ap. Circulatório; XI – Complicações da Gravidez, Parto e Puerpério; XVII – Lesões e envenenamentos).

**CATEGORIAS** – são identificadas por um código de três algarismos, e constituem a base fundamental da classificação (Tuberculose Pulmonar, 011; Tuberculose dos ossos e articulações, 015; Peste, 020; Hipertensão Essencial, 401; Doença Renal Hipertensiva, 403; Arritmias cardíacas, 427; Fratura da clavícula, 810; Intoxicação por agentes psicotrópicos, 969; Efeito tóxico do Chumbo e seus componentes, 984; Efeito tóxico de substâncias nocivas ingeridas como alimentos, 988).

**SUB-CATEGORIAS** – proporcionam informação mais detalhada, por meio da introdução de um quarto dígito (Tuberculose da coluna vertebral, 015.0;

## O TERRITÓRIO E O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

Hipertensão essencial especificada como benigna, 401.1; Taquicardia paroxística ventricular, 427.1; Intoxicação por tranqüilizantes fenotiazídicos, 969.1; Intoxicação por peixes e mariscos, 988.0).

AGRUPAMENTO – consiste na reunião de categorias 'próximas' por uma faixa de valores da CID (Tuberculose, 010 a 018; Zoonoses causadas por bactérias, 020 a 027; Doença Hipertensiva, 401 a 405; Outras formas de doença do coração, 420 a 429; Fratura do membro superior, 810 a 819; Intoxicação por drogas, medicamentos e substâncias biológicas, 960 a 979; Efeitos tóxicos de substâncias de origem não predominantemente medicinal, 980 a 989).

Assim como na análise das características das pessoas que morrem, o estudo da mortalidade segundo a causa se faz através da construção de coeficientes e de proporções.

Coeficiente específico de mortalidade pela causa 'C' em uma determinada população em um certo período:

$$\text{CMc} = \frac{\text{Total de óbitos devidos a C ocorridos na população e no período}}{\text{População sob risco de morrer devido a C durante o período}} \quad (\times 10n)$$

Mortalidade proporcional pela causa (ou grupo de causas) 'C' em uma população em um certo período:

$$\text{MPc} = \frac{\text{Óbitos devidos à causa C ocorridos na população e no período}}{\text{Total de óbitos (todas as causas) ocorridos na população e no período}} \quad (\times 100)$$

Na maioria dos coeficientes de mortalidade específicos por causa, a 'população sob risco de morrer' (o denominador) é a população total. Em alguns casos, no entanto, será necessário considerar certas especificidades, por exemplo: o coeficiente de mortalidade materna corresponde ao 'total de óbitos por causas ligadas à gestação, parto ou puerpério' (numerador) ponderado pelo

## INSTRUMENTOS PARA O DIAGNÓSTICO SÓCIO-SANITÁRIO(...)

'total de nascidos vivos' (denominador). O coeficiente de mortalidade por câncer de ovário deve excluir a população masculina do denominador.

### **Morbidade**

Assim como a mortalidade, a morbidade está sempre referida a uma população e a um período de tempo determinado. Os indicadores habituais de morbidade referem-se sempre a uma doença (ou grupo de doenças) específica.

### **A freqüência da doença**

A quantidade de casos existentes de uma doença em uma determinada população em um certo momento é a prevalência da doença. Teoricamente o 'momento' corresponde a um 'ponto' no tempo (prevalência instantânea). Em circunstâncias operacionais, o 'momento' pode ser estabelecido tomando-se diferentes unidades de tempo (semana, mês, ano). A prevalência sugere 'volume'. O coeficiente de prevalência corresponde à quantidade de pessoas afetadas pela doença em questão no 'momento' especificado, em relação à população total.

Coeficiente de prevalência da doença D em uma população específica em um certo momento:

$$\text{CPD} = \frac{\text{Total de casos da doença 'D' existentes na população no momento}}{\text{população total no momento considerado}} \quad (\times 10n)$$

Uma segunda medida da freqüência de uma doença é dada pela incidência, que corresponde à quantidade de casos novos, ocorridos em uma determinada população durante um certo período. Sugere 'velocidade' ou 'intensidade'.

O número absoluto de casos novos de uma doença, ocorridos durante um certo período, em uma população sob risco de adquirir a doença, é o coeficiente de incidência da doença na população, no período considerado.

Coeficiente de incidência da doença D em uma população específica em um certo período:

## O TERRITÓRIO E O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

$$\text{CId} = \frac{\text{n. de casos novos da doença 'D' na população e no período}}{\text{população exposta ao risco de contrair a doença 'D' durante o período}} \quad (\times 10n)$$

Tomado como uma relação entre a quantidade de eventos ocorridos (casos novos) e o universo de eventos possíveis (a população sob risco) o coeficiente de incidência pode ser interpretado como medida geral e simplificada de risco (de probabilidade).

A interpretação e o uso das medidas de prevalência e de incidência pede que se leve em conta a duração média da doença, definida como período médio entre o diagnóstico e o desfecho do processo (cura, morte etc.). Enfermidades de curta duração (agudas) tendem a apresentar baixa prevalência mesmo quando a incidência é alta. Enfermidades de longa duração (crônicas) podem apresentar alta prevalência mesmo quando a incidência é baixa.

### **A gravidade da doença**

A gravidade de uma doença é a função matemática da magnitude dos eventos indesejáveis que ela provoca. A maneira tradicional de medir a gravidade de uma doença é a letalidade, expressa pela proporção de doentes que morrem em consequência do processo mórbido, em relação ao total de doentes observados.

Taxa de letalidade:

$$\frac{\text{Total de óbitos devidos a 'D'}}{\text{Total de doentes com 'D'}} \quad (\times 100)$$

A letalidade é uma característica própria de cada doença, há doenças com alta letalidade (raiva, tétano, infarto cardíaco, certos tipos de câncer), outras cuja letalidade é muito baixa (gripe, hepatite A). Um segundo fator que tem forte influência sobre a letalidade é a qualidade da atenção prestada aos

## INSTRUMENTOS PARA O DIAGNÓSTICO SÓCIO-SANITÁRIO(...)

doentes, uma letalidade particularmente alta e localizada é sugestiva de atenção de má qualidade. Observe-se que, de modo geral, os indicadores da gravidade das doenças (a proporção de eventos 'indesejáveis') podem ser ao mesmo tempo indicadores da qualidade da atenção médico-sanitária oferecida.

### **Instrumentos para Análises de Situação de Saúde e Uso de Diagnóstico Sócio-Sanitário no Programa Saúde da Família**

Para estabelecer os objetivos do diagnóstico sócio-sanitário, vamos rever alguns princípios do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs) e do PSF. Segundo a portaria n. 648 (Brasil, 2006: 11), a Atenção Básica tem como fundamentos:

- I – possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada preferencial do sistema de saúde, com território adscrito, de forma a permitir o planejamento e a programação descentralizada, e em consonância com o princípio da equidade;
- II – efetivar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação, trabalho de forma interdisciplinar e em equipe e coordenação do cuidado na rede de serviços;
- III – desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita, garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado;
- IV – valorizar os profissionais de saúde, por meio do estímulo e do acompanhamento constante de sua formação e capacitação;
- V – realizar avaliação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados, como parte do processo de planejamento e programação; e
- VI – estimular a participação popular e o controle social.

Para que esses fundamentos sejam efetivados, o ESF precisa cumprir alguns requisitos técnicos para sua implantação e acompanhamento. A 'territorialização', segundo estes princípios, é vista como uma etapa da implantação do Pacs e PSF. As equipes devem definir *a priori* a população a ser atendida, o que é colocado, inclusive como requisito para o financiamento do programa pelo MS. Este processo implica o cadastramento e adscrição de uma popu-

## O TERRITÓRIO E O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

lação a ser atendida por cada agente e equipe (ESF). Em contrapartida, a escolha de onde localizar ações do PSF deve ter como critério a carência social e as dificuldades de acesso. Por isso, é importante ter um diagnóstico dos problemas de saúde e condições sociais e ambientais antes da sua implantação. Mas esse diagnóstico é também um dos trabalhos permanentes da ESF, que deve ser feito por intermédio da análise das famílias cadastradas, principalmente usando a ficha A. Se esses dados necessários para o diagnóstico somente vão ser levantados com o cadastramento das famílias adscritas, devemos contar com outras fontes de informação para essa fase inicial de implantação. A mesma portaria n. 648/2006 prevê que a ESF, entre seus princípios gerais, deve (Brasil, 2006: 20):

I – ter caráter substitutivo em relação à rede de Atenção Básica tradicional nos territórios em que as Equipes Saúde da Família atuam;

II – atuar no território, realizando cadastramento domiciliar, diagnóstico situacional, ações dirigidas aos problemas de saúde de maneira pactuada com a comunidade onde atua, buscando o cuidado dos indivíduos e das famílias ao longo do tempo, mantendo sempre postura pró-ativa frente aos problemas de saúde-doença da população;

III – desenvolver atividades de acordo com o planejamento e a programação realizados com base no diagnóstico situacional e tendo como foco a família e a comunidade;

IV – buscar a integração com instituições e organizações sociais, em especial em sua área de abrangência, para o desenvolvimento de parcerias; e

V – ser um espaço de construção de cidadania.

Está claro que esse diagnóstico é, portanto, um processo interativo e contínuo. Ele é feito inicialmente baseado em dados que não foram levantados pela ESF, mas que estão disponíveis, porque são resultado do trabalho de outros órgãos de governo. Devemos lembrar que o próprio SUS dispõe de uma grande quantidade de dados que podem ser usados para esse diagnóstico. Dados sobre internações, óbitos, nascimentos e notificação de agravos podem ser usados nesse levantamento. Veja a página do Datasus ([www.datasus.gov.br](http://www.datasus.gov.br)). Além disso, podem ser usados dados do censo demográfico para caracterizar as condições de habitação, escolaridade, renda e perfil etário da população. Esses

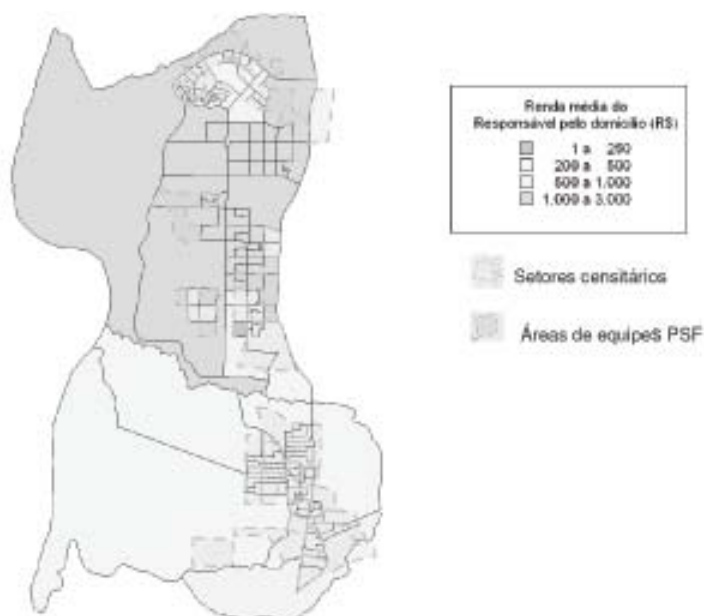


## INSTRUMENTOS PARA O DIAGNÓSTICO SÓCIO-SANITÁRIO(...)

dados são divulgados pelo IBGE ([www.ibge.gov.br](http://www.ibge.gov.br)) por setores censitários.

Uma primeira aproximação do problema pode ser feita mapeando-se indicadores do censo segundo os setores censitários. Esses mapas e indicadores estão disponíveis no site do IBGE ou podem ser adquiridos por correio através do Centro de Documentação e Disseminação de Informações do IBGE. O mapa a seguir (Figura 3) mostra os setores censitários do município de Palmas (TO), classificados segundo faixas de renda do responsável pela família. O mapa mostra também os limites das áreas de atuação de equipes PSF.

Figura 3 – Mapa dos setores censitários do município de Palmas (TO)



Pode-se observar que as áreas cobertas pelo PSF estão em geral onde se localizam as populações mais carentes do município. Examinando o mapa, podemos planejar novas áreas a serem cobertas pelo PSF. Essa estratégia de mapeamento pode ser usada para planejar ações e programas especiais voltados para a prevenção e promoção de saúde. Por exemplo, pode-se também, usando dados do censo, avaliar onde está concentrada a população mais idosa do município e realizar nesses locais algumas ações de promoção de saúde.

## O TERRITÓRIO E O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

Segundo a portaria n. 648/2006 (Brasil, 2006: 21), o processo de trabalho da Saúde da Família envolve:<sup>6</sup>

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 a 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; e

IX – acompanhamento e avaliação sistemática das ações implementadas, visando à readequação do processo de trabalho.

Os itens II, III e IV demonstram a preocupação com a responsabilização pela população adscrita, que vive em um território delimitado e que tem características próprias.

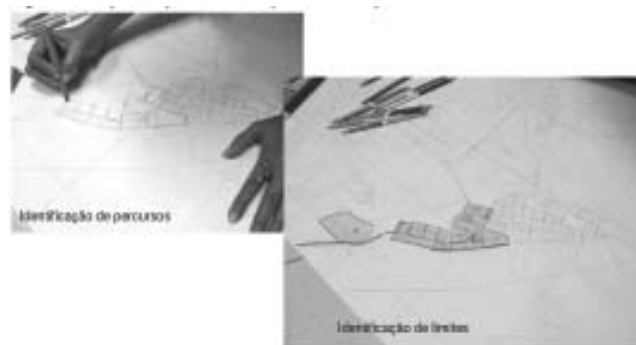
<sup>6</sup> Para discussão sobre o processo de trabalho no PSF, ver Ribeiro, Pires e Blank, texto “A temática do processo de trabalho em saúde como instrumental para a análise do trabalho no Programa Saúde da Família” e Morosini, Corbo e Guimarães, texto “O agente comunitário de saúde no âmbito das políticas de saúde: concepções do trabalho e da formação profissional”, ambos no livro *O Processo Histórico do Trabalho em Saúde*, nesta coleção (N. E.).

## INSTRUMENTOS PARA O DIAGNÓSTICO SÓCIO-SANITÁRIO(...)

Como vimos, os mapas de setores censitários foram construídos e podem ser obtidos através do IBGE. Já o mapa das áreas de atuação de equipes PSF não está disponível na maior parte dos municípios do Brasil. Eles devem ser produzidos, ou seja, desenhados pelas equipes, que devem contar com a ajuda de técnicos utilizando-se mapas oficiais do município, de boa qualidade.

Nas fotografias a seguir, são mostradas etapas desse processo de construção de áreas de atuação por profissionais do PSF. O primeiro passo é a identificação dos percursos realizados por agentes e outros profissionais do PSF no campo. Uma vez identificadas ruas e estradas, deve-se localizar no mapa de referência os domicílios cobertos pelo PSF. Os limites das áreas são então desenhados cobrindo todos os domicílios cadastrados pelas equipes. Embora no presente texto não tenha sido possível usar imagem em cores, assinalamos que é importante, nesse processo, identificar com códigos ou cores diferentes as áreas de atuação de cada equipe, para que sejam analisadas separadamente.

Figura 4 – Etapas dos procedimentos para a delimitação de áreas

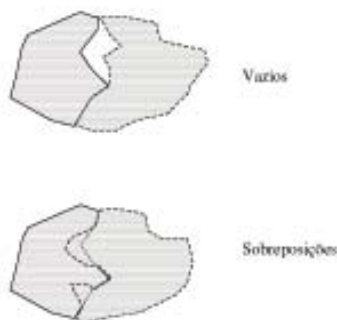


Esse processo de mapeamento permite avaliar a cobertura do PSF nos municípios e otimizar o trabalho das equipes, diminuindo algumas áreas que estejam muito grandes, aumentando outras. Além disso, permite identificar zonas do município com sobreposição de atividades, ou vazios, que não são cobertos pelo programa. Na figura 4 foram consideradas duas áreas. Deve-se fazer o registro de uma zona entre as áreas, que não é coberta por nenhuma das equipes (vazio). No procedimento de identificação de limi-

## O TERRITÓRIO E O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

tes, devemos registrar a sobreposição de áreas, cobertos pelo PSF registrando essa sobreposição com diferentes cores, mostrando, possivelmente, uma duplicação do trabalho das equipes.

Figura 5 – Mapeamento para avaliação de cobertura do PSF



Esse diagnóstico, feito através de mapas, deve ser interativo, isto é, deve contar com a participação de representantes de moradores, técnicos do PSF e de outras áreas da prefeitura. Essas pessoas podem ajudar a reconhecer nomes de ruas e trechos cobertos ou não pelo PSF. Podem também sugerir formas de melhorar o trabalho das equipes, propondo novos desenhos para as áreas.

Um recurso ainda mais interessante que pode ser usado para o diagnóstico de saúde do território é mapear todos os casos de um determinado problema de saúde. Para isso, deve-se selecionar um problema de saúde que seja um marcador da presença de algum problema ambiental existente no território, ou de falhas do sistema de saúde. Esses dados podem ser obtidos de sistemas de informação de saúde como o SIM, Sinasc, Sinan, SIH etc. A figura 6 mostra os nascimentos ocorridos em um município representados como pontos no mapa. Os pontos coloridos escuros são nascidos vivos que tiveram pelo menos um exame pré-natal. Os pontos claros são os nascidos vivos que não tiveram exame pré-natal, situação tomada aqui como um problema. Esse evento é assim um marcador de problemas de acesso e seguimento de gestantes. A existência de gestantes sem pré-natal, principalmente dentro de áreas do PSF deve servir como alerta para o funcionamento do programa.

## INSTRUMENTOS PARA O DIAGNÓSTICO SÓCIO-SANITÁRIO(...)

Figura 6 – Localização de gestantes com mais de uma consulta e sem consulta de pré-natal, em área coberta pelo PSF



Todas essas informações contribuem para ter-se um melhor diagnóstico da situação de saúde nos territórios do PSF. As informações colhidas pelo próprio PSF permitem avaliar o trabalho realizado pela equipe sobre a população cadastrada. Mas essas informações devem ser complementadas por outras que cobrem outra parcela da população, não cadastradas.

As informações ambientais e sociais podem ser também incorporadas ao trabalho das equipes se forem consideradas nos mapas. Esse tipo de dado, no Brasil, infelizmente não tem a mesma disponibilidade e facilidade de acesso que os dados de saúde. Os dados sobre qualidade da água para consumo, sobre a contaminação do ar e do solo vêm recentemente sendo sistematizados por agências de controle ambiental e pelo Ministério da Saúde, por meio da Coordenação Geral de Vigilância em Saúde Ambiental – CGVAM. Mas, mesmo não contando com esses dados, podemos identificar no mapa, em geral com a ajuda de moradores e técnicos que conheçam a área, marcar pontos em que se observam riscos à saúde devidos a problemas ambientais, como os lixões, rios e córregos contaminados etc. Esse recurso foi dado como exemplo no capítulo “Território na promoção e vigilância em saúde”, neste mesmo livro, sobre o mapeamento, e pode ser útil para o diagnóstico das áreas.

## O TERRITÓRIO E O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

Em resumo, o diagnóstico sócio-sanitário não pode ser baseado unicamente na ficha A, levantada pelo PSF, mas deve ser complementado por levantamentos de campo e dados secundários, obtidos de outros setores de governo.

O projeto de Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família (AMQ) demonstra essa preocupação de aperfeiçoamento permanente das práticas do PSF, conforme níveis de desenvolvimento do programa. Em um primeiro nível, chamado de elementar, cabe às equipes realizar diagnósticos que permitam identificar e priorizar áreas com condições socioeconômicas e de saúde menos favoráveis, além de manter os sistemas de informação de saúde atualizados. Em um segundo nível, as equipes devem usar plenamente essas informações para analisar situação de saúde de modo a subsidiar a implantação do programa. Em um nível ainda mais avançado, chamado de etapa consolidada, essas análises de situação devem ser permanentes, permitindo a avaliação contínua do PSF e a sua gestão.

## INSTRUMENTOS PARA O DIAGNÓSTICO SÓCIO-SANITÁRIO(...)

Quadro 3 – Avaliação para melhoria da qualidade da Estratégia Saúde da Família

ELEMENTAR	A implantação das ESF prioriza as áreas com condições socioeconômicas e de saúde menos favoráveis e ou de exclusão social.	As ESF devem ser implantadas priorizando-se as áreas e as populações de maior risco e vulnerabilidade do município, tanto do ponto de vista social quanto sanitário. Este padrão está relacionado à busca por maior equidade e acessibilidade para o sistema de saúde municipal.
	A gestão municipal da saúde alimenta os sistemas de informação com regularidade e nos prazos estabelecidos.	Este padrão avalia se a gestão municipal da saúde está mobilizada para o tratamento cuidadoso na alimentação dos sistemas de informação. Sistemas de informação considerados: SIM: Sistema de Informação sobre Mortalidade; Sinasc: Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos; Sisvan: Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional; Sinan: Sistema de Informações sobre Agravos de Notificação; Sipi: Sistema de Informações sobre o Programa Nacional de Imunização; Siab: Sistema de Informação da Atenção Básica; SIA-SUS: Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS e CNES: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.
DESENVOLVIMENTO	A gestão municipal da saúde realiza análise da situação de saúde do município para subsidiar a implantação da ESF.	Estágio mais elevado, significando a realização de estudos com finalidade de avaliar a situação de saúde dos segmentos populacionais no município, diferenciando o seu perfil epidemiológico, os riscos social, ambiental e sanitário das suas regiões. Considerar a resposta afirmativa quando a implantação das ESF estiver fundamentada nestes estudos e análises, sendo definido um número menor de usuários para as equipes responsáveis por áreas mais críticas.
CONSOLIDADA	A gestão municipal da saúde mantém análise e acompanhamento da situação de saúde para subsidiar a implementação da ESF.	Estágio mais elevado, significando que a gestão municipal, além de haver realizado a implantação baseando-se em estudos e análises, mantém este trabalho de forma permanente na implementação da estratégia.

Fonte: Brasil, 2005.

Esse texto traz algumas idéias e instrumentos que podem ser utilizados para cumprir esses objetivos de melhoria da qualidade do programa. Os mapas e sistemas de informação são alguns desses instrumentos. Esses instrumentos

## O TERRITÓRIO E O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

são baseados em técnicas oriundas de disciplinas como a estatística e as ciências sociais e ainda a cartografia. Mas isso não quer dizer que seu uso seja restrito a esses profissionais técnicos. Eles devem ser apreendidos por profissionais de saúde para a melhoria da sua capacidade de trabalho e de intervenção sobre condições adversas de saúde. Também a população pode se apropriar desse conhecimento. Um mapa gerado por profissionais do PSF pode e deve ser avaliado por usuários do sistema de saúde, que podem sugerir a introdução de novas informações e interpretar mapas e resultados obtidos nesse processo de diagnóstico. Esses instrumentos são, antes de tudo, meios que dispomos para a troca de informações entre gestores, profissionais de saúde e população.

### Referências

- BARRENECHEA, J. *Estrategias Político Institucionales de Riesgo Tecnológico Industrial: el caso de Zárate y Camapana, provincia de Buenos Aires*. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires, 1998.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Avaliação para melhoria da qualidade da estratégia saúde da família/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 6v. (Série B. Textos Básicos de Saúde).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 648/GM de 28 de março de 2006. Política Nacional de Atenção Básica. Série Pactos pela Saúde, v. 4, 60p.
- CASTELLOS, J. L. Sobre el concepto de salud-efemeridad: un punto de vista epidemiológico. Taller Latino Americano de Medicina Social. In: IV CONGRESO LATINO AMERICANO Y CONGRESO MUNDIAL DE MEDICINA SOCIAL. Medellin. Colombia, jul. 1987.
- FELDMAN-BIANCO, B. & LEITE, M. L. M. (Orgs.) *Desafios da Imagem (Fotografia, iconografia e vídeo nas Ciências Sociais)*. 2.ed. Campinas: Papyrus, 1998. v.1.
- FREITAS, C. M. et al. Segurança química, saúde e ambiente: perspectivas para a governança no contexto brasileiro. *Cadernos de Saúde Pública*, 18(1): 249-256, 2002.
- IANNI, A. M. Z. & QUITÉRIO, L. A questão ambiental urbana no Programa de Saúde da Família: avaliação da estratégia ambiental numa política pública de saúde. *Ambiente e Sociedade*, 9: 169-180, 2006.
- LOPES, A. E. R. C. & SOUZA, S. J. E. Fotografar e narrar: uma estratégia de pesquisa e produção do conhecimento no contexto escolar. *Cadernos de Pesquisa*, 116: 61-80, 2002.



## INSTRUMENTOS PARA O DIAGNÓSTICO SÓCIO-SANITÁRIO(...)

MONKEN, M. & BARCELLOS, C. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. *Cadernos de Saúde Pública*, 21(3): 898-906, 2005.

MORROW, B. H. Identifying and mapping community vulnerability. *Disaster*, 23: 1-18, 1999.

POSSAS, C. *Epidemiologia e Sociedade: heterogeneidade estrutural e saúde no Brasil*. São Paulo: Hucitec, 1989.

PROFORMAR. *Caderno de Atividades do Trabalho de Campo*.

ROUQUAYROL, M. Z. & ALMEIDA FILHO, N. (Orgs.) *Epidemiologia e Saúde*. 5.ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1999.

