



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DESENVOLVIMENTO REGIONAL

ANTÔNIO PEREIRA CARDOSO DA SILVA FILHO

**DESIGUALDADES E INIQUIDADES EM SAÚDE E A INTERFACE COM O
DESENVOLVIMENTO: UM ESTUDO DOS TERRITÓRIOS DE SAÚDE EM
CAMPINA GRANDE-PB**

Campina Grande

2016

ANTÔNIO PEREIRA CARDOSO DA SILVA FILHO

**DESIGUALDADES E INIQUIDADES EM SAÚDE E A INTERFACE COM O
DESENVOLVIMENTO: UM ESTUDO DOS TERRITÓRIOS DE SAÚDE EM
CAMPINA GRANDE-PB**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito para obtenção do título de Mestre em Desenvolvimento Regional.

Área de Concentração: Desenvolvimento Regional.

Linha de Pesquisa: Estado, Políticas Públicas e Movimentos Sociais.

Professora Orientadora: Ângela Maria Cavalcanti Ramalho.

Campina Grande

2016

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

S586d Silva Filho, Antônio Pereira Cardoso da
Desigualdades e iniquidades em saúde e a interface com o desenvolvimento: um estudo dos territórios de saúde em Campina Grande-PB [manuscrito] / Antonio Pereira Cardoso da Silva Filho. - 2016.
98 p. : il. color.

Digitado.
Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento Regional) - Universidade Estadual da Paraíba, Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa, 2016.
"Orientação: Profa. Drª Ângela Maria Cavalcanti Ramalho, Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa".

1. Iniquidade. 2. Desigualdade Social. 3. Estudo Territorial em Campina Grande-PB. 4. Determinantes Sociais da Saúde. I. Título. 21. ed. CDD 910.021

ANTÔNIO PEREIRA CARDOSO DA SILVA FILHO

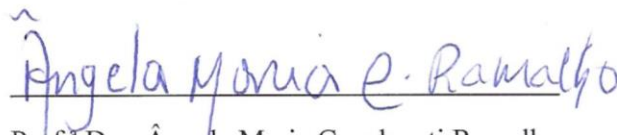
**DESIGUALDADES E INIQUIDADES EM SAÚDE E A INTERFACE COM O
DESENVOLVIMENTO: UM ESTUDO DOS TERRITÓRIOS DE SAÚDE EM
CAMPINA GRANDE-PB**

Área de Concentração: Desenvolvimento Regional.

Linha de Pesquisa: Estado, Políticas Públicas e Movimentos Sociais.

Professora Orientadora: Ângela Maria Cavalcanti Ramalho.

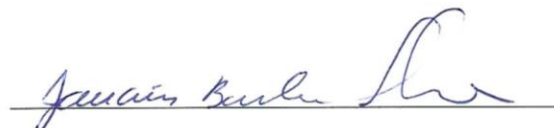
BANCA EXAMINADORA:



Prof.^a Dra. Ângela Maria Cavalcanti Ramalho
Orientadora - UEPB



Prof. Dr. Leonardo de Araújo Mota
Examinador Interno – UEPB



Prof.^a Dra. Janaína Barbosa da Silva
Examinadora Externa - UFCG

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus, que me concede diariamente toda a energia e disposição necessárias para o cumprimento do que eu indico como prioridade em minha vida.

A minha família, em especial a minha Mãe, por subsidiar todas as necessidades até o momento necessário, por todo o amor e carinho direcionados a mim.

Aos meu poucos e valiosos amigos, sem os quais não conseguiria o cumprimento deste objetivo. Dentre estes, destaco Tiago Oliveira, companheiro de todas as horas e Janaína Barbosa, incentivadora e promotora de várias oportunidades profissionais.

Agradeço a todos os professores do Programa de Pós Graduação em Desenvolvimento Regional que foram substanciais para o desenvolvimento das competências e habilidades necessários para a efetivação deste trabalho. Em especial, agradeço ao professor Luciano Albino quando, em uma tarde, na Biblioteca Central da UEPB, fez-me entender a sofisticação da simplicidade. Agradeço a professora Ângela Ramalho, minha orientadora, por toda a orientação e paciência ao longo do processo.

“Meia saúde e meia doença, eis o estado
normal da vida.”

Carlos Drummond de Andrade

RESUMO

Os estudos acerca do processo de desenvolvimento abarcam cada vez mais uma dimensão que considera, sobretudo, as condições de vida dos indivíduos. Nesse contexto, a saúde é considerada elemento chave do desenvolvimento por se vincular as diversas dimensões da organização social expressando diferentes níveis de desigualdade e iniquidade através de determinantes sociais. Assim, a presente pesquisa tem como objetivo analisar os elementos do desenvolvimento que determinam as desigualdades e iniquidades sociais em saúde na cidade de Campina Grande-PB. Para tanto, vincula-se a uma abordagem quali-quantitativa na qual serão utilizadas as seguintes técnicas de coleta de informações e dados: a) levantamento documental e dados acerca dos territórios de saúde; b) espacialização de dados em ambiente de Sistema de Informação Geográfica; c) elaboração e aplicação de questionários e entrevistas individuais. Associadas a estas técnicas, destacam-se a análise de conteúdo e de discurso como procedimentos para trabalhar as informações adquiridas. Constatou-se, a partir da distribuição dos equipamentos de saúde, da incidência de diferentes tipos de doenças, do quantitativo de pessoas acamadas, de dependentes de substâncias psicoativas e de domicílios sem esgotamento sanitário, que os territórios Adalberto César II, Jeremias II e Mutirão II são os que apresentam as maiores condições de risco para a saúde na Cidade. Além disso, buscando avaliar o capital social como mais um determinante das condições de saúde, investigou-se a percepção da população acerca dos inibidores e propulsores da saúde nos territórios. Assim, evidenciou-se que a população, apesar de associar os inibidores e propulsores da saúde as dimensões políticas, socioeconômicas e comportamentais, além de ressaltarem aspectos de prevenção e promoção a saúde, apresentaram um comprometimento do seu capital social em saúde. Este fato decorre tanto da forma com que os elementos inibidores e propulsores foram destacados e pelo quantitativo de destaque, quanto pela ausência no discurso dos entrevistados de importantes elementos que determinam diretamente as condições de saúde nas diferentes escalas territoriais, inclusive, na que foi trabalhada nesta pesquisa.

Palavras-Chave: Iniquidade. Desigualdade. Desenvolvimento. Saúde.

ABSTRACT

Studies on the development process encompass increasingly a dimension that considers, above all, the lives of individuals. In this context, health is considered a key element of development by to link the various dimensions of social organization expressing different levels of inequality and inequity through the social determinants. Thus, this research aims to analyze the elements of development that determine inequalities and social inequities in health in the city of Campina Grande-PB. Therefore, it links to a quali-quantitative approach in which the following techniques for collecting information and data will be used: a) documentary survey and data on health territories; b) spatial data in geographic information system environment; c) development and implementation of questionnaires and individual interviews. Associated with these techniques, we highlight the content analysis and discourse as procedures for working the information acquired. It was found from the distribution of health facilities, the incidence of different types of diseases, quantity of bedridden people of substance-dependent individuals and households without sanitation, the territories Adalberto Caesar II, Jeremiah II and Mutirão II are those with the highest risk of health conditions in the city. Moreover, seeking to assess the social capital as another determinant of health, we investigated the perception of the population about the inhibitors and drivers of health in the territories. Thus, it was evidenced that the population, despite combining inhibitors and health thrusters political, socioeconomic and behavioral dimensions, and emphasized aspects of prevention and health promotion, showed an impairment of their capital in health. This fact is due to both the way the inhibitors elements and drivers were highlighted and the outstanding quantitative, as the absence in the speech of respondents important elements that directly determine the health conditions in the different territorial scales, even in that was crafted this search.

Keywords: Iniquity. Inequality. Development. Cheers.

LISTA DE FIGURAS

	Título da figura	
01	Mapa dos Distritos Sanitários de Campina Grande-PB	51
02	Mapa dos territórios de saúde de Campina Grande-PB	53
03	Espacialização dos casos de tuberculose, hepatite tipo A, leptospirose e dengue dos anos de 2013, 2014 e 2015	63
04	Gráfico do quantitativo de residências sem esgotamento sanitário por território de saúde em Campina Grande-PB	70
05	Mapa do Território de Saúde Adalberto César II	73
06	Mapa do território de saúde Jeremias II	74
07	Mapa do território de saúde Mutirão II	75
08	Modelo explicativo dos níveis de destaque dos inibidores da saúde	80
09	Modelo explicativo dos níveis de destaque dos propulsores da saúde	83

LISTA DE QUADROS

Título do quadro

01	Distribuição dos equipamentos de saúde nos territórios de saúde de Campina Grande-PB	59
02	Quantitativo de acamados por território de saúde em Campina Grande-PB	65
03	Quantitativo de dependentes de substâncias psicoativas por território de saúde em Campina Grande – PB	67
04	Fatores inibidores da saúde na percepção da população do Adalberto César II, Jeremiais II e Mutirão II	78
05	Fatores propulsores da saúde na percepção da população do Adalberto César II, Jeremiais II e Mutirão II	81
06	Análise do discurso da população do Adalberto César II, Jeremias II e Mutirão II	86

LISTA DE SIGLAS E ABREVIACOES

Significado

ACE	Agente de Combate a Endemias
ACS	Agente Comunitário de Saúde
CAPS	Centro de Proteo Psicossocial
DAS	Departamento de Ateno Básica
DS	Distrito Sanitário
DSC	Discurso do Sujeito Coletivo
ESF	Estratégia Saúde da Família
FIOCRUZ	Fundao Oswaldo Cruz
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
OMS	Organizao Mundial da Saúde
SUS	Sistema nico de Saúde
VE	Vigilância Epidemiológica
VAS	Vigilância Ambiental em Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	12
1.1	Contextualização da situação problema.....	13
1.2	Objetivos.....	15
1.2.1	Geral.....	15
1.2.2	Específicos.....	15
1.3	Justificativa.....	16
1.4	Estrutura da dissertação.....	17
2	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	19
2.1	Recorte filosófico e histórico do conceito de saúde.....	19
2.1.1	Compreensão teórica da saúde/doença a partir do século XVIII.....	21
2.1.2	Os modelos de causalidade e a determinação social da saúde/doença nos séculos XIX e XX.....	23
2.1.3	A compreensão da saúde na atualidade.....	25
2.2	Desenvolvimento, desigualdades e iniquidades em saúde: perspectivas teóricas.....	32
2.2.1	As condições de saúde, o desenvolvimento e a justiça social.....	38
2.2.2	Os determinantes sociais das desigualdades e iniquidades em saúde.....	43
2.2.3	As práticas de saúde e a expressão das desigualdades e iniquidades: o território de saúde em foco.....	45
3	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	49
3.1	<i>Locus</i> social da pesquisa.....	50
3.2	Levantamento documental e de dados acerca dos territórios de saúde	54
3.3	Espacialização de dados em ambiente SIG.....	54
3.4	Elaboração e aplicação de questionários e entrevistas individuais.....	55
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	58
4.1	Identificação dos territórios que apresentam os maiores riscos para a saúde em Campina Grande-PB.....	71
4.2	Os fatores inibidores e propulsores da saúde na percepção popular do Adalberto César II, Jeremias II e Mutirão II.....	77
4.3	A saúde no discurso da população do Adalberto César II, Jeremias II e Mutirão II.....	85
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	92
	REFERÊNCIAS.....	94

1. INTRODUÇÃO

Esta pesquisa se insere no debate científico acerca da relação entre a saúde e o desenvolvimento, tendo como fio condutor as variáveis desigualdades e iniquidades em saúde. Parte-se do pressuposto de que as variações quanto à oportunidade de obter saúde vão muito além da distribuição dos equipamentos e ações de tratamento de doenças, envolvendo dimensões sociais, econômicas, culturais, políticas e ambientais. Mais especificamente, discute-se a saúde, em uma perspectiva integralizada, com o sistema de justiça que deve buscar a equidade e assegurar as liberdades e capacidades dos indivíduos e grupos, o que em tese, torna a saúde um elemento indissociado do desenvolvimento.

A proposta de estudar o elo entre a saúde e o desenvolvimento, nos coloca frente à necessária ampliação do conceito de saúde para além da ausência de doença. A partir disto, observa-se na literatura uma vasta produção em torno do tema que não considera a saúde a partir de uma dimensão negativa, mas em uma perspectiva positiva e integral de sua existência enquanto problema, fenômeno, medida, ideia, valor e campo de práticas.

Considerando as questões teóricas voltadas para as discussões sobre o que é saúde, principalmente, para a formulação, aplicação e avaliação de políticas públicas deste segmento, percebe-se uma necessidade de sair do campo subjetivo das discussões e lançar mão de instrumentos capazes de verificar as reais condições de saúde de um determinado território, subsidiando ações que previnam a doença e promovam a saúde dos indivíduos.

Logo, são levantadas algumas reflexões acerca da complexidade na avaliação da saúde. As fontes das desigualdades em saúde, a forma com que operam a opressão e a injustiça na saúde e uma maneira de abordar de modo metodologicamente rigoroso tais questões, são grandes desafios que precisam ser superados. Nesse sentido, leva-se em consideração tanto a função institucional na definição dos determinantes sociais em saúde, quanto o papel comportamental dos indivíduos, o que faz com que, por exemplo, questões como o capital social sejam inseridas em uma agenda que analise as condições de saúde a partir de uma perspectiva complexa.

Assim, a identificação e a localização das condições sociais injustas que interferem no processo saúde/doença nos territórios, como também a avaliação do nível de capital social das suas populações, são entendidas como grandes desafios na produção de um conhecimento mais abrangente sobre saúde. Os territórios de saúde, desta forma, são definidos como espaços singularizados, agregados e construídos de pontos e linhas que representarão a criação de áreas

ou unidades delimitadas por relações de poder com potencial para o fortalecimento de uma organização do sistema e das ações de saúde.

As condições de desigualdade e iniquidade em saúde, analisadas por meio de dados empíricos dos determinantes sociais, são reflexos da situação política e social vivenciadas em diferentes escalas geográficas. Desta forma, entende-se que toda a dimensão social determina o grau de oportunidades que as pessoas desenvolvem no sentido de alcançar a saúde, sendo esta fundamental na avaliação da justiça social e do desenvolvimento. Ademais, quanto a esta concepção adotada, pode ser associada a diferentes contextos, e no caso desta pesquisa, adéqua-se a proposta de investigação dos elementos do desenvolvimento que determinam as desigualdade e iniquidades sociais em saúde na cidade de Campina Grande-PB.

1.1 Contextualização da situação problema

As variações quanto à distribuição desigual dos problemas de saúde é objeto de intensa investigação científica, sendo um problema de caráter global. Reconhecendo a saúde como um processo social, percebe-se que estudos biológicos ou epidemiológicos específicos das doenças não são capazes de subsidiar avanços quando se trata das discussões sobre a saúde numa perspectiva coletiva.

Assim, a saúde precisa ser analisada no sentido de que sem a sua existência, não há possibilidade de avanços nos processos sociais de desenvolvimento dos territórios. A constatação das disparidades em saúde pode ser evidenciada em diferentes proporções, visto as desigualdades e iniquidades, por exemplo, no acesso aos equipamentos e serviços de saúde, educação e bem-estar social. É nesse sentido que analisar as desigualdades e iniquidades em saúde corresponde, não apenas, ao estudo das doenças e dos serviços curativos e preventivos, mas sim de outras variáveis sociais que determinam, também, os níveis de desenvolvimento social nos territórios dos municípios.

Nestes termos, os elementos que explicam e determinam as desigualdades e iniquidades em saúde assumem grande variação, dependendo da escala territorial que se pretende trabalhar, dentre os quais se destacam: os níveis de escolaridade, a renda média, a taxa de desemprego, as condições de moradia, a incidência de diferentes tipos de doenças, a dependência de substâncias psicoativas, a existência e distribuição dos equipamentos de saúde de diferentes complexidades, o esgotamento sanitário e \ cobertura de coleta de lixo. Além disso, podem-se acrescentar os conhecimentos, hábitos, comportamentos, possibilidades de escolha e as relações de

solidariedade entre os indivíduos do mesmo recorte territorial também como determinantes sociais em saúde.

A saúde, então, está vinculada ao processo de desenvolvimento de diferentes formas, de modo ela também dependerá das condições sociais, econômicas, culturais e ambientais nas quais os indivíduos estão inseridos. A desigualdade em saúde, neste contexto, é uma questão muito importante para pensar ações e políticas públicas que busquem promover a saúde de maneira mais ampliada. Por sua vez, a iniquidade, considerada como uma desigualdade evitável, expressa a própria injustiça quanto às condições que desfavorecem a saúde da coletividade que, por conseguinte, é evidenciada no território, precisando ser amplamente combatida.

Portanto, a desigualdade e iniquidade em saúde apresentam-se com grande destaque em uma agenda que prioriza o desenvolvimento, sobretudo, das condições de vida da população. Ademais, as cidades brasileiras expressam cada vez mais condições de saúde problemáticas em seus territórios devido à restrição de acesso aos serviços urbanos, desigualdades econômicas, condições de infraestrutura, restrição da liberdade e outras variáveis do processo de desenvolvimento.

Assim, a saúde está relacionada diretamente a distribuição e situação dos seus determinantes sociais que, por sua vez, refletem-se nas desigualdades em promover um bom estado de saúde para a população de diferentes territórios, restringindo a possibilidade de escolha dos indivíduos. Logo, a desigualdade e iniquidade em saúde passam a ser analisadas como uma própria extensão das desigualdades sociais do processo de desenvolvimento, fazendo com que a saúde remeta a uma reflexão sobre justiça social.

Considerando a expressão das desigualdades e iniquidades em saúde dos municípios brasileiros, bem como especificamente em Campina Grande-PB, deve-se ressaltar que existe toda uma complexidade em torno dos seus territórios de saúde, visto que se trata de delimitações de áreas realizadas pelas políticas públicas de saúde como é o caso da Estratégia Saúde da Família (ESF), Vigilância Ambiental em Saúde (VAS) e Vigilância Epidemiológica. Estes territórios de saúde, além de condicionarem toda a programação destas e de outras políticas públicas, e nortear várias ações no âmbito da prevenção e promoção, servem de parâmetro para políticas de outros segmentos, bem como, correspondem a uma alternativa mais próxima da realidade para analisar as condições de saúde em escala municipal.

Vista a pretensão em avaliar as desigualdades e iniquidades em saúde nos territórios de Campina Grande-PB, serão necessários alguns esclarecimentos. Em primeiro lugar, é importante destacar que os territórios de saúde em questão, tratam-se de delimitações espaciais

já efetivadas pelas instituições políticas do Município que, em muitos casos, não correspondem às mesmas delimitações territoriais dos bairros. Na sequência, ressalta-se que se caracteriza um desafio avaliar as características inerentes a estes recortes espaciais, sobretudo, no que tange a variação de dados e informações do território, como por exemplo, as peculiaridades econômicas, demográficas e epidemiológicas. É nesse sentido que é indicada a triangulação de várias técnicas no percurso da pesquisa, aplicadas desde a análise espacial dos territórios de saúde, até a coleta das informações e dados necessários para avaliar os determinantes sociais das desigualdades e iniquidades.

É nesse cenário que passa a ser importante a discussão acerca das desigualdades e iniquidades em saúde no contexto do desenvolvimento, levando em consideração os territórios de saúde no interior da delimitação municipal de Campina Grande-PB. Logo, surgem alguns questionamentos, dentre os quais se destacam: como se apresentam os elementos do desenvolvimento que determinam as desigualdades e iniquidades sociais em saúde na cidade de Campina Grande-PB? Quais os territórios que apresentam as condições de maiores riscos para a saúde? Como a população destes territórios percebem a saúde a partir dos seus inibidores e propulsores?

1.2 Objetivos

1.2.1 Geral

Analisar os elementos do desenvolvimento que determinam as desigualdades e iniquidades sociais em saúde na cidade de Campina Grande-PB.

1.2.2 Específicos

- a) Identificar as condições socioeconômicas e epidemiológicas que interferem negativamente no processo saúde/doença nos territórios de saúde da Cidade;
- b) Estabelecer os territórios de saúde que apresentam as condições de maiores riscos para a saúde;
- c) Avaliar a percepção da população sobre os principais inibidores e propulsores da saúde nos territórios estudados.

1.3 Justificativa

O tema estudado na presente pesquisa possibilita uma discussão transdisciplinar à medida que proporciona uma integração de teorias e conceitos de áreas distintas do conhecimento que já se fazem associados nas práticas de saúde. Esta busca pela transdisciplinaridade não é condicionada por meio de uma simples relação entre conceitos, por exemplo, da área da Medicina, das Ciências Sociais e da Geografia, mas sim por uma interação na qual desaparecem os limites entre as diversas disciplinas na busca por uma visão menos fragmentada e setorial na produção acadêmica sobre saúde. Nesse sentido, a procura por uma compreensão mais integrada entre a saúde, o desenvolvimento e a justiça social representa um avanço no sentido de reconhecer a indissociabilidade destes elementos em meio à realidade, sendo este fato, um dos principais aspectos que justifica a importância deste trabalho.

Desta forma, a saúde passa a ser visualizada para além da ausência de doença, podendo ser, inclusive, avaliada por meio de determinantes sociais. Nesse sentido, são consideradas tanto as condições de saúde resultantes da situação socioeconômicas dos indivíduos, quanto à interferência dos fatores comportamentais e das relações de solidariedade sobre a saúde da população. Sendo assim, destaca-se a importância de estudos na área, especialmente, do Desenvolvimento Regional, que se proponham estudar a relação do desenvolvimento com a saúde a partir de uma perspectiva multilateral que considere tanto o papel das instituições, quanto dos indivíduos.

É necessário, nesse contexto, um olhar menos economicista acerca do processo de desenvolvimento nas concepções teóricas adotadas, nos temas de pesquisa e na abordagem metodológica utilizada. O Desenvolvimento Regional, trabalhando com problemáticas a partir das necessidades de reestruturação econômica, política e social, não pode se restringir a um campo tradicional que, muitas vezes, não consegue responder de maneira sistematizada várias questões complexas da sociedade, como é o caso da saúde em toda a sua amplitude.

Assim, este estudo, em geral, busca adquirir potencial para servir de fonte de informação para outras pesquisas com o mesmo tema, principalmente no que concerne ao molde metodológico desenvolvido para medir as desigualdade e iniquidades em saúde, além da proposta teórica definida. A contribuição ao modelo de formação dos profissionais especificamente da área da saúde, ou aos que trabalham com o tema, também é uma questão enfatizada nesses tipos de pesquisas, visto a possibilidade destes atores sociais desenvolverem a capacidade de associar as inúmeras variáveis que envolvem as diferentes áreas do conhecimento científico ao setor saúde. Logo, observa-se que os problemas de saúde precisam

ser trabalhados de maneira intersetorial a partir de um esforço teórico que permita entender os reais processos que envolvem a cura, prevenção e promoção a saúde.

Além das contribuições no plano teórico, em uma vertente mais prática se ressaltam algumas possibilidades, a partir desta pesquisa, que podem beneficiar a população através de uma maior eficiência dos serviços de saúde prestados, do reconhecimento das variáveis que interferem nas condições de saúde e de uma melhor interação entre os serviços e a comunidade. A contribuição para a produção de diagnósticos e geração de informações em saúde que auxiliem, sobretudo, na determinação das reais condições vivenciadas pela população, pode ser utilizada pela gestão com o objetivo de minimizar as desigualdades e iniquidades, podendo possibilitar, dentre outros aspectos a/o: otimização de gastos em saúde; hierarquização de áreas de risco; ampliação da capacidade de integração de políticas públicas de outros segmentos com o sistema de saúde; incentivo à criação de novas ideias de promoção a saúde; avaliação do sistema, das equipes e das políticas públicas atuantes.

Outras considerações impressas nesta pesquisa dizem respeito à competência para promover um avanço dos setores administrativos das gerências organizacionais e funcionais do sistema de saúde nos municípios. É nessa conjuntura que se evidencia a importância social desta pesquisa na cidade de Campina Grande-PB, sendo possível, inclusive, subsidiar algum tipo de planejamento no que concerne a atuação das políticas, programas e ações sobre a saúde e a importância deste contexto para o pleno desenvolvimento dos territórios da Cidade.

1.4 Estrutura da dissertação

Esta pesquisa está estruturada em quatro capítulos principais, além das considerações finais. O primeiro é o capítulo introdutório, no qual se discutiu os objetivos, a problemática e a justificativa da pesquisa. O segundo capítulo consistiu na fundamentação teórica, que por sua vez, será organizada em dois tópicos. No primeiro: “*O recorte filosófico e histórico do conceito de saúde*”, é apresentada toda a trajetória filosófica e histórica do desenvolvimento do pensamento da saúde e o surgimento deste conceito. Além disso, são discutidas as interferências de vários contextos econômicos e sociais que influenciaram no aprimoramento do conhecimento em saúde. A Teoria Geral da Saúde, bem como o conceito de promoção a saúde, também são descritos neste capítulo, a fim de situar o leitor acerca do parâmetro teórico que sustenta a ideia de saúde utilizada para a realização desta pesquisa.

No segundo tópico do capítulo teórico: “*Desenvolvimento, desigualdades e iniquidades em saúde: perspectivas teóricas*” analisa-se a relação entre as condições de saúde e as teorias da justiça social e do desenvolvimento. A saúde, assim, é situada dentro do processo da justiça social e do desenvolvimento, além de ser apresentada a evolução destas teorias até os preceitos de Amartya Sen, principal teórico utilizado nesta pesquisa. Ademais, trabalha-se com a perspectiva de avaliação das condições de saúde e a descrição dos seus determinantes sociais. Por fim, o território da saúde é destacado tanto como um elemento da organização de práticas, quanto uma expressão das próprias desigualdades e iniquidades em saúde.

Na sequência, o terceiro capítulo: “Procedimentos metodológicos”, além de localizar, descrever e espacializar a área de estudo, situa o leitor acerca do tipo de abordagem delimitada para a produção do trabalho. A descrição de toda a metodologia utilizada nas diferentes fases da pesquisa, tanto de campo, quanto de gabinete, consiste no principal intuito deste capítulo. Assim, são apresentados as técnicas e procedimentos de análise definidas para a realização da pesquisa.

No quarto e último capítulo, correspondente aos resultados e discussão da pesquisa, foram identificados os territórios de saúde que apresentaram as condições de maiores risco para a saúde na Cidade. Além disso, houve o desenvolvimento da análise de conteúdo e discurso que possibilitou o entendimento de como a população destes territórios percebem os propulsores e inibidores da saúde.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 Recorte filosófico e histórico do conceito de saúde

Historicamente, a saúde transcende o campo da razão, sendo um importante instrumento filosófico da era clássica até o período contemporâneo. Contudo, sempre houve a necessidade de tratá-la a partir de uma perspectiva científica. Hipócrates, filósofo grego clássico (460 a 377 a. C.), indicava que as ideias filosóficas distanciavam as observações dos médicos para com os doentes. Essa perspectiva racionalista aplicada ao conhecimento médico, assim como a outros conhecimentos, passou por diferentes momentos de apogeu e declínio ao longo do tempo, condicionando em outro contexto histórico, o desenvolvimento de um saber científico baseado na concepção racional do mundo (CATÃO, 2011).

Contudo, foi no período medieval, que se deu a ampliação de um pensamento médico entre árabes e judeus através de importantes estudos em farmacologia e cirurgia. Isto, a partir de uma absorção do conhecimento grego produzido na antiguidade com base nos ideais hipocráticos. Porém, na Europa, apesar da intensa disseminação de epidemias, como por exemplo, a peste bubônica e a lepra, foram desautorizadas qualquer tipo de superação explicativa, que estivessem além da fé, acerca das causas das doenças (CATÃO, 2011).

Apesar disto, de acordo com Batistella (2007), foi na idade média que surgiram os primeiros hospitais, a prática da quarentena e o código sanitário que previa a normatização de aspectos no ambiente que pudessem favorecer o acometimento de doenças. Sendo assim, percebe-se pouca contribuição teórica para se pensar a saúde e a doença neste momento histórico.

Na renascença, entre os séculos XIV e XVI, através da ruptura com o passado medieval, o indivíduo começava a reconhecer suas próprias experiências como base para um conhecimento da vida e da morte. Por meio desta transição de valores e culturas, o saber médico evolui à medida que o corpo humano passa a ser objeto de intensa observação. Certamente, é este fato que condiciona o desenvolvimento de importantes estudos anatômicos, individualização e descrição das doenças, além da sua observação clínica e epidemiológica (BATISTELLA, 2007).

Outra contribuição nesse período foi à afirmação de que as doenças eram provocadas por agentes externos ao organismo que precisavam ser tratadas com procedimentos químicos, tais como os processos que ocorrem no corpo humano (SCLIAR, 2007). Assim, com o aporte de vários estudiosos do pensamento médico, o renascimento é marcado por muitos avanços no

conhecimento das doenças humanas, incluindo as formas de cura, possibilitando o progresso teórico e prático necessário para o surgimento da medicina moderna ainda no século XVIII.

Com a sistematização de uma concepção mecanicista das funções orgânicas do ser humano, Catão (2011) afirma que o filósofo René Descartes se destaca na ampliação do pensamento da saúde na modernidade. As teorias deste pensador estão pautadas, principalmente, nas ideias dedutivas e matemáticas para explicações dos fenômenos humanos e naturais, sendo contestada pela abordagem da ciência contemporânea. Na evolução desta corrente, a experiência servia para verificar a validade da hipótese por meio do racionalismo e do empirismo. Entretanto, quando se fala na evolução do pensamento da saúde, não se pode tratá-lo sem considerar a incorporação teórica e prática trazidas por filósofos de outros séculos, que por sua vez, possibilitaram o progresso do próprio conhecimento em saúde.

Ademais, acerca da saúde, René Descartes sugere que as sensações da enfermidade e das necessidades, resultam da desordem mente-corpo. Em síntese, este filósofo, preocupa-se em explicar a mecânica do funcionamento do corpo humano e as questões da nutrição e embriologia tendo em vista a conservação da saúde e a cura das doenças, devendo, assim, inserir questões voltadas à patologia e a terapia. Descartes, mesmo preocupado em determinar o que é essencialmente da ordem corporal, também demonstra racionalmente a existência da alma, assegurando que um mecanismo humano não poderia funcionar, exclusivamente, devido à organização dos órgãos e sistemas que o formam (SILVEIRA, 1989).

O surgimento de vários métodos, instrumentos e diagnósticos no campo da medicina foram viabilizados na modernidade, dentre os quais se destacam a verificação da pressão e da dinâmica da circulação sanguínea, além do estudo do processo digestivo. Na sequência, de acordo com Catão (2011), Kant marca a transição do período moderno para o contemporâneo, expressando a possibilidade de produzir um tipo de conhecimento estruturado tanto pela lógica racionalista, quanto empirista.

No campo da saúde, este importante filósofo lança duas questões conceituais. A primeira questão, diz respeito ao reconhecimento de que foi a patologia e a clínica que possibilitaram o início da medicina, haja vista que não se sente o bem estar. Assim, a saúde não apresenta relevância, pois o que se pretende é a superação da doença através da terapêutica. Por sua vez, a segunda questão, associa-se a indicação da saúde a partir de um aparato preventivo, denominado pelo estudioso de dietética (LUNARDI, 1999).

Nesse sentido, marcando o fim desse período histórico, a saúde é visualizada como objeto fora do campo do saber sistematizado, ou ainda como um conceito comum, ilusório e ao alcance de todos, já a doença, significaria essencialmente a ausência de saúde.

2.1.1 Compreensão teórica da saúde/doença a partir do século XVIII

Tendo em vista o surgimento de novos modos de vida e expressões culturais e econômicas desde o fim do período medieval, a expansão comercial, o surgimento de grandes centros urbanos, o aperfeiçoamento técnico, o mercantilismo e a indústria, foram importantes elementos para o aparecimento de diferentes olhares acerca da saúde e da doença na contemporaneidade.

A partir do século XVIII, com a própria formação da medicina moderna, ou científica, se estabelece uma série de convicções a respeito da necessidade de diferenciar a saúde da doença, ressaltando o caráter multidimensional da saúde. Por meio de diferentes perspectivas e abordagens, alguns filósofos ganham notoriedade na produção desse debate, principalmente, aqueles da corrente pós-estruturalista. Estes, por sua vez, caracterizavam-se pela ruptura da concentração teórica estrutural atribuída ao início do período contemporâneo, tendo preservadas ao mesmo tempo, as críticas ao sujeito humanista e a metafísica. É neste cenário que o sujeito passa a ser representado em todas as suas dimensões, objetivas e subjetivas (SILVA e ALMEIDA FILHO, 2009).

Nessa linha de pensamento, Nietzsche (2012), considera que não há saúde em si. Este pensador, afirma que a saúde atende a critérios internos que designam a aptidão do corpo para enfrentar a luta condicionada pelas adversidades da realidade. Logo, a saúde não é um valor contrário a doença, mas sim um processo dinâmico que envolve também a doença, uma vez que esta é inevitável.

Peixoto Junior (2010), analisando as contribuições de Nietzsche sobre a análise do corpo e da saúde, sintetiza sua impressão na existência de inúmeras saúdes. Este trabalho, além de indicar a impossibilidade de normatizar a saúde, destaca a *grande saúde* como o paradigma nietzchiano. Assim, como a vida não pode se ausentar da doença, só existe uma saúde temporária e conquistada sobre a doença. Por consequência, a saúde inclui em si a doença, superando-a. A *grande saúde*, desta forma, é um processo que envolve o adoecer e a capacidade de recuperação através de um dinamismo que abrange um conjunto de valores culturais.

Outro filósofo e médico que contribuiu para a expansão do pensamento em saúde foi Georges Canguilhem. Este autor fomentava discussões sobre normalidade como uma categoria mais ampla para explicar a saúde e a doença como normas da vida. É nesse aspecto que passa a ser importante analisar a diferença entre a normalidade e a normatividade na compreensão da saúde.

Para Canguilhem (2006), a normalidade tem relação com a norma biológica associada a uma condição da totalidade do organismo. Ou seja, ultrapassa os modos de funcionamento do corpo instituídos por médias de frequências estatísticas e passa a ser observada na vida dos indivíduos a partir das suas próprias capacidades de instituírem normas. A anomalia reflete uma situação não habitual, mas não necessariamente a doença. Em outras palavras, a doença não é a ausência de uma norma biológica, mas uma norma diferente que só será patológica se for sentida como perturbação à vida. Além disso, a cura só é possível quando se consegue restabelece uma nova normalidade. Assim, em uma perspectiva semelhante, Ramminger (2006, p.82) afirma que “O doente não é anormal por ausência de norma, mas pela dificuldade em criar outras normas que dêem conta de novos acontecimentos, insistindo em conservar uma norma que já não funciona mais.”

No entanto, a normatividade se adéqua a um estado em que há possibilidade de criar novas normas para manutenção, ou recuperação da normalidade, ou da saúde. Logo, a saúde significa mais que a ausência de enfermidade, sendo a própria capacidade de se recuperar e superar a doença. Conforme estas indicações, a possibilidade de ir além da norma habitual e criar outras normas com base em uma situação necessária, são o que caracteriza a normatividade (CANGUILHEM, 2006).

Na obra “O nascimento da Clínica” (2011), Michel Foucault amplia as ideias de norma biológica de Canguilhem introduzindo a discussão das normas sociais na determinação da saúde/doença. O crescimento urbano desigual e as péssimas condições de trabalho condicionaram o surgimento de regulamentações visando à saúde nas fábricas, de modo que se alargou a necessidade de uma administração da saúde pública através de programas e políticas de Estado.

Nesse contexto, passa a ser reconhecida a medicina social marcada pelo reconhecimento da interferência dos aspectos econômicos, sociais e culturais no processo saúde/doença. Foucault (2011) apresenta a medicina social formada em três etapas distintas: medicina do estado; medicina urbana; medicina da força de trabalho.

De acordo com este autor, a medicina do estado, surgida na Alemanha, programa a política médica para sociedade. Nessa concepção, se compreendia a morbidade através da extensiva contabilidade de médicos e hospitais e do registro dos fenômenos endêmicos e epidêmicos por parte do Estado. A Alemanha promoveu, no fim do século XVII e início do século XVIII, uma medicina para os indivíduos enquanto força do Estado, organizando o saber médico, normatizando a profissão e determinando uma subordinação médica a organização estatal.

Resultante do intenso crescimento das estruturas urbanas na França no fim do século XVIII, a medicina urbana foi instituída. A heterogeneidade dos territórios e o aparecimento do proletariado são alguns dos elementos base para que se destaque a noção de higiene pública. Esta tinha relação como às técnicas de controle dos aspectos do meio ambiente poderiam interferir negativamente na saúde dos indivíduos. A preocupação da classe burguesa com esta situação, fez com que alguns objetivos fossem traçados, como por exemplo, a medicalização das cidades, a organização dos cemitérios, o controle e estabelecimento de uma circulação de ar e distribuição de água e esgoto favoráveis para promover uma condição de vida estável.

A medicina da força de trabalho faz com que a classe pobre seja considerada como um elemento perigoso à saúde da população. Surgida na Inglaterra, essa etapa da medicina social tinha como atributo a criação de políticas sanitárias sobre a população proletária, o que fez com que já no século XIX se intensificasse a divisão do espaço urbano entre os ricos e pobres. Em resumo, esta medicina também foi responsável pela criação da Lei dos Pobres, que garantia a intervenção em locais insalubres, a verificação das vacinas e o registro das doenças, o que causou inúmeras revoltas. A grande preocupação do momento era o controle das doenças dos pobres, para segurança da saúde dos ricos, e a garantia da mão de obra suficiente para o trabalho através de vários avanços técnicos e científicos efetivados na explicação das causas das doenças.

2.1.2 Os modelos de causalidade e a determinação social da saúde/doença nos séculos XIX e XX

No campo da saúde, o século XIX foi marcado, sobretudo, pela ampliação de pesquisas em microbiologia com o auxílio do microscópio, criação de inúmeros laboratórios e a intensificação de pesquisas acerca da relação entre bactérias e microorganismos como causas das doenças. Conforme anuncia Batistella (2007), houve um progresso constante aos princípios da imunidade e a criação de diversos soros e vacinas para as doenças infecciosas, porém muitas questões ainda permeavam sobre as causas e origens das doenças.

Um reflexo deste avanço ocorre através da intensa diminuição dos índices de mortalidade, resultante, essencialmente da mudança dos impactos de certas doenças sobre os indivíduos. Logo: “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” (BATISTELLA, 2007 p. 43).

Em contrapartida, surgiram várias críticas ao modo de pensar a saúde nesse período. O reducionismo da saúde e da doença a ideias objetivas e matemáticas, reafirmou o pensamento médico como, exclusivamente, orgânico e biológico, se distanciando do reconhecimento das determinações sociais, econômicas e culturais no processo saúde/doença. É neste contexto que Batisttela (2007) ressalta a unicausalidade como a compreensão de que a doença estava baseada na existência de apenas uma causa, ou agente. Este autor, afirma que a teoria da unicausalidade resumiu a possibilidade de pensar a doença por meio de uma perspectiva multivariada, aderindo à prática médica essencialmente curativa.

Uma concepção teórica posterior, a multicausalidade, caracteriza-se pela atribuição da doença a múltiplos fatores de diferentes ordens. Nessa abordagem, destaca-se o modelo ecológico de explicação da enfermidade, conhecido também como a história natural das doenças. Este é constituído por três elementos base: o ambiente, o agente, e o hospedeiro. O desequilíbrio deste sistema, por conseguinte, resultaria na doença, de modo que esta compreensão possibilitou o desenvolvimento de barreiras para a evolução da doença (OLIVEIRA E EGRY, 2000).

Apesar da grande aderência ao modelo multicausal, são ressaltadas algumas das suas limitações na análise do processo de determinação da saúde/doença. Dentre elas, Oliveira e Egrý (2000) destacam a impossibilidade de distinguir os níveis de interferência de cada elemento na determinação do fenômeno, além disso, o trabalho isolado com cada um dos aspectos que envolvem a saúde/doença resulta, na prática, na redução da multicausalidade a unicausalidade, estando preocupada apenas com a explicação causa-efeito.

Assim, a busca por uma compreensão integralizada da saúde e da doença requer a explicação, sem subordinação, dos aspectos que as envolvem. A criação de modelos interativos que compreendem tanto a saúde individual, quanto coletiva em todas as suas dimensões, seria uma condição para uma nova forma de ver a saúde através do sujeito, do objeto, dos meios de trabalho e das formas de organização e práticas sociais.

A determinação social da saúde/doença surge exatamente da articulação entre essas dimensões e aspectos, estando pautada, sobretudo, na relação entre as condições de vida e trabalho da população com as suas condições de saúde. As discussões acerca da determinação social em saúde, inclusive, constituem uma das principais bases para a fundação do pensamento da saúde coletiva (MOREIRA, 2013).

Nesta interpretação, a determinação social da saúde/doença assume um caráter mais amplo que as explicações causais, trabalhando numa perspectiva da coletividade. Isto, por meio do reconhecimento de que o social corresponde aos processos gerais e particulares da sociedade,

incluindo o próprio artifício biológico. Este passa a ser também social à medida que é possível, por exemplo, focalizar a normalidade biológica do homem a partir de um momento histórico específico.

Desfragmentada de uma conjuntura unicamente biológica e individual, a determinação social da saúde/doença, entre outras possibilidades, consegue analisar as desigualdades da saúde e identificar perfis patológicos dos grupos sociais através de critérios quantitativos e qualitativos. Todavia, esta abordagem não pode estar pautada na demonstração simplória de como um elemento social constitui um fator de risco a determinada doença, como se esta condição atuasse como qualquer outro fator biológico (LAURELL, 1983). Daí a importância de pensar a saúde, bem como as formas de compreendê-la para além da doença.

Este modo de entender a saúde e a doença como um amplo processo social impõe uma questão teórica, uma problemática metodológica e um desafio político na atualidade de acordo com Almeida Filho (2011). Diante desta complexidade, é necessária a incorporação de conceitos e teorias de diferentes áreas, promovendo uma interdisciplinaridade na busca da produção deste conhecimento em saúde. Assim, questões como a desigualdade e iniquidade em saúde, a justiça, o bem-estar, a liberdade e o desenvolvimento são aspectos muito importantes na formulação de uma discussão da saúde como processo coletivo e fato social.

2.1.3 A compreensão da saúde na atualidade

No Brasil, um grupo de pesquisadores da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), assume grande importância no debate sobre os parâmetros conceituais da saúde. Dentre estes, destacam-se Naomar Almeida Filho com uma vasta produção e experiência profissional acerca da problemática do conceito de saúde em uma perspectiva integralizada; e Dina Czeresnia trabalhando, principalmente, com a saúde coletiva, teorias da saúde/doença e conceitos como o de promoção à saúde e prevenção da doença.

Inicialmente, Almeida Filho (2011), na tentativa de desenvolver uma teoria geral da saúde, ressalta a necessidade de modos alternativos para a compreensão deste conceito a partir de diferentes abordagens teóricas. A saúde, então, é trabalhada por ele como problema, fenômeno, medida, ideia, valor e campo de práticas.

A saúde como problema é destacada pelo autor como uma questão filosófica, científica, tecnológica, política e prática. De modo que deve ser reconhecida por estas instâncias não apenas do ponto de vista individual e biológico, mas na perspectiva coletiva e social. A saúde acaba por ser constituída como um objeto complexo referenciada por conceitos, apreensível em

um contexto empírico, analisável no plano lógico e percebida por seus efeitos sobre as condições de vida dos sujeitos. É a partir disto, que se evidencia o problema na associação entre o conhecimento filosófico, as ciências biomédicas, a epidemiologia e as ciências humanas e sociais na resposta do que é saúde.

A saúde, evidenciada como fenômeno, implica um processo entendido em termos de positividade de sua existência. Assim, nesta vertente positiva, a saúde corresponde a desempenhos, funcionalidades, capacidades e percepções de indivíduos e grupos sociais. Para esta explicação, o estudioso faz o resgate da saúde como equilíbrio, função, ausência de doença e processo, cada qual tendo suas contribuições e limitações destacadas na busca por um conhecimento integral da saúde. Focalizando na necessidade de repensar os modelos apresentados para a compreensão da saúde, Almeida Filho (2011) afirma a precisão de se direcionar aos processos de promoção, proteção, manutenção e recuperação da saúde, não relativizando a determinação dos fenômenos da saúde a causalidade das doenças.

A Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1946, referêcia a saúde como o “estado completo de bem-estar físico, mental e social, e não meramente ausência de doença ou incapacidade.” Além disso, a própria Constituição de 1988, artigo 196, reza:

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

Apesar do reconhecimento positivo nos discursos institucionais acerca da saúde, o desafio é pensar as suas nuances a partir da ideia de justiça e liberdade que envolve dimensões econômicas, culturais, políticas, dentre outras. A saúde não pode ser compreendida como algo inatingível ou puramente abstrato, mas sim como processo social, marcado por uma historicidade, passível de ser avaliado. É este fato que inclui o debate científico na busca das respostas do que é, como se mede e se promove a saúde.

Nesse sentido, a saúde poderia ser apreendida, de acordo com Caponi (2003), a partir de uma margem de segurança. Esta seria definida pelas possibilidades e capacidades de cada indivíduo, ou grupo, enfrentar novas situações e superar as desigualdades do meio. Em outras palavras, quanto maior as ações que promovam melhorias nas condições de vida dos indivíduos, maior a margem de segurança da saúde destes.

Em continuidade, para a compreensão da saúde como uma medida, Almeida Filho (2011) classifica três estratégias: o tratamento quantitativo dos fenômenos da saúde, a

epidemiologia como potencial para estimar probabilidades não da doença, mas de saúde e as abordagens que reduzem a saúde a um recurso econômico das sociedades modernas.

No que tange a mensuração da saúde através de um tratamento quantitativo, o estudioso afirma que corresponde a um território quase exclusivo das abordagens clínicas. Sendo assim, numa perspectiva individualizada da saúde, parte-se do pressuposto de que nem todos os sujeitos sadios, acham-se isentos da doença, e nem todos os isentos da doença são sadios. Logo, um sujeito pode apresentar limitações e incapacidades sem qualquer evidencia clínica de doença, sendo o estado de saúde um atributo multidimensional. Assim, buscando medir a saúde dos indivíduos, como se tivesse medindo a doença, foram elaborados vários instrumentos para o reconhecimento do bem-estar físico, mental e social.

Nesta busca, destacam-se, por exemplo, a descrição dos indivíduos sobre as suas condições diversas, questionários, inventários, dentre outros que, muitas vezes, refletem apenas uma dimensão da vida do sujeito. A teoria do capital social foi muito utilizada para o entendimento dos níveis de participação social e reconhecimento por parte dos indivíduos sobre suas próprias condições. É enfatizado que já em 2000, existiam mais de setenta escalas e questionários com o objetivo de medir quantitativamente o estado de saúde individual.

Já no que se refere à epidemiologia, indo além do diagnóstico amostral de doenças, apresenta potencial para constituição de indicadores de saúde, mesmo sendo pouco aprofundado dentro desta área do conhecimento, atendo-se apenas a medidas como expectativa de vida. No entanto, questões como o nível de saúde destes anos vividos não são consideradas na avaliação epidemiológica. Assim, sobretudo a participação social, as capacidades físicas, funcionalidades, satisfação e percepção de bem-estar constituem as intervenções específicas para a medição das condições de saúde. Logo, para medir a saúde, busca-se uma combinação entre os componentes de vida e as impressões subjetivas dos indivíduos.

A saúde como um recurso econômico, por sua vez, é apresentada a partir de uma metodologia para medir a carga global da doença das populações. A comparação dos indicadores de morbidade e mortalidade entre os países, por exemplo, seria relacionada às avaliações dos impactos e investimentos internacionais e das políticas e programas de saúde. Assim, por meio da criação do indicador *Disability-Adjusted Life Years* (DALY), esta abordagem busca medir a saúde através do tempo vivido com incapacidade e do tempo perdido devido à mortalidade prematura. Deste modo, percebe-se que este indicador, simultaneamente, trabalha com mortalidade no sentido de óbito precoce e morbidade a partir do grau e tempo de incapacidade resultante de uma patologia.

Nesta abordagem da saúde, além do DALY, destaca-se a criação do *Health-related quality of life* (QALY), que por sua vez, busca instituir um indicador mais positivo da saúde. Este se caracteriza pelo cálculo acumulado por área geográfica dos anos com qualidade de vida não aproveitados por alguma incapacidade ou morte da população, respeitando os diferentes níveis de cada aspecto avaliado para esta constatação. Apesar das diferenças entre os dois indicadores apresentados, ambos constituem medidas simplificadoras da realidade complexa da saúde, preocupando-se com uma definição mais ampliada da doença.

A renda, produção, consumo e outros indicadores econômicos, são ressaltados como os principais parâmetros para estas avaliações econométricas da saúde, o que as limitam na busca por uma compreensão integral da saúde. Isto, porque não se pode difundir a saúde da mesma forma que a renda, especialmente pela impossibilidade de armazená-la, investi-la e produzi-la de maneira linear. Deste modo, mesmo identificando disparidades econômicas que podem refletir sobre as condições de vida dos territórios, a medida das suas condições de saúde é comprometida por uma limitação metodológica de tal abordagem. Em contrapartida, considerando outras desigualdades sociais, existe uma vertente que trata a saúde conceitualmente como uma espécie de capital humano, compreendendo a noção de capacidades de Amartya Sen (2010).

Retomando a classificação geral da saúde indicada por Almeida Filho (2011), inicia-se as discussões da saúde como ideia a partir da apreensão de teorias culturais da saúde. A representação social, a rede semântica e o construto cultural são componentes essenciais para explicação deste modelo de saúde/doença. O conhecimento acerca das intervenções sociais e culturais nas condições de saúde é pensado de maneira mais ampliada nesta perspectiva destacando o complexo doença-moléstia-enfermidade, o modelo semiológico, e as atuais teorias culturais da saúde.

Quanto ao complexo doença-moléstia-enfermidade, um dos principais pontos é a própria distinção entre estes elementos. A doença se refere às alterações ou disfunções do processo biológico e/ou patológico analisável pelo saber biológico e pela prática clínica. Logo, sua existência independe do reconhecimento ou percepção do indivíduo. Já a moléstia, agrega a experiência e percepção individual do doente, implicando uma cadeia de sentimentos resultantes da doença. A forma com que se percebe a doença, o sofrimento e a sua expressão são componentes básicos nesta discussão, de modo que a enfermidade é também anterior a doença que, por conseguinte, é produzida tecnicamente no discurso médico. Logo, a doença não constitui uma coisa em si, mas uma representação graças a uma interação de múltiplos significados que atribui um sentido. Finalmente, a enfermidade é vista como um processo de

socialização da doença e da moléstia, na qual “[...] os signos biológicos e comportamentais são significados socialmente como sintomas” (ALMEIDA FILHO, 2011, p. 78). Assim, a posição ideológica da enfermidade vai resultar em percepções específicas de ordem social graças aos saberes e práticas de saúde que atuam sobre cada indivíduo.

Em continuidade, o autor apresenta os modelos semiológicos buscando uma relação teórica e metodológica entre diferentes dimensões da realidade integrando os elementos interpretativos para a análise do modelo cultural de saúde e doença. Neste contexto, é proposto um quadro referencial fenomenológico para os estudos dos problemas de saúde baseados nos valores culturais centrais de cada grupo, incluindo as experiências de adoecimento e construções coletivas de representação de enfermidades.

A busca pelo avanço na problematização do que seria a normalidade e a saúde, marca a atualidade das teorias culturais deste âmbito. A saúde e a doença são tratadas nessa ótica como narrativas naturais e culturais “processos concretos de enfermidade parcialmente indeterminados, verdadeiro texto marcado por tramas de diferentes perspectivas” (ALMEIDA FILHO, 2011, p. 86). A grande crítica é que essas concepções continuam, muitas vezes, trabalhando essencialmente com a ideia negativa de saúde como ausência de enfermidade.

No campo da saúde como valor, são propostos, inicialmente, três tipos de valores específicos: valor de uso, valor de troca e valor de vida. Logo, percebe-se uma desigualdade quanto à distribuição destes valores na sociedade capitalista, o que reafirma uma estrutura social perversa caracterizada por diversas iniquidades que resultam nas desigualdades em saúde. Desta forma,

[...] a vida longa e plena, com qualidade e desempenho, produtiva e com satisfação, representam o ideal platônico da saúde como valor social e político que, numa sociedade estruturalmente desigual e injusta, implicaria disparidades de acesso, distribuição e controle de recursos, bens e serviços (ALMEIDA FILHO, 2011, p.90).

São nestes termos que se destacam tanto os estudos de John Rawls (2000) e Amartya Sen (2011) acerca da noção de justiça, quanto às discussões especificamente relacionadas às desigualdades em saúde. Nesse sentido, a justiça diz respeito à distribuição social compensatória de bens e recursos, buscando também uma compreensão que relativiza a equidade como além da ausência de injustiça.

A incorporação de conceitos como, por exemplo, o de bem-estar e capacidades, além do estudo do termo desigualdade, são importantes contribuições de Sen (2011) neste debate. Para este autor, a desigualdade enquanto variável pode representar situações adversas dependendo

do que está sendo avaliando como desigual, levantando ao seguinte questionamento: igualdade onde? É a partir disto que Sen trabalha a noção de espaço para a igualdade e espaço avaliativo das desigualdades. Neste viés, associa a justiça e a saúde no âmbito individual através das capacidades e liberdades dos sujeitos, já no plano coletivo, sugere que um serviço nacional de saúde deveria estar vinculado a um sistema de justiça distributiva no plano socioinstitucional, visando à equidade. É importante ressaltar que esta abordagem se tornou um dos principais marcos teóricos da saúde como valor social ao longo da história.

A desigualdade em saúde é discutida amplamente a partir de conceitos sociológicos como, por exemplo, iniquidade, injustiça, vulnerabilidade, capital social entre outros. As evidências empiricamente observadas seriam a expressão da desigualdade que muitas vezes, além de injustas são iníquas, ou moralmente inaceitáveis. Assim, a saúde, ao mesmo tempo em que não poderia ser um produto destas injustiças, expressa suas desigualdades na própria injustiça social à medida que adentra o campo político e econômico da organização social.

Finalizando a classificação teórica proposta por Almeida Filho (2011), a saúde como campo de práticas corresponde à articulação de modelos de prevenção de riscos, doença e morte e a promoção da saúde individual e coletiva. O campo de práticas, nesta concepção, refere-se ao espaço no qual se lançam conhecimentos e operações tecnológicas ancoradas em redes e instituições que, por sua vez, buscam a reprodução destes saberes e a produção de práticas para a saúde. Citando as formulações teóricas de Bourdieu (2007), o autor afirma o campo da saúde como um espaço interdisciplinar e multicultural.

A análise do campo de práticas, especialmente da saúde coletiva, é muito importante neste contexto, visto que se constitui como um campo de práticas sociais voltadas ao desenvolvimento de conceitos, produção de conhecimentos e aplicação de técnicas. De acordo com Almeida Filho (2011, p. 112), a saúde coletiva estuda.

Fatos da saúde-doença como processo social; investiga a dinâmica das doenças na sociedade como fluxos de reprodução social; busca compreender práticas de saúde na articulação com as demais práticas sociais; analisa as formas com que a sociedade identifica suas necessidades e problemas de saúde.

Com base nessas ideias, a saúde coletiva como uma arena interdisciplinar, além de se estruturar a partir da epidemiologia, ações tecnológicas e planejamento e gestão, vincula-se a um campo de práticas sociais voltadas a investigação sobre o estado sanitário da população, a natureza das políticas de saúde, a intervenção dos grupos e classes sobre as condições sanitárias, dentre outros. Logo, a Estatística, a Geografia e as Ciências Biomédicas são disciplinas

complementares deste campo, compondo práticas transdisciplinares, multiprofissionais, interinstitucionais e transetoriais.

É neste cenário que incide a promoção a saúde como um campo de práticas específico. A promoção, assim, lida também com a proteção e prevenção da saúde individual e coletiva, sendo agrupada por este autor em três grupos: Modelos de prevenção de doenças ou eventos mórbidos, modelos de intervenção nos campos da saúde ambiental e ocupacional e os modelos de risco como emergência. A noção de integralidade, no contexto das práticas de saúde, está associada a estes modelos à medida que trabalha com a prevenção de riscos ou danos, proteção, promoção e precaução da saúde.

No debate sobre a diferença específica entre a prevenção e a promoção a saúde se destaca Cezeresnia (2003), de acordo com esta autora, a prevenção se caracteriza por meio de uma ação antecipada com base nos conhecimentos sobre determinada doença, a fim de impedir o seu progresso posterior. As práticas preventivas se baseiam no controle da transmissão de diferentes tipos de doenças através, por exemplo, da divulgação de informação científica e de recomendações normativas de mudança de hábitos, conhecida como educação em saúde.

A promoção a saúde é definida de maneira bem mais ampla que a prevenção. Suas práticas não são dirigidas a uma determinada doença ou desordem, mas a ampliação da saúde e do bem-estar geral através das condições sociais e ambientais. Logo, a transformação das condições de vida e de trabalho da população que comprometem a saúde individual e coletiva compõem as ações de promoção, buscando uma qualificação da própria existência. Desta forma, apesar de configurar um avanço, a definição positiva de saúde traz um novo problema, haja vista que

[...] ao se considerar a saúde em seu significado pleno, está-se lidando com algo tão amplo como a própria noção de vida. Promover a vida em suas múltiplas dimensões envolve, por um lado, ações do âmbito global de um Estado e, por outro, a singularidade e autonomia dos sujeitos, o que não pode ser atribuído à responsabilidade de uma área de conhecimentos e práticas (CEZERESNIA, 2003, p. 46).

Por fim, tendo em vista todas as dimensões estudadas, analisar a saúde cientificamente é um importante desafio a ser conquistado. Para isto, o processo de desigualdades em saúde e seus determinantes sociais, devem ser analisados com base na produção cultural das práticas de saúde, construção política das instituições de saúde e na invenção simbólica do que é saúde. Como afirma Almeida Filho (2011, p. 123), a formalização rigorosa de “métodos para medir desigualdades em saúde certamente será compreender suas raízes e determinantes”.

Sendo assim, a abordagem teórico-metodológica escolhida para a interpretação das desigualdades em saúde, e seus determinantes, corresponde à teorização do desenvolvimento como justiça e liberdade (SEN, 2010 e 2011). Esta ideia corresponde a uma abordagem alternativa para entender como a saúde pode ser medida e analisada levando em consideração tanto sua dimensão positiva, quanto os seus aspectos sociais, econômicos, políticos e culturais. Nessa perspectiva, entende-se o desenvolvimento, por exemplo, a partir das condições de vida dos indivíduos, reconhecendo assim, que sem a saúde garantida, não há possibilidade de desenvolvimento. Logo, a saúde faz parte de um sistema de justiça que deve visar à equidade e assegurar a própria liberdade e capacidade dos indivíduos e grupos, se tornando um elemento indissociado do modelo de desenvolvimento vigente.

Toda essa trajetória procurou possibilitar a introdução de outros mecanismos mais consistentes para falar de saúde. Deste modo, inicialmente, buscou-se neste capítulo situar o leitor acerca da própria definição de saúde e sua relação com a dinâmica da organização social em toda a sua amplitude para o embasamento dos objetivos e métodos traçados. Desta forma, para compreender as desigualdades em saúde, fica evidente a necessidade de recorrer, de maneira mais sistemática, a teorias que abordem a dinâmica destes processos sociais e de desenvolvimento.

2.2 Desenvolvimento, desigualdades e iniquidades em saúde: perspectivas teóricas

A abordagem que associa as questões do desenvolvimento e da justiça social, com o problema das desigualdades e iniquidades em saúde, vai muito além de uma perspectiva que analisa a prevenção e o tratamento de doenças. Em um texto publicado acerca da equidade em saúde e a justiça social, Amartya Sen (2002) reconhece que, em nenhum momento, as ações que promovem a saúde podem ser compreendidas, exclusivamente, a partir da distribuição dos cuidados/tratamentos de saúde. Logo, de acordo com o autor, toda a dimensão social determina as oportunidades das pessoas em alcançar a saúde, sendo esta uma variável central na avaliação da justiça social.

De modo geral, na concepção de Sen (2011), a reflexão sobre justiça está muito vinculada aos direitos humanos a partir de uma perspectiva multilateral, sem deixar de considerar seu caráter universal. Para a compreensão desta questão, é destacada que a noção de justiça deve considerar a contraposição moral de valores que se apresentam de forma legítima dentro de um discurso ético contemporâneo. Diante desta complexidade, é necessário o entendimento do papel tanto das instituições que promovem a justiça social, quanto da própria

orientação das escolhas e liberdades individuais capazes de se tornarem mais justas e, portanto, menos desiguais do ponto de vista social e natural, o que faz do pensamento de Sen um grande avanço nas discussões sobre a justiça social.

Elaborando um resgate do pensamento de Amartya Sen (2011), destacam-se várias correntes político-filosóficas que ora estão incorporadas na ideia do autor, ora são contrariadas pelos seus argumentos. Neste sentido, pode-se ressaltar o utilitarismo e o legado de Jhon Rawls acerca da teoria da justiça social, indicada por Sen como um institucionalismo transcendental. No que tange ao utilitarismo, pauta-se na ideia de utilidade como valor maior de uma sociedade justa, na qual a liberdade da coletividade é o que de fato importa. Nessa lógica, a restrição da liberdade de alguns indivíduos é inteiramente justificável à medida que promove um bem-estar à maioria da população (SILVA JUNIOR, 2010).

As grandes críticas em torno do utilitarismo se formam através da incapacidade em discutir as preferências e utilidades individuais, não considerando as diferenças e especificidades entre as pessoas. Logo, a sociedade justa, nesta perspectiva, privaria alguns indivíduos da liberdade e utilidade para o atendimento dos interesses e satisfação da maioria, consolidando a justiça social. Assim, os indivíduos que se diferenciam dos demais por alguma condição própria, teriam seus direitos submetidos por uma lógica apropriada nos interesses coletivos dominantes, o que na prática, afasta os preceitos éticos que traduzem efetivamente o bem-estar coletivo e a proteção social.

Algumas premissas do utilitarismo estão presentes na ideia contemporânea de justiça social de Amartya Sen (2011). Dentre estas influências, destacam-se a busca pela maximização da justiça nas decisões gerais e no estabelecimento de uma orientação que avalie o grau relativo de justiça de cada ação na escolha ética e racional de uma medida que vai gerar desdobramentos para um conjunto de indivíduos (SEN, 2011). Ademais, o avanço nesse pensamento está atrelado à preocupação ética que, por sua vez, considera a ampliação das liberdades individuais como um dos aspectos mais importantes para o julgamento da moral. A este respeito, Sen (2010) vai além das questões utilitárias, como a distribuição de renda e recursos, para chegar a uma ideia de justiça social que considere, sobretudo, a liberdade dos indivíduos caracterizada tanto pela experiência concreta de oportunidades de escolha individual, quanto pela existência de decisões públicas que respeitem essa liberdade.

Apesar das críticas a teoria da justiça social de Jhon Rawls, é inegável o reconhecimento de Sen ao legado deixado por este cientista. Rawls (2000), introduzindo várias censuras ao utilitarismo, especialmente, pela não preocupação com a distribuição desigual da felicidade, desenvolve várias análises sobre a forma com que as instituições sociais distribuem os direitos

que orientam a sociedade. Assim, é a partir do pensamento acerca das desigualdades de oportunidades, que são fundados os princípios da ideia de justiça social de Jhon Rawls. Este estudioso, afirma que as instituições deveriam promover uma proteção social por meio do benefício dos menos favorecidos, possibilitando a distribuição, o mais equitativa possível, da renda entre a coletividade. Enquanto o utilitarismo lidava com determinadas minorias de modo excluído, pela estabilidade da maioria, a ideia de justiça social de Rawls afirmava que a esta minoria deveriam ser dirigidas as ações de promoção de liberdades, haja vista que só há justiça social quando estiver ao alcance de todos (SILVA JUNIOR, 2010).

Nesse sentido, para Rawls, as instituições assumem um papel de protagonistas para a efetivação da justiça social, visto que as limitações a sua efetivação derivam da ordem social quanto à minimização das desigualdades sociais e ampliação das liberdades individuais através da proteção social. Logo,

O primeiro objeto dos princípios da justiça social é a estrutura básica da sociedade, a ordenação das principais instituições sociais em um esquema de cooperação. Vimos que esses princípios devem orientar a atribuição dos direitos e deveres nessas instituições e determinar a distribuição adequada dos benefícios e encargos da vida social. Os princípios da justiça para as instituições não devem ser confundidos com os princípios que se aplicam aos indivíduos e às suas ações em circunstâncias particulares. Esses dois tipos de princípios se aplicam a diferentes sujeitos e devem ser discutidos separadamente (RAWLS, 2000, p. 57/58).

Neste viés, o problema que requer uma superação corresponde ao fato de que Rawls não demonstra a influência de desigualdades que não estão associadas diretamente ao campo social, mas que também precisam ser ultrapassadas. É neste sentido que a desigualdade natural ganha uma notoriedade na avaliação da justiça social. Imagine que dois indivíduos se encontrem em uma situação análoga de rendimentos e recursos, porém um destes seja acometido por uma doença. Este indivíduo estará em uma situação de desigualdade natural causada por uma anomalia que limita suas capacidades. A compensação deste indivíduo, de acordo com Rawls (2000), não pode ser efetivada, sendo esta ideia um dos principais alvos das críticas de Sen. Desse modo, em perspectivas posteriores a deste cientista, constata-se que a desigualdade social e natural, precisam ser superadas de igual forma para a efetivação da justiça social.

Guiado pela corrente iluminista, Sen (2011) assegura a ideia de que todo indivíduo que esteja em uma situação contrária a sua vontade, na qual tem seu bem-estar comprometido, deverá ser sujeito a proteção social a fim de garantir sua igualdade no exercício dos direitos e oportunidades. Para isto, revela que as condições naturais como a idade, qualidades físicas, saúde, entre outras, precisam ser levadas em consideração para o entendimento das

desigualdades que se contrariam a justiça social. Assim, mesmo que um indivíduo possua igualdade nas liberdades básicas promovidas pela proteção social, como por exemplo, distribuição de renda, educação, acesso a serviços de saúde e moradia, este, também precisará dispor de capacidades para exercer respectiva liberdade. Logo, para analisar a justiça social, é necessário o reconhecimento tanto das condições sociais, quanto do próprio agente individual no sentido das suas competências e opções de escolha.

Seguindo essa mesma ideia, enquanto Jhon Rawls indicava a distribuição igualitária dos bens sociais como fator base da justiça social, Sen (2011) reconhecia que esta distribuição, sozinha, não respondia a questão complexa que é a justiça social. Para ele, a capacidade que cada pessoa tem para desfrutar desta possível distribuição, gerando oportunidades e liberdades, é outro fator essencialmente importante para construção da ideia de justiça social. Em continuidade,

A lógica de Sen repousa em uma nova perspectiva de igualdade que não somente abrange a igualdade na distribuição de bens sociais primeiros, mas defende, sobretudo, a igualdade de chances e possibilidades para os indivíduos, observando suas características distintas, as quais diferenciam as pessoas uma das outras e fazem possuir visões diversas de bem-estar e condições diferentes de perseguir seus objetivos (SILVA JUNIOR, 2010, p. 9).

A noção de justiça social, nestes termos, deve agregar a necessidade das ações institucionais sobre as desigualdades sociais dos mais vulneráveis, além de efetivar, também, uma proteção social voltada às desigualdades naturais que impõem limitações de escolha aos indivíduos. Não se trata de perspectivas contrárias, mas de um ideal de complementaridade desenvolvido por Sen na busca de escolhas mais justas que as alternativas existentes, vista a impossibilidade de construção de instituições políticas perfeitas.

Tratando a escolha social como uma abordagem, Sen (2011) lembra a necessidade de evitar arbitrariedades e instabilidades nos processos de sua determinação. A preocupação com as dificuldades e inconsistências dessas decisões coletivas é objeto de intensa preocupação ao longo do tempo. Isto fundamenta, inicialmente, o desenvolvimento de uma perspectiva de escolha social dos indivíduos com o pressuposto de que para que esta decisão seja aceitável, deve permitir que outros indivíduos tenham assegurada uma condição justa de opções. Neste sentido, é preciso analisar comparativamente as condições interpessoais de bem-estar determinadas pelas desigualdades sociais e naturais.

Desta forma, a escolha social apresenta relevância para a elaboração de uma teoria da justiça social à medida que analisa as escolhas que, de fato, são oferecidas aos indivíduos e não apenas uma perspectiva transcendental do papel das instituições no combate à desigualdade

social. Além disso, é considerada a pluralidade de formas de contribuição da escolha social para a elaboração da teoria da justiça social a partir da análise das escolhas que são realmente oferecidas, identificando a possibilidade de verificar as ordenações incompletas de justiça (SEN, 2011).

Percebe-se assim, que a preocupação do teórico diz respeito, primordialmente, às pessoas, não apenas ao modo de vida que os indivíduos conseguem levar, mas a capacidade de escolha por outro modo de vida que lhe pareça melhor. Neste sentido, parece oportuno pensar nos critérios para avaliar os limites da justiça social, uma vez que a renda, os recursos e a distribuição de bens e serviços são indicadores incompletos. É parti disto, que Sen (2011) trabalha a ideia de liberdade, que por sua vez, é medida pelas capacidades dos indivíduos em escolher um determinado modo de vida. A partir disto, destaca-se a necessidade de uma racionalidade desenvolvida pelas instituições que ampliem o envolvimento dos indivíduos dentro de um campo da responsabilidade moral. Em síntese, a justiça social requer a possibilidade de escolha que, por conseguinte, promoverá as liberdades individuais por meio das capacidades do próprio indivíduo. Esta associação é trabalhada por Sen de maneira mais integrada na obra o *Desenvolvimento como Liberdade* (2010).

A partir dessas perspectivas, Sen (2010) desenvolve uma análise na qual vai investigar mais amplamente a perspectiva de desenvolvimento. Em primeiro lugar, o autor distingue este conceito da ideia puramente economicista de modernização tecnológica e social. À medida que se considera que estes avanços econômicos contribuem para a expansão de determinadas liberdades, é reconhecido que o desenvolvimento deve promover, principalmente, a melhoria de vida dos indivíduos a partir do fortalecimento de suas liberdades e capacidades, acarretando um avanço no combate às desigualdades sociais e naturais.

Para Sen (2010), a liberdade passa a ser encarada como meios e fins do desenvolvimento, possibilitando condições para uma livre escolha dos indivíduos pertencentes aos vários domínios da sociedade. Neste sentido, definindo as liberdades substantivas a partir das disposições institucionais por meio das condições sociais e econômicas, de educação e saúde, Sen afirma uma limitação da liberdade dos indivíduos através, por exemplo, da participação política, expectativa de vida, nível educacional e etc. No entanto, a liberdade adquirida por estas instituições está condicionada pelos próprios atos dos agentes que podem ampliar, ou não, o progresso destas mesmas liberdades. Ou seja, o papel institucional deve contribuir tanto para subsidiar as liberdades através do atendimento das necessidades dos indivíduos, acarretando no desenvolvimento, quanto fortalece e promove uma liberdade constitutiva caracterizada pela possibilidade de oportunidades e escolhas.

Desta forma, o desenvolvimento para Sen está interligado diretamente com as capacidades dos indivíduos que, essencialmente, ao tempo de ser influenciada, pode influenciar as políticas públicas e programas. Trata-se de uma ideia que considera também o papel que o indivíduo pode desenvolver na busca da efetivação das suas liberdades através das capacidades. Em continuidade, fazendo uma análise acerca do sistema democrático, Sen (2010) ressalta a interdependência entre as diferentes liberdades, das quais destaca a liberdade política como fortalecedora de outros tipos de liberdades no processo de desenvolvimento. Logo, a complexidade deste processo é vista a partir da relação entre o papel das instituições no atendimento das necessidades da população e as próprias liberdades de escolha dos indivíduos asseguradas pelas suas capacidades.

Diante desse enfoque teórico, para fomentar a compreensão da saúde, não se pode indicá-la como mais um elemento da proteção social, mas sim como processo central da justiça social na medida em que não há desenvolvimento sem saúde. Nestes termos, sendo a saúde fundamental para as possibilidades das escolhas humanas, Sen (2002) assinala a inviabilidade de ignorar o papel que ela desempenha na ascensão das liberdades e da própria justiça social. Logo, precisa-se enfatizar a importância da análise dos fatores que determinam as condições de saúde vivenciadas coletivamente.

2.2.1 As condições de saúde, o desenvolvimento e a justiça social

Em primeiro lugar, é importante ressaltar que a saúde é resultado das ações institucionais de proteção, prevenção, recuperação e promoção, acarretando no que Sen denomina de *liberdades substantivas*. No entanto, a saúde, também, pode condicionar um avanço no desenvolvimento, promovendo a justiça social no sentido da ampliação das liberdades dos indivíduos. Isto implica dizer que existe uma diferença entre alcançar a saúde por meio das ações das instituições e a capacidade de obter uma boa saúde para cada indivíduo, que pode ser exercida ou não, desde que se tenha a oportunidade de escolha guiada por um parâmetro ético. A saúde, então, não pode ser pensada exclusivamente como a distribuição de cuidados sem considerar os vários outros arranjos sociais que determinam as capacidades de escolha destes indivíduos (SEN, 2002).

É nesse sentido que é importante considerar os elementos que explicam o fato de existirem desigualdades quanto à oportunidade de obter uma boa saúde tanto pelas ações sociais, quanto pela limitação das liberdades de escolha. Assim, o entendimento dos conceitos de desigualdade e iniquidade em saúde são de extrema importância. De acordo com Barata

(2009), as desigualdades em saúde se vinculam as diferenças produzidas no processo social em decorrência das distintas posições dos grupos, incorporando dimensões da justiça social quanto à divisão desigual de bens e recursos que favorecem de modo divergente as oportunidades de saúde.

Na tentativa de definição das desigualdades sociais em saúde de maneira mais específica, Barata (2009) trata das diferenças absolutas e relativas. Segundo esta autora, a diferença absoluta corresponde a situações nas quais as condições de saúde são atribuídas diretamente a privação devido a uma situação de pobreza. Assim, este enfoque se baseia em uma ideia de desigualdade em saúde produzida pelo sistema econômico que resulta em uma dificuldade dos pobres em contar com os recursos necessários ao seu bem-estar, inclusive os de saúde. A prevenção e a promoção a saúde, em termos de práticas, são extremamente afetadas por esta diferença absoluta através, por exemplo, da dificuldade de acesso aos serviços de saúde, educação e segurança.

A diferença relativa, por conseguinte, interpreta a desigualdade em saúde como resultado da própria organização social. Nesse sentido, um sistema nacional, não seria suficiente para acabar com as desigualdades sociais em saúde, visto que muitos problemas de saúde transcendem ao próprio aparelho institucional.

Deste modo, é possível considerar as diferenças inerentes quanto às condições de saúde de indivíduos dentro de um mesmo grupo socioeconômico, o que sugere a necessidade de analisar outras dimensões para explicar as desigualdades em saúde (BARATA, 2009). É necessário o reconhecimento de que tanto o processo social institucional, quanto a análise das diferenças individuais, como as escolhas e liberdades, são elementos essenciais para compreender a complexidade das desigualdades em saúde. Não se trata de indicar uma perspectiva superior a outra, mas considerar a soma de efeitos destes processos para o desenvolvimento de um aparato metodológico mais consistente para este tipo de investigação.

Seguindo esta perspectiva, Hertzman e Siddiqi (2000), propõem três dimensões para a análise das desigualdades sociais em saúde, de modo que estas deveriam se manter articuladas. A primeira seria a dimensão macrossocial, caracterizada pelas ações do Estado como distribuição de renda, urbanização, industrialização, emprego e etc. Na sequência, a dimensão intermediária corresponde aos fatores relativos à organização social como as respostas das instituições, capacidade, coesão, confiança que facilitam ou dificultam o avanço social. Por fim, o nível microssocial considera as redes sociais de suporte familiar e pessoal. De acordo com Barata (2009, p. 144) “Cada uma dessas dimensões pode ser privilegiada pelos pesquisadores

no estudo das desigualdades sociais, sem que esta escolha signifique negação das outras dimensões.”

Em continuidade, Escorel (2000) sugere uma discussão acerca das regras de distribuição que favorecem, ou não, as condições de saúde a partir de princípios igualitários. Assumindo que é necessário pensar, através de uma dimensão valorativa, nas formas de distribuição desiguais, esta autora afirma que as desigualdades em saúde podem ser justas ou injustas dependendo, sobretudo, de que tipo de igualdade se está buscando. Ou seja, muitas vezes é necessário atribuir condições diferentes a indivíduos diferentes, de modo que as “distribuições desiguais justas são as que estabelecem um segundo critério de valor porque são implementadas visando alterar uma distribuição anterior cujo resultado foi considerado injusto” (ESCOREL, 2000 p.5).

Assim, as desigualdades e diferenças quanto a variáveis sociais, é uma realidade inquestionável nas sociedades que alcançam diversos níveis de justiça social, no entanto, o que pode distanciar estas desigualdades de injustiças é o tratamento dirigido as diferenças quanto aos critérios de justiça (ESCOREL, 2000). Se pensarmos, por exemplo, na distribuição espacial de equipamentos de saúde de diferentes complexidades, será constatada uma desigualdade quanto as suas localizações em uma delimitação municipal. Porém, esta distribuição desigual só será injusta se não estiver vinculada a critérios que considere, entre outros fatores, as características demográficas, socioeconômicas, de mortalidade, de morbidade e fatores de risco, de recursos e cobertura da população.

Nesse sentido, as desigualdades injustas, passam a ser objeto de intensas investigações. É a partir de então que se atravessa uma discussão acerca do conceito de iniquidade que vai além de uma desigualdade em saúde. Uma definição de grande destaque no debate científico sobre este conceito é de Margareth Whitehead (1992), na qual associa a iniquidade diretamente às injustiças, ressaltando que seria uma desigualdade desnecessária e evitável sobre a saúde. Na perspectiva de Escorel (2000), o termo iniquidade tem uma dimensão ética e política, na qual toda desigualdade redutível é iníqua por ser um produto de conflitos em uma arena permeada por interesses contraditórios.

No Brasil, considerando as estratégias do Sistema Único de Saúde (SUS) contra a iniquidade a partir de uma intervenção sobre situações de conflitos, a equidade passa a ser o grande princípio doutrinário quando se fala em saúde coletiva. Nesse contexto, busca-se promover uma igualdade justa no sentido de mediação entre as diferentes necessidades e liberdades dos indivíduos. O cuidado com a utilização do conceito de igualdade na saúde é muito importante, uma vez que este passa uma ideia de universalidade nas regras de

distribuição, o que na prática, pode desfavorecer grupos populacionais excluídos, mantendo a desigualdade. A equidade, desta forma, é entendida como um conceito associado à própria igualdade, sendo caracterizada como uma justiça concreta que adquire sentido no campo político na medida em que “se materializa no processo de formulação das políticas públicas de saúde e das políticas públicas intersetoriais que podem ter impactos sobre os determinantes sociais da saúde.” (SILVA e ALMEIDA FILHO, 2009, p.4).

Ao abordar as desigualdades e iniquidades em saúde, Almeida Filho (2011) ressalta o problema teórico-metodológico de tratar estes conceitos de forma positiva. Este autor enfatiza um tratamento negativo bastante comum destes conceitos nas produções científicas, referenciando muitas vezes as noções de desigualdade e iniquidade como sinônimos de igualdade e equidade. Esta condição se agrava, segundo o estudioso, a partir de uma ausência explicativa dos pressupostos teóricos que sustentam estes conceitos, como as teorias da escolha e justiça social. Logo, embora a igualdade remeta a ideia de justiça e a desigualdade a de injustiça, pode-se afirmar que ambos os conceitos podem, ou não serem justos.

Considerar a igualdade como justiça, significa analisar unicamente uma modalidade de distribuição igual de um dado aspecto, já a desigualdade pode se referir a uma situação na qual os indivíduos precisem de condições diferentes para o atendimento de necessidades distintas. Por sua vez, a iniquidade assume um caráter puramente de injustiça pelo não atendimento das necessidades da população, enquanto o conceito de equidade remete a justiça social guiada por parâmetros éticos (SILVA e ALMEIDA FILHO, 2009).

Indicada a complexidade das discussões sobre igualdade, desigualdade, equidade e iniquidade em saúde voltada à ideia de justiça social, ressalta-se que os condicionantes destas situações vão além das questões institucionais quanto a distribuição intersetorial dos cuidados com a saúde. Assim, além do que foi discutido, é necessária a compreensão das possibilidades de escolha e o comportamento dos indivíduos a partir de suas próprias capacidades na interpretação sobre o contexto de iniquidade em saúde. É a partir disto que passa a ser importante a inclusão do conceito de capital social em uma agenda que analisa as condições de saúde a partir dos pressupostos da justiça social. Em um documento de análise sobre a Conferência Nacional de Determinantes Sociais em Saúde, Buss e Pellegrini Filho (2008), destacam a questão comportamental como um dos elementos de maior impacto negativo nas condições de saúde no Brasil.

Nesse contexto, entendendo a multiplicidade da determinação das condições de saúde, Ferreira e Latorre (2012) além de discorrerem acerca da importância das variáveis socioeconômicas, asseguram que a dimensão cognitiva e estrutural das relações entre os

indivíduos são muito importantes para entender o fenômeno da saúde. Estes autores enfatizam que a renda, por si só, não explica as desigualdades em saúde, principalmente quando se está tratando de um grupo que, por exemplo, ultrapassou a linha da pobreza. Ademais, as relações de solidariedade e confiança entre os indivíduos na organização social, bem como suas capacidades participativas políticas e de mobilização são elementos cada vez mais considerados na análise de problemas sociais, como é o caso da saúde.

Assim, o capital social é entendido como o conjunto de elementos da organização social, dentre os quais, destacam-se os de ordem cognitiva e estrutural. No caso dos aspectos cognitivos, a confiança mútua e as normas de reciprocidade e solidariedade são muito expressivos, já com relação aos elementos estruturais, tem-se a engajamento cívico e redes de associações. Desta forma, essa conjuntura poderá favorecer em diferentes níveis a coordenação e cooperação entre a coletividade na busca por benefícios mútuos, chegando à coesão social (SOUZA e GRUNDY, 2004).

Nas últimas décadas, o capital social como um elemento para a manutenção da democracia, é utilizado como variável em pesquisas envolvendo distintas problemáticas sociais. Quando se trata especificamente da associação deste conceito com a saúde, levanta-se a hipótese de que quanto maior a coesão social, ou o capital social, mais saudável a sociedade se apresenta. Ferreira e Latorre (2012) afirmam que o capital social é substancial para a promoção da saúde, visto que esta não é comprometida apenas pela pobreza econômica, mas pela falta de oportunidades, restrição de escolhas, voz frente às instituições e ao Estado e incapacidades expressas nas características das populações de níveis econômicos desiguais.

Logo, a adesão do capital social como indicador de saúde é um fato bastante expressivo materializado em vários documentos oficiais e conferências promovidas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) que, por sua vez, fundamentam as ações e políticas em saúde internacionalmente. Dentre estes, pode-se ressaltar a Carta de *Ottawa*(1986), a *Sundsvall*realizada na Suécia em 1991, a *Jakarta* em 1997 na Indonésia e a quinta Conferência em saúde no México no ano de 2000 (SOUZA e GRUNDY, 2004).

Embora a introdução do capital social na saúde leve em consideração o fortalecimento da participação comunitária e o desenvolvimento de competências e habilidades dos indivíduos, existem várias críticas a sua utilização. O Banco Mundial, por exemplo, é um dos grandes defensores do capital social amparando a ideia de que investimentos nesses setores são cruciais para o desenvolvimento econômico. Porém, como afirmam Souza e Grundy (2004 p. 1358) “essas medidas podem ser vistas como meios disfarçados de encorajar o capitalismo e a concentração de poder econômico sob a aparência de investimentos em capital social.” Logo,

partindo destas indicações teóricas, quando se fala em capital social não se pode confundí-lo com uma tentativa de minimização da responsabilidade do Estado para com os indivíduos, mas sim, como uma promoção da autonomia e do poder comunitário a fim de garantir que as pessoas desenvolvam capacidades quanto à determinação da organização social. Esta busca se dá a partir do desenvolvimento de instrumentos psicológicos e cognitivos que devem possibilitar a produção de um comportamento cooperativo, sendo o capital social um elemento decisivo para a saúde (BUSS e PELLEGRINO FILHO, 2008).

De acordo com Ferreira e Latorre (2012) os instrumentos de aferição do capital social na área da saúde podem ser indicados nos níveis individuais e coletivos, podendo ser investigado na dimensão cognitiva e estrutural. Assim, as percepções individuais quanto à capacidade de relacionamento, o controle de hábitos deletérios, a prestação de ajuda mútua e os meios de troca de informações são importantes variáveis na busca pela compreensão do nível de capital social existente dentro do plano cognitivo individual. Já no que diz respeito ao âmbito estrutural coletivo, tem-se a identificação do cumprimento das normas e leis, a negociação de situações de conflitos e a predominância da cooperação sobre a competição. Estes autores ainda destacam vários procedimentos realizados na busca da aferição do capital social, como é o caso do Questionário Integrado para Medir o Capital Social (QI – MCS) desenvolvido em 2003.

A utilização de dados e informações para a avaliação das reais condições de saúde de forma geral é um exercício multilateral e complexo, uma vez representam medidas, atributos e dimensões do estado de saúde em perspectivas tanto quantitativas vinculadas às ações institucionais, quanto qualitativas voltadas à compreensão dos aspectos cognitivos e psicológicos dos indivíduos. A construção ou escolha de um indicador ou determinante em saúde, de acordo com a Rede Interagencial de Informação para a Saúde (2008), depende essencialmente, da formulação da frequência de casos e do tamanho da população em risco, além da precisão dos sistemas de informações direcionados ao registro, coleta e transmissão dos dados. Segundo este mesmo documento oficial, os indicadores em saúde devem estar agrupados nos seguintes eixos: demográficos, socioeconômicos, mortalidade, morbidade e fatores de risco, recursos e cobertura. No entanto, não é observada uma preocupação específica com a análise dos conhecimentos, capacidades e percepções dos indivíduos como indicador de saúde, sendo este um grande desafio a ser alcançado, uma vez que a saúde é um bem construído com a participação solidária de todos os setores da sociedade (BUSS e PELLEGRINI FILHO, 2008). Assim, para a definição dos determinantes sociais das desigualdades e iniquidades em saúde, parte-se do pressuposto de que os indicadores socioeconômicos são insuficientes, mas

não desnecessários, e que de igual modo, as relações e comportamentos dos indivíduos devem ser avaliados nesses processos de investigação.

2.2.2 Os determinantes sociais das desigualdades e iniquidades em saúde

Inicialmente, entende-se por determinantes sociais em saúde os fatores sociais, econômicos, culturais, étnico-raciais, psicológicos e comportamentais que condicionam uma dada situação de saúde. A OMS, por sua vez, associa estes determinantes diretamente às condições de vida e trabalho dos indivíduos, que podem ser alteradas por meio de ações que promovam a saúde em todas as suas dimensões (BUSS e PELEGRINO FILHO, 2008). Segundo estes mesmos autores, o grande desafio dos estudos que associam a saúde aos determinantes sociais é a identificação da hierarquia de interferência das diferentes extensões sociais sobre a saúde. Outro ponto destacado corresponde as duas abordagens que tratam do tema de maneira sistemática, na qual a primeira privilegia os aspectos materiais e institucionais na produção da saúde e da doença, já a segunda, assegura que os fatores psicossociais são os aspectos de maior importância como determinantes das condições de saúde. Além disso, constata-se uma perspectiva que busca associar estes dois enfoques a partir de uma escala que contemple desde os macrodeterminantes ao estilo de vida individual.

Seguindo esta ideia, espelhado no modelo de determinação social de Dahlgren e Whitehead, Pelegrino Filho (2006) elabora uma síntese dos quatro níveis de atuação dos determinantes sociais em saúde: o nível individual, as redes sociais e comunitárias, as condições de vida e trabalho e as condições socioeconômicas, culturais e ambientais gerais. Para este autor, o nível individual corresponde ao próprio fortalecimento dos indivíduos, ou seja, o apoio as pessoas em situações desfavoráveis a fim de fortalecer sua capacidade de decisão e possibilidades de escolha. O segundo se relaciona com a coesão social através das relações de solidariedade e confiança entre as pessoas e grupos, o que na prática, interfere decisivamente na promoção a saúde individual e coletiva por meio do combate a pobreza de recursos, acesso e oportunidades. Por conseguinte, o terceiro nível está voltado às condições de vida e trabalho especificamente acerca das políticas que assegurem as necessidades da população como, por exemplo, educação, saúde, saneamento básico e etc. O quarto e último nível têm haver com a estrutura macroeconômica e cultural quanto à redução das desigualdades e seus efeitos sobre a sociedade, incluindo a política econômica, o mercado de trabalho, o fortalecimento de valores culturais e a proteção ambiental.

Diante dessas indicações, dependendo da escala territorial de análise, contemplam-se como variáveis de investigação dos determinantes sociais em saúde: a taxa de crescimento populacional, proporção de grupos etários, grau de urbanização, taxa de fecundidade, taxa de natalidade, taxas de mortalidade, esperança de vida, taxa de analfabetismo, níveis de escolaridade, renda média, taxa de desemprego, condições de moradia, trabalho infantil, incidência de diferentes tipos de doenças, dependência de substâncias psicoativas, números de profissionais de saúde por habitante, existência e distribuição dos equipamentos de saúde de diferentes complexidades, gastos públicos com saúde, acesso a água de qualidade, esgotamento sanitário e cobertura de coleta de lixo. Além disso, podem-se acrescentar os conhecimentos, hábitos, comportamentos, possibilidades de escolha e as relações de solidariedade entre os indivíduos (RIOS, 2009 e FERREIRA e LATORRE, 2012).

No Brasil, no ano de 2006, atendendo uma demanda internacional, foi criada a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde que teve como intuito apresentar recomendações concretas de políticas, programas e intervenções para o combate as iniquidades de saúde geradas pelos determinantes sociais no território nacional. Em continuidade, buscava também promover a equidade em saúde como compromisso ético assegurando o direito universal sem deixar de considerar as evidências científicas destas discussões. Logo, os objetivos desta Comissão correspondiam à produção de conhecimentos e informações sobre os determinantes sociais em saúde no Brasil e a promoção de atividades que mobilizassem a sociedade civil para uma tomada de consciência sobre o tema (BUSS e PELLEGRINI FILHO, 2008).

A partir dessas iniciativas, percebe-se que existe uma tendência central da saúde nas políticas sociais, sendo este um desafio político que precisa ser superado. O que se deve buscar é uma integração que considere as agendas conflitantes entre todos os setores da organização política no intuito de promover a saúde nos diferentes territórios. Nesse sentido, os determinantes sociais em saúde serão beneficiados à medida que o desenvolvimento humano seja priorizado em todos os campos com a própria participação da sociedade.

Desta forma, visto a saúde, e especificamente os seus determinantes, como um problema político e social, surge à necessidade de destacar a categoria do território para a compreensão de como se organizam e se distinguem as políticas, programas e ações de saúde na produção das desigualdades e iniquidades. Considera-se o conceito de território como uma base para o entendimento de como as diferenças socioeconômicas e as relações entre os indivíduos, em diversas escalas geográficas, interferem na saúde individual e coletiva através, sobretudo, de uma delimitação político-administrativa. Assim, de acordo com Gondim (2008) a expressão

tanto das características socioeconômicas, quanto comportamentais que determinam as condições de saúde em uma dimensão mais local, se materializam dentro de um território que não é delimitado apenas por uma extensão geométrica, mas está condicionado por um perfil populacional em constante transformação e que precisa ser cuidadosamente analisado.

2.2.3 As práticas de saúde e as desigualdades e iniquidades: o território de saúde em foco

Inicialmente, observa-se que a saúde de um indivíduo, ou de um determinado grupo, está fortemente associada às condições gerais de existência nas quais estão expostos cotidianamente. Sendo assim, as desigualdades quanto a estas oportunidades de uma vida saudável está materializada de uma forma desigual no espaço que, por sua vez, é construído socialmente através de diferentes pressões socioeconômicas sob os diversos atores e sujeitos sociais que o formam. Nesse sentido, o espaço entendido como um conjunto de sistemas de ações e objetos (SANTOS, 2009), agregará variados tipos de populações com características restritas que deverão indicar os níveis de risco e vulnerabilidade para com as condições de saúde. Conforme afirma Gondim (2008, p. 69):

Cada configuração espacial vai abrigar um tipo de população, que por sua localização no território, vai estar em menor ou maior magnitude expostos ao risco. Esses riscos são de natureza diversas, desde doenças conhecidas, até agravos causados por causas externas. As situações de riscos apresentadas são em sua maioria determinadas por múltiplos fatores – dos ecológicos aos socioeconômicos – que se sobrepõem no território e potencializam a chance de adoecimento e morte das populações.

Nestes termos, é importante compreender que os determinantes em saúde se apresentam de acordo com a heterogeneidade do próprio espaço em seus atributos objetivos e subjetivos. A organização do sistema de saúde, bem como a análise do perfil das populações quanto a necessidades e potencialidades em saúde, requer uma percepção espacial a fim de delimitar tanto um recorte político-administrativo, quanto às características inerentes aos indivíduos deste mesmo espaço na busca pela justiça social. A tendência das discussões entre o espaço e a saúde é cada vez mais interdisciplinar, subsidiando o planejamento e as decisões de políticas, programas e ações em saúde. Ciências com a Geografia, por exemplo, vem contribuindo grandemente para estes debates a partir de metodologias de investigação e do desdobramento e aplicação de conceitos-chave na área da saúde, como é o caso de espaço e território.

Assim, destaca-se o território como um espaço singularizado, no qual vai possuir uma homogeneidade relativa resultado de uma construção histórica, social, cultural, econômica e ambiental (GONDIM, 2008). De forma mais precisa, Haesbert (2004) assegura que,

independente da abordagem, o território tem relação com o poder, no entanto não apenas o poder político, mas simbólico a partir de apropriações e dominações diversas. Logo, espaço e território não são sinônimos, sendo o primeiro bem mais amplo que o segundo. Haesbert e Limond (2007) acrescentam que a definição do território está agregada a construção de pontos e linhas que representará a criação de superfícies ou áreas justificadas como elementos ou unidades. Porém, não está condicionado apenas como um limite, mas como um conjunto de lugares conectados a uma rede de itinerários e ações reconhecidas delimitadas por relações de poder.

É nesse sentido que a organização de práticas e políticas de saúde passa a ser inserida no território por meio de uma ampla discussão no meio científico e político-operacional. Logo, é a partir de um enraizamento, definição e organização de práticas de saúde no âmbito da prevenção e promoção, em um espaço delimitado, que ocorre a territorialização dos serviços, políticas, programas e ações em saúde sob a interação de uma população com um contexto socioeconômico e cultural específico. Os problemas, necessidades e potencialidades destas populações devem ser objetos essenciais para a definição deste processo de territorialização, visto que o território tem capacidade de potencializar a implantação de uma reforma justa e democrática no sistema de saúde que considere, sobretudo, as desigualdades e iniquidades.

Para tanto, a territorialização como um processo complexo de delimitação de uma área geográfica, e o território como esta área delimitada para a atuação e expressão do poder público, privado, governamental e populacional, necessita de limites, participação e organização no campo da saúde a fim de instituir pactuações para a qualidade de vida e o bem-estar (MONKEN, 2008).

Diante destas perspectivas, percebe-se a coexistência e integração dos territórios como uma das principais bases de organização do Sistema Único de Saúde brasileiro. De acordo com Gondim (2008), a operacionalização do SUS ocorre através de diferentes escalas territoriais que buscam alcançar os princípios doutrinários de justiça social determinados constitucionalmente: universalidade, equidade e integralidade. Para tanto, a regionalização, a municipalização e a distritalização são destacadas como diretrizes fundamentais na organização dessas práticas no âmbito da saúde.

Segundo Gondim (2008), a regionalização se constitui como estratégia racionalizadora que entende os serviços a partir dos níveis de complexidade tecnológica. Nesta divisão territorial, busca-se articular um pólo de assistência de serviços de saúde em vários municípios ou estados para ofertar cobertura a um dado contingente populacional. A municipalização, por conseguinte, institui a necessidade de delimitar uma base territorial de abrangência dos serviços

a nível local. A busca pela implantação de novas práticas de saúde associadas ao contexto específico do local é um dos elementos capazes de viabilizar melhorias para os problemas enfrentados pela população, sobretudo, por meio de uma própria autonomia municipal. “A municipalização da saúde seria o caminho que segurava a implantação do SUS, sintetizado na sentença, o melhor remédio para a saúde é o município” (GONDIM, 2008, p.5). Nessas escalas territoriais de organização, o território além de ser uma delimitação de área, é visto por meio de uma dinâmica social de interação entre os diversos sujeitos sociais, seus comportamentos e os perfis socioeconômicos e epidemiológicos, além das arenas políticas e institucionais e do compromisso com a descentralização de ações.

Seguindo esta mesma ideia organizacional das práticas de saúde, a distritalização surge como umas das unidades territoriais mínimas de atuação do sistema de saúde. Assim, no interior de uma delimitação municipal, o distrito sanitário corresponde a um território que deve assegurar o atendimento das necessidades da população quanto aos cuidados com a saúde individual e coletiva através de ações de prevenção e promoção, atentando-se a situação social do local. Além disto, a existência da assistência ambulatorial especializada de baixa e alta complexidade é essencial para a efetivação desta divisão territorial (GONDIM, 2008). É a partir deste recorte espacial que se organizam as principais ações de saúde por meio de políticas públicas como, por exemplo, a Estratégia Saúde da Família (ESF), a Vigilância Ambiental em Saúde (VAS) e a Vigilância Epidemiológica (VE) vigentes em todo o território nacional. Continuamente, são destacadas escalas territoriais atuantes ainda mais restritas, como os territórios das equipes de saúde e as micro-áreas de atuação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e dos Agentes de Combate a Endemias (ACE).

Acerca especificamente destes outros territórios, Pereira e Barcellos (2006) ressaltam que a sua delimitação em áreas e micro-áreas ocorre de forma generalizada a partir de critérios quantitativos, não considerando, muitas vezes, a dinâmica social inerente ao território. Isto se constitui como um problema que deve ser superado no aprimoramento das práticas e da organização das políticas de saúde. Desta forma, é possível avaliar as desigualdades e iniquidades sociais no geral, e especificamente em saúde, a partir de cada uma dessas escalas territoriais de organização do SUS. Assim, cada uma dessas áreas de abrangência, ou territórios de saúde, vai expressar uma situação social com diferentes níveis de injustiça que, juntamente com as características comportamentais dos indivíduos, irá expressar as condições de saúde através dos diferentes determinantes sociais como, por exemplo, o capital social, a renda, a situação epidemiológica e as condições de infra-estrutura.

Desse modo, ressalta-se que a categoria do território ao tempo de expressar as diferenças quanto aos níveis de desigualdades e iniquidade sociais em saúde, é um elemento chave na organização das práticas institucionalizadas de saúde. Nesses termos, as discussões científicas sobre as desigualdades e iniquidades em saúde, dentro de uma delimitação municipal, podem ser muito favorecidas através da análise dos territórios à medida que é possível o desenvolvimento de alternativas e metodologias de investigação acerca dos elementos que as determinam.

A identificação e a localização das condições sociais injustas que interferem no processo saúde/doença, bem como a avaliação do nível de capital social das populações, são entendidas como grandes desafios na produção de um conhecimento mais abrangente sobre saúde. Para tanto, é necessário triangular técnicas de coleta de informações e dados em diversas instâncias de pesquisa a partir de abordagens científicas diferenciadas.

3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Na investigação científica o ponto de partida para a concretização do estudo é a definição dos procedimentos metodológicos que fundamentam a sistematização a partir da utilização de técnicas específicas. Assim, a definição dos métodos de pesquisa dependerá, exclusivamente, dos objetivos propostos, destacando a possibilidade de interface entre as diferentes abordagens científicas para o seu cumprimento.

No caso desta pesquisa, busca-se atingir tanto a dimensão concreta da realidade, quanto os aspectos simbólicos e históricos da problemática em questão a partir dos diferentes dados e informações. Reconhecem-se como dados, os constituintes mais quantitativos e mensuráveis adquiridos na pesquisa, já as informações a dimensão mais qualitativa, subjetiva e de interpretação (GASKEL, 2002).

Assim, considerando os objetivos propostos, optou-se por uma pesquisa exploratória e descritiva com abordagem analítica dos dados quantiquantitativamente. Esta abordagem será caracterizada pela aplicação de procedimentos tanto quantitativos, quanto qualitativos, reconhecendo suas respectivas potencialidades e limitações.

Nessa concepção, de acordo com Minayo e Sachs (1993, p.247), entre a abordagem qualitativa e quantitativa não existe uma hierarquia de importância e cientificidade:

De que adianta ao investigador utilizar instrumentos altamente sofisticados de mensuração quando estes não se adéquam a compreensão de seus dados ou não respondem as suas perguntas fundamentais? Ou seja, uma pesquisa, por ser quantitativa, não se torna objetiva e melhor, ainda que prenda a manipulação e analise caso deforme ou desconheça aspectos importantes dos fenômenos ou processos sociais estudados. Da mesma forma, uma abordagem qualitativa em si não garante a compreensão em profundidade.

Nesse caminho, a pesquisa bibliográfica se configurou como eixo inicial de coleta de informações. Este processo consistiu na reunião de um conjunto de obras capazes de provisionar o pesquisador de elementos teóricos suficientes para o desenvolvimento e finalização da pesquisa. A relevância desta etapa consiste em prover contextos atuais e relevantes sobre a temática trabalhada.

Ademais, na busca específica pela análise das desigualdades e iniquidades em saúde na cidade de Campina Grande-PB, serão desenvolvidos os seguintes procedimentos metodológicos: a) levantamento documental e dados acerca dos territórios de saúde; b) espacialização de dados em ambiente de Sistema de Informação Geográfica; c) elaboração e

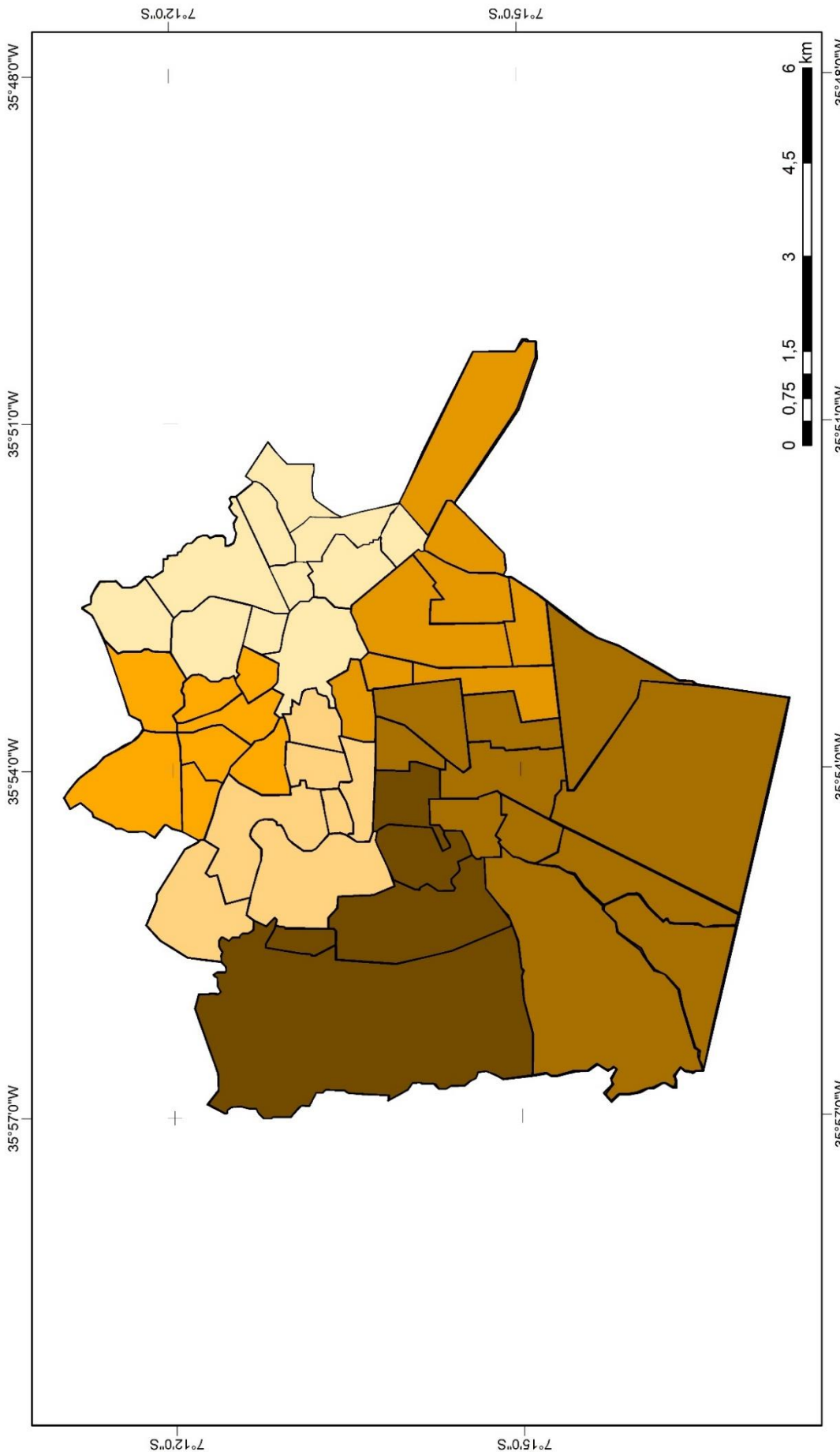
aplicação de questionários e entrevistas individuais. Associadas a estas técnicas, destacam-se a análise de conteúdo e de discurso como procedimentos para trabalhar as informações adquiridas.

3.1 *Lócus* social da pesquisa

O município de Campina Grande-PB está localizado na região Nordeste do Brasil, especificamente no estado da Paraíba, apresentando uma população de 402.912 habitantes de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2014).

Atualmente, a área urbana de Campina Grande está organizada em seis Distritos Sanitários (DS) que agregam os 51 bairros da Cidade. O DS I possui onze bairros: Alto Branco; Bairro das Nações; Castelo Branco; Centro; Jardim Tavares; José Pinheiro; Lauritzen; Mirante; Monte Castelo; Nova Brasília; Santo Antônio. Por sua vez, o DS II, é composto por sete bairros: Bairro Universitário; Bela Vista; Bodocongó; Centenário; Novo Bodocongó; Pedregal; Prata. Na sequência, oito bairros fazem parte do DS III: Araxá; Conceição; Cuités; Jardim Continental; Jeremias; Louzeiro; Monte Santo; Palmeira. O DS IV possui oito bairros: Catolé; Estação Velha; Itararé; Sandra Cavalcante; Santa Terezinha; Tambor; Vila Cabral; São José. Quanto ao DS V, é formado por doze bairros: Acácio Figueiredo; Bairro das Cidades; Cruzeiro; Distrito Industrial; Jardim Paulistano; Jardim Quarenta; Liberdade; Presidente Médici; Quarenta; Santa Cruz; Três Irmãs; Velame. Por fim, o DS VI é composto por cinco bairros: Dinamérica; Malvinas; Ramadinha; Santa Rosa; Serrotão.

Figura 01: Mapa dos Distritos Sanitários de Campina Grande-PB



<p>Legenda:</p> <table border="0"> <tr> <td> Distrito I</td> <td> Distrito IV</td> </tr> <tr> <td> Distrito II</td> <td> Distrito V</td> </tr> <tr> <td> Distrito III</td> <td> Distrito IV</td> </tr> </table>	 Distrito I	 Distrito IV	 Distrito II	 Distrito V	 Distrito III	 Distrito IV	<p>Título: Distritos sanitários de Campina Grande-PB</p> <p>Descrição da elaboração: Elaborado a partir da base de dados disponibilizada pela Secretaria de Saúde do Município de Campina Grande-PB.</p>	<p style="text-align: center;">  DATUM: SIRGAS 2000 Sistema de coordenadas geográficas Elaborado por: SILVA FILHO, A. P. C., 2016 </p>
 Distrito I	 Distrito IV							
 Distrito II	 Distrito V							
 Distrito III	 Distrito IV							

Estes Distritos Sanitários, por sua vez, estão subdivididos em territórios de saúde que, em muitos casos, por motivos logísticos e administrativos, não seguem os mesmos limites territoriais dos bairros, ultrapassando em alguns casos, inclusive, a delimitação dos próprios distritos que são coordenados por Gerentes da Atenção Básica a Saúde. Nesse sentido, trabalhou-se prioritariamente com a divisão dos territórios de saúde a partir do mapeamento definido pela Secretaria de Saúde de Campina Grande-PB.

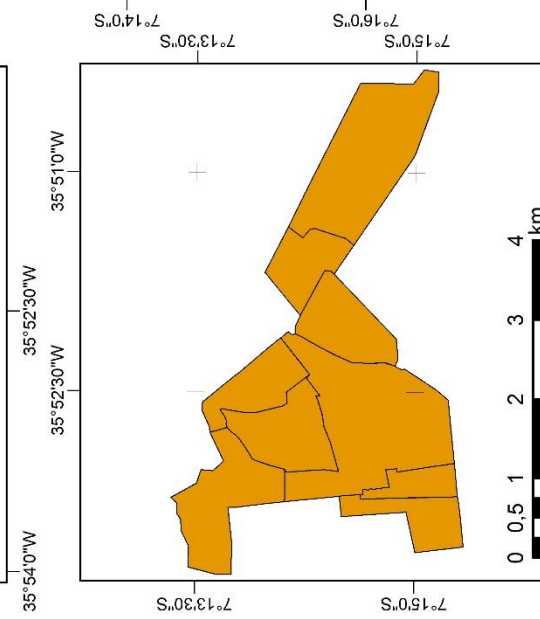
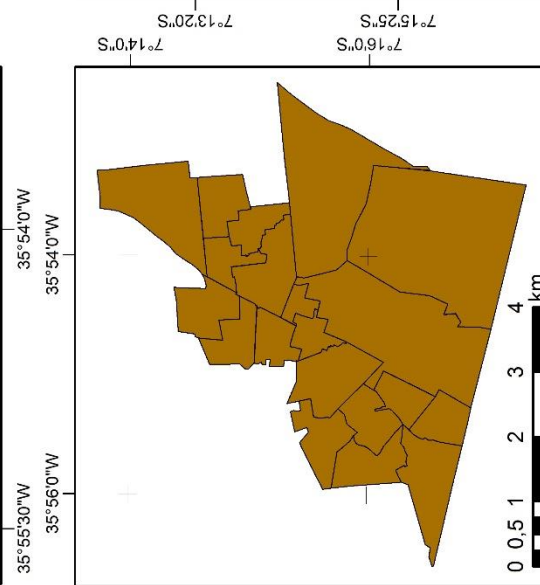
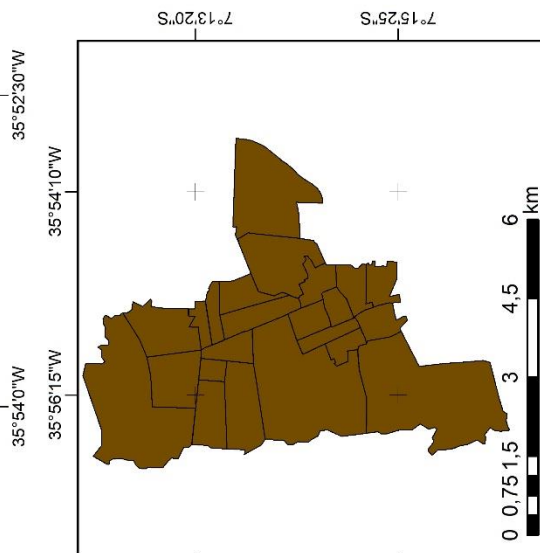
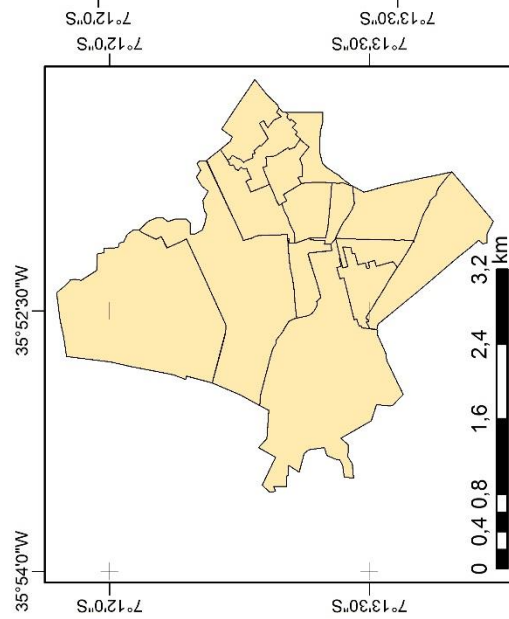
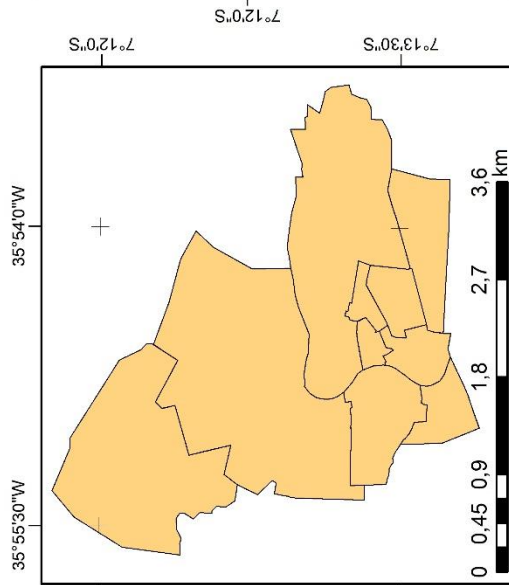
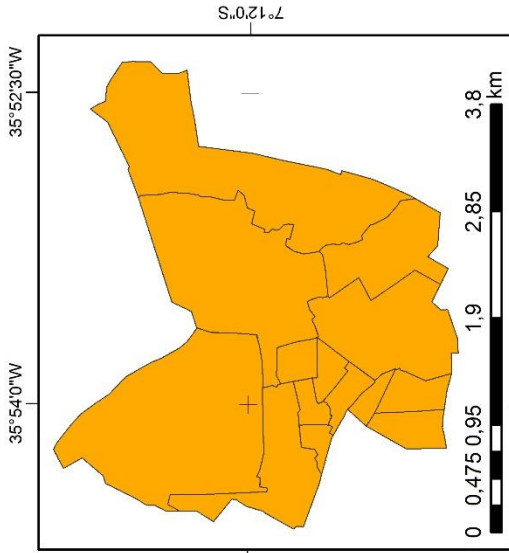
No total, atualmente, existem 89 territórios de saúde na zona urbana que possuem uma delimitação territorial estabelecida da qual são organizadas todas as práticas de saúde do Município. Quanto à distribuição dos territórios pelos distritos sanitários, existem 15 associados ao Distrito I, 10 ao Distrito II, 14 territórios ao Distrito III, 9 territórios ao Distrito IV, 20 ao Distrito V e, por fim, 21 territórios no Distrito VI (Figura 02).

É importante ressaltar que toda esta divisão territorial da saúde deve buscar atender aos parâmetros indicados pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB, 2012), priorizando um processo que assegure a continuidade e organização da prestação dos serviços, bem como a adequação destes no que se refere as características da população e de cada território. Além disso, destaca-se as diretrizes e princípios da Lei 8.080/903, dentre as quais se destacam a universalidade, integralidade e igualdade no direcionamento dos equipamentos de saúde.

No entanto, os territórios investigados tratam-se de áreas que, em muitos casos, não são cobertas completamente pelas ações das políticas públicas em decorrência de a uma série de dificuldades administrativas e de financiamento comuns na maioria das cidades brasileiras. Os limites cartesianos, assim, acabam sendo adaptáveis a dinamicidade e flexibilidade do próprio território, justificando a especificidade desta divisão territorial que ultrapassa delimitações diversas.

Logo, a análise dos elementos do desenvolvimento que determinam as desigualdades e iniquidades sociais em saúde, objetivo desta pesquisa, foi desenvolvida nesta escala territorial, identificando os territórios que apresentam as condições de maiores riscos para a saúde. A partir de então, destaca-se o desafio na coleta de dados e informações acerca especificamente dos territórios de saúde, visto que as diversas instituições que promovem dados socioeconômicos não possuem informações acerca destes territórios ainda muito restritos as ações da Secretaria de Saúde.

Figura 02: Mapa dos Territórios de Saúde de Campina Grande-PB



Lengenda:

- Territórios DS I
- Territórios DS II
- Territórios DS III
- Territórios DS IV
- Territórios DS V
- Territórios DS VI

Título: Territórios de saúde da cidade de Campina Grande-PB

Descrição da elaboração: Elaborado a partir da base de dados disponibilizada pela Secretária de Saúde do Município de Campina Grande-PB.

DATUM: SIRGAS 2000
 Sistema de coordenadas geográficas
 Elaborado por: SILVA FILHO, A. P. C., 2016

3.2 Levantamento documental e de dados acerca dos territórios de saúde

O levantamento documental ocorreu junto a Secretaria de Saúde de Campina Grande-PB. Foram solicitados e analisados documentos do Departamento da Atenção Básica, responsáveis pela Política da Estratégia Saúde da Família (ESF), da Vigilância Epidemiológica (VE) e da Vigilância Ambiental em Saúde (VAS). Este procedimento teve como objetivo realizar uma caracterização das condições socioeconômicas e epidemiológicas dos territórios de saúde da Cidade. Foram analisados documentos e relatórios oficiais extraídos, por exemplo, do e-SUS que corresponde a um Sistema com Prontuário Eletrônico do cidadão. Este processo teve como objetivo coletar dados acerca da (s):

- a) Existência e distribuição de equipamentos de saúde de diferentes complexidades;
- b) Incidência de diferentes tipos de doenças (dengue, hepatite, leptospirose, hanseníase, tuberculose e cólera) dos anos de 2013, 2014 e 2015;
- c) Domiciliados acamados dos anos de 2013, 2014 e 2015;
- d) Dependência de substâncias psicoativas dos anos de 2013, 2014 e 2015;
- e) Esgotamento sanitário;

Uma vez reconhecidos os dados intersetoriais voltados às condições de saúde de cada território, foi possível estabelecer uma hierarquia quanto às piores condições de desigualdade e iniquidade em saúde da Cidade através deste procedimento.

3.3 Espacialização dos dados em ambiente de Sistema de Informação Geográfica (SIG)

A espacialização em ambiente SIG de dados sobre a saúde é algo muito trabalhado em pesquisas científicas, como também pela gestão em escala municipal, estadual e federal. Observa-se a utilização destes recursos tecnológicos como um instrumento de auxílio eficiente para atingir objetivos propostos quanto à melhoria das condições de saúde, principalmente, através do planejamento das ações. O mapeamento dos equipamentos de saúde, de áreas de atuação de equipes, de áreas de abrangência, de locais de risco e de incidência de diferentes tipos de doença, além da associação de vários elementos para explicar um determinado problema de saúde, estão entre as principais justificativas para o uso deste mecanismo (BARCELLOS E BASTOS, 1996; RIBEIRO *et al*, 2015).

No caso específico de Campina Grande-PB, embora já existissem mapas dos territórios de saúde, houve o interesse em aprimorar o material existente por parte da Prefeitura Municipal. Assim, foram reelaborados todos os mapas dos distritos sanitários a partir do uso do *software* de geoprocessamento ArcGIS 10 licenciado para o Laboratório de Cartografia Digital, Geoprocessamento e Sensoriamento Remoto da Universidade Federal de Campina Grande-PB, que além do *software*, disponibilizou equipamentos, treinamentos e monitores tanto para o trabalho em conjunto com a Prefeitura, por meio de ofícios de solicitação, quanto para esta pesquisa propriamente dita sob parceria institucional.

Além dos mapas dos distritos sanitários, foram espacializados nestes moldes outros mapas temáticos que destacam, por exemplo, os territórios de saúde com maior nível de desigualdade e iniquidade em saúde.

3.4 Elaboração e aplicação de questionários e entrevistas individuais

A partir desta etapa, busca-se o entendimento de como a população expressa seus conhecimentos acerca dos fatores inibidores e propulsores das condições de saúde. Desta forma, destacados os territórios de saúde com maiores desigualdades e iniquidades em saúde, objetivou-se avaliar o nível de capital social da população destes espaços, inicialmente, por meio de questionários.

Assim, com base nas indicações de Nogueira (2002), e partindo dos objetivos da pesquisa, optou-se pela utilização do questionário aberto, visto a vantagem que este possui em explorar todas as possíveis respostas dos indivíduos, tendo potencial, inclusive, para servir de base para a elaboração do roteiro de outras técnicas de coleta, no caso desta pesquisa, as entrevistas individuais. Outros cuidados no que tange a elaboração deste instrumento referem-se, dentre outros aspectos, à busca pela apresentação de fácil entendimento na qual o respondente tenha condições de participar da pesquisa, evitar ambiguidades e excessos e, por fim, passar por um teste piloto para garantir a eficiência desta técnica.

Quanto especificamente ao roteiro final encontra-se dividido em três partes: a primeira é a identificação do pesquisado; a segunda corresponde ao que este percebe acerca do que inibe a saúde individual e do grupo; já a terceira parte, investiga o entendimento do sujeito acerca do que promove a saúde individual e do grupo.

No que diz respeito à aplicação dos questionários, considerando a complexidade dos territórios de saúde, instituiu-se alguns critérios para a efetivação da amostragem. Em um primeiro momento, optou-se pela amostragem por julgamento, a qual possibilitou a escolha das

quadras do território a partir de uma distribuição espacial entre as extremidades deste mesmo espaço na busca de uma representatividade de toda a extensão territorial. Fato este, que se julga mais conveniente para representação de todas as possíveis diversidades de entendimento sobre as questões tratadas.

Uma vez identificadas às quadras que serão pesquisadas em cada território de saúde, deve-se indicar quais as residências nas quais os questionários serão aplicados, devendo ser um questionário para cada domicílio dirigido, prioritariamente, ao responsável maior de dezoito anos. Para isto, utiliza-se a amostragem aleatória simples, uma vez que este procedimento possibilita que a escolha de uma determinada residência, não afete a probabilidade de seleção de qualquer outra. Finalmente, a cada domicílio será atribuído um número, deste total, serão sorteados 20% do número de casas em cada uma das quadras selecionadas, esperando maximizar as estimativas do nível de confiança da amostra.

A etapa de elaboração das entrevistas individuais ocorreu a partir das indicações de diferentes autores. De acordo com Minayo, Assis e Souza (2005), pode-se definir entrevista como uma interação direta entre o pesquisador e o interlocutor, através da qual é possível descobrir novas perspectivas e pontos de vista. Boni & Quaresma (2005) assinalam que a entrevista utilizada em pesquisas sociais se configura como um processo de interação social entre o pesquisador, que tem por objetivo a coleta de informações (objetivas e subjetivas), e o pesquisado. Já Gaskell (2002) se referindo a esta técnica de pesquisa, ressalta o fornecimento de dados básicos que se relacionam à captação das relações entre os autores sociais e suas situações, como também, a compreensão detalhada das crenças, atitudes, valores e motivações das pessoas em seus contextos sociais específicos.

Nessa perspectiva, aplicou-se, o modelo de entrevista semiestruturada, visto que este modelo combina perguntas abertas e fechadas, possibilitando ao entrevistado discorrer sobre o tema sem grandes interferências do entrevistador, embora este possa se sentir livre para direcionar a discussão ou fazer questionamentos adicionais quando necessário (BONI e QUARESMA, 2005). Quanto especificamente ao roteiro da entrevista, dependeu em grande parte da análise prévia dos questionários aplicados na fase anterior, tendo como direcionamento a ampliação do discurso sobre os temas mais recorrentes quanto aos inibidores e propulsores da saúde nos territórios investigados.

Tendo em vista a necessidade de reconhecer o nível de capital social da população quanto às questões envolvendo a saúde, optou-se pela realização das entrevistas individuais em diferentes locais de convívio social do território, como por exemplo, Unidades Básicas de Saúde, escolas e praças. Realizou-se cerca de cinco entrevistas nos territórios de saúde

identificados como os de maior desigualdade e iniquidade. Quanto à amostragem dessa população da pesquisa, será priorizado os residentes do território que se disponham, após a apresentação sintética da pesquisa, responder as perguntas da entrevista nos locais indicados.

Pretende-se utilizar as análises de conteúdo e de discurso como procedimentos para trabalhar as informações e dados coletados ao longo da pesquisa. No que se refere à análise de conteúdo, caracterizado por Franco (2005) como um processo de categorização de mensagens oral e escrita, será utilizado no sentido de realizar um agrupamento por tema dos elementos contidos nos levantamentos documentais e de dados estatísticos, bem como dos dados coletados na aplicação dos questionários. Já para análise de discurso, levam-se em consideração as indicações de Lefevre e Lefevre (2003) que objetivam a elaboração do Discurso do Sujeito Coletivo acerca da percepção sobre os fatores inibidores e promotores da saúde observados nas entrevistas individuais realizadas com a população.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir da análise dos dados socioeconômicos e epidemiológicos, percebem-se variações quanto às desigualdades e iniquidades em saúde nos territórios avaliados em Campina Grande-PB. Considerado a base teórica utilizada e o reconhecimento da saúde como um componente do desenvolvimento, garantida por meio das capacidades e liberdades dos indivíduos, destaca-se que as desigualdades e iniquidades sociais em saúde são determinadas por aspectos diferenciados do desenvolvimento. Estes, não estão relacionados apenas à renda, aos recursos e a distribuição de bens e serviços, sendo considerada também a dimensão subjetiva a partir das percepções dos indivíduos acerca dos inibidores e propulsores da saúde.

Em um primeiro momento, identificando as condições socioeconômicas e epidemiológicas que interferem negativamente no processo saúde/doença, ressalta-se a situação em torno da existência e distribuição de equipamentos de saúde de diferentes complexidades. Neste aspecto, constatam-se desigualdades e iniquidades em saúde à medida que nem todos os territórios de saúde possuem equipamentos de saúde em seus perímetros territoriais. No total, em termos de atendimento público, a área urbana de Campina Grande possui 73 equipamentos de baixa complexidade, entre Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e Unidades Básicas de Saúde (UBS), 7 equipamentos de média complexidade, entre Clínicas, Centros de Saúde e Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e, por fim, 6 equipamentos de alta complexidade, correspondentes a hospitais.

Os equipamentos de saúde considerados de alta complexidade são os que ofertam uma condição tecnológica mais avançada a partir da realização de procedimentos e intervenções cirúrgicas de alto risco. Já os de média complexidade, são caracterizados pela exigência de um pessoal com maior formação para manuseio de determinados equipamentos e execução de procedimentos reparativos e de diagnósticos. Os de baixa complexidade, por sua vez, dispõem de equipamentos que não apresentam dificuldades de manutenção. Os recursos humanos subsidiam procedimentos simples e trabalham em uma perspectiva de prevenção e promoção a saúde (BRASIL, 2011).

A realidade quanto à desigualdade na distribuição destes equipamentos de saúde pode indicar uma iniquidade à medida que não se evidencia um planejamento adequado a realidade do Município. Ademais, para o desenvolvimento de qualquer tese neste sentido, é necessário analisar outras variáveis. Partindo desse pressuposto, inicialmente, observa-se que dos 92

territórios de saúde investigados, 88 não possuem equipamentos de saúde de alta complexidade, em 85 não existem equipamentos de média complexidade e em 26 territórios, equipamentos de baixa complexidade não estão presentes.

Quadro 01: Distribuição dos equipamentos de saúde nos territórios de saúde de Campina Grande-PB

DS	Território de saúde	Complexidades			DS	Território de saúde	Complexidades		
		Baixa	Média	Alta			Baixa	Média	Alta
I	ANTONIO ARRUDA	1	0	2	V	ACACIO FIGUEIREDO	1	0	0
	ANTONIO MESQUITA DE ALMEIDA	1	0	0		ARGEMIRO DE FIGUEIREDO	1	0	0
	CAMPOS SALES	1	0	0		BAIRRO DAS CIDADES I	1	0	0
	FRANCISCO BRASILEIRO I	2	0	0		BAIRRO DAS CIDADES II	1	0	0
	FRANCISCO BRASILEIRO II	0	0	0		BENJAMIM B DA SILVA I	1	0	0
	JARDIM AMERICA I	1	0	0		BENJAMIM B DA SILVA II	0	0	0
	JARDIM AMERICA II	1	0	0		CATOLE DE ZE FERREIRA	1	0	0
	JARDIM TAVARES	3	1	0		LIBERDADE III	1	1	0
	MONTE CASTELO I	1	0	0		NOVO CRUZEIRO	1	0	0
	MONTE CASTELO II	0	0	0		NOVO HORIZONTE	1	0	0
	PLINIO LEMOS I	1	1	0		RAIFF RAMALHO I	1	0	0
	PLINIO LEMOS II	3	0	0		RAIFF RAMALHO II	0	0	0
	TOTA AGRA	1	0	0		RESSURREICAO	1	0	0
	WESLEY C. TARGINO I	1	0	0		ROMUALDO B. FIGUEIREDO I	1	0	0
WESLEY C. TARGINO II	0	0	0	ROMUALDO B. FIGUEIREDO II	0	0	0		
II	ADALBERTO CESAR I	1	0	0	RONALDO CUNHA LIMA I	1	0	0	
	ADALBERTO CESAR II	0	0	0	RONALDO CUNHA LIMA II	0	0	0	
	BELA VISTA	2	1	0	SERRA DA BORBOREMA	1	0	0	
	BODOCONGO	1	0	0	VELAME I	1	0	0	
	EDUARDO RAMOS	2	0	0	VELAME II	0	0	0	
	JOAO RIQUE II	0	0	0	ADRIANA BEZERRA	1	0	0	
	JOAO RIQUE I	1	0	0	ANA AMELIA V. CANTALICE I	1	0	0	
	NELY MAIA	1	0	0	ANA AMELIA V. CANTALICE II	0	0	0	
	RAIMUNDO CARNEIRO I	1	0	0	ANTONIO AURELIO VENTURA	1	0	0	
	RAIMUNDO CARNEIRO II	0	0	0	DINAMERICA	0	0	0	
III	ARAXA	1	0	1	HINDEBURGO NUNES I	1	0	0	
	BONALD FILHO I	1	0	0	HINDEBURGO NUNES II	0	0	0	
	BONALD FILHO II	0	0	0	JARDIM VERDEJANTE	1	0	1	
	CONCEICAO	1	0	0	JUREMAS I	1	0	0	
	INACIO MAYER I	1	0	0	JUREMASII	0	0	0	
	INACIO MAYER II	0	0	0	MALVINAS III / I	1	0	0	
	JARDIM CONTINENTAL	1	0	0	MALVINAS III / II	0	0	0	
	JEREMIAS I	1	0	0	MALVINAS IV	1	1	0	
	JEREMIAS II	0	0	0	MALVINAS V / I	1	0	0	
	JOCEL FECHINE	1	0	0	MALVINAS V / II	0	0	0	
	MONTE SANTO I	1	0	0	MUTIRÃO I	1	0	0	
	MONTE SANTO II	0	0	0	MUTIRÃO II	0	0	0	
	PALMEIRA	1	1	0	RAMADINHA I	1	0	0	
	ROSA MÍSTICA	1	0	0	RAMADINHA II	0	0	0	
ESTACAO VELHA	3	0	2	RAMADINHA III	0	0	0		
IV	JOSE AURINO DE B. FILHO I	1	1	0	RICARDO AMORIM GUEDES	1	0	0	
	JOSE AURINO DE B. FILHO II	1	0	0	RICARDO AMORIM GUEDES II	0	0	0	
	NOSSA SENHORA APARECIDA	1	0	0	UMBURANAS	1	0	0	
	PORTEIRA DE PEDRA	1	0	0					
	TAMBOR I	1	0	0					
	TAMBOR II	1	0	0					
	WILSON FURTADO I	1	0	0					
WILSON FURTADO II	0	0	0						

Fonte: Secretaria de Saúde do município de Campina Grande, 2015. Elaborado por: Silva Filho, 2016.

Evidenciado o panorama no que diz respeito à distribuição espacial dos equipamentos de saúde na Cidade, observa-se que 26 territórios de saúde estão sem ofertar nenhum equipamento de saúde de baixa, média ou alta complexidade. São eles: DS I – Francisco Brasileiro II, Monte Castelo II e Wesley Targino II; DS II – Adalberto Cesar II, João Rique II e Raimundo Carneiro II; DS III – Bonald Filho II, Inácio Mayer II, Jeremias II e Monte Santo II; DS IV – Wilson Furtado II; DS V – Benjamin da Silva II, Raiff Ramalho II, Romualdo Figueiredo II; Ronaldo Cunha Lima II e Velame II; DS VI – Ana Amélia Cantalice II, Dinamerica, Hindeburgo Nunes II, Juremas II, Malvinas III/II, Malvinas V/II, Mutirão II, Ramadinha II, Ramadinha III e Ricardo Amorin Guedes II.

As disparidades no setor saúde estão muito associadas, dentre outros aspectos, a distribuição espacial dos equipamentos e serviços prestados. Melo e Braga (2009), explicam, por exemplo, a importância do acesso a estes correspondentes recursos a partir de um necessário planejamento que minimize as desigualdades e iniquidades espaciais na Cidade. Acerca da problemática de distribuição espacial de equipamentos de saúde em Campina Grande, Silva Filho e Pereira (2012) constataram situações não favoráveis relacionadas especificamente à distribuição espacial das Unidades Básicas de Saúde (UBS) a partir de uma associação de dados espaciais envolvendo a renda e a demografia.

Na tentativa de reduzir as problemáticas resultantes da insuficiência quantitativa dos equipamentos de saúde de diferentes complexidades em Campina Grande-PB, dissemina-se, prioritariamente pelas áreas consideradas mais necessitadas, o Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF). Esta política consiste na atuação integrada de equipes multiprofissionais juntamente com a Estratégia Saúde da Família para o atendimento de áreas de risco ou sem cobertura (BRASIL, 2011). A composição desta equipe se apresenta de forma flexível, dependendo das necessidades locais e das equipes de saúde apoiadas. No total, existem 9 NASFs distribuídos no Município e atuantes em todos os distritos sanitários.

A considerável quantidade de territórios que não apresentam equipamentos de saúde em Campina Grande, em tese, justifica-se pela ampliação das equipes de saúde que, por falta de UBS, desenvolvem suas atividades agregadas em outras Unidades, respeitando a divisão territorial quanto todas as competências voltadas à prevenção e promoção a saúde, mesmo utilizando o mesmo espaço físico para a realização dos procedimentos. Logo, estes territórios merecem destaque nas discussões sobre desigualdade e iniquidade no sentido de que esta diferença na instalação dos equipamentos de saúde, tem potencial, a partir de uma injustiça social, para comprometer o pleno desenvolvimento e a saúde da localidade, resultando em

outros possíveis problemas como a maior vulnerabilidade a incidência de determinados tipos de doenças e agravos.

A partir de então, sentiu-se a necessidade de analisar a disseminação de diferentes tipos de doenças nos territórios de saúde da Cidade. É necessário reconhecer as relações mais próximas entre determinadas doenças e as condições econômicas, sociais e culturais da localidade afim de entender os impactos gerados ao desenvolvimento do território a partir da sua disseminação. Nesse viés, em um documento oficial desenvolvido pela Academia Brasileira de Ciência em 2010, intitulado – doenças negligenciadas, são trazidas várias discussões acerca de diferentes tipos de doenças, causas, tratamentos, investimentos, determinantes sociais e disseminação no Brasil. A Tuberculose, as hepatite virais e a dengue são alguns exemplos tratados neste material, sendo destacado suas relações com as condições do território.

A Tuberculose, de acordo com Pinheiro *et al.* (2013), possui determinantes sociais baseados nas condições socioeconômicas, através de baixa renda, nível de escolaridade e, principalmente, por meio da falta de acesso a equipamentos e serviços de saúde. Já dentre as hepatites virais, a Hepatite tipo A possui uma relação direta com as condições socioeconômicas e ambientais. A forma de contaminação está relacionada, na maioria dos casos, com a transmissão oral através da ingestão do vírus em alimentos e água contaminada. Por este motivo, o saneamento básico representa um importante fator no combate a esta doença, uma vez que o vírus também é elemento nas fezes dos contaminados, sendo necessário uma rede de esgotamento sanitário capaz de garantir o afastamento da possibilidade de contato da população com os despejos, esgotos e dejetos humanos (PEREIRA e GONÇALVES, 2003).

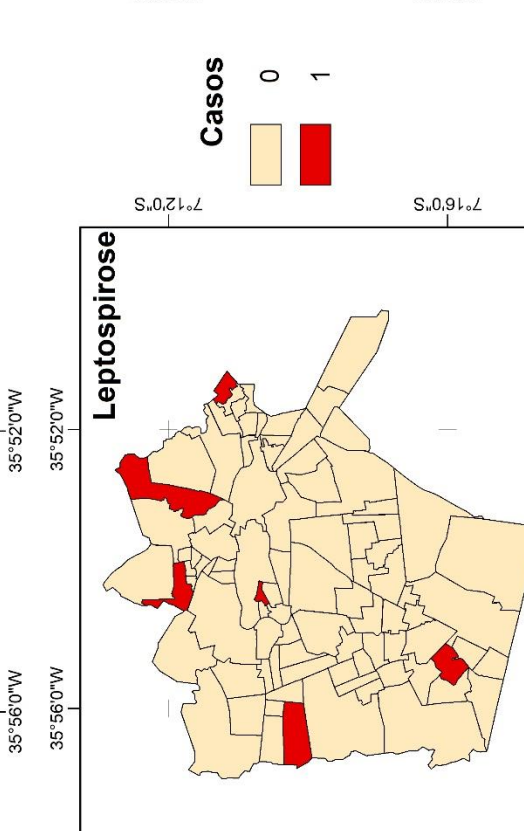
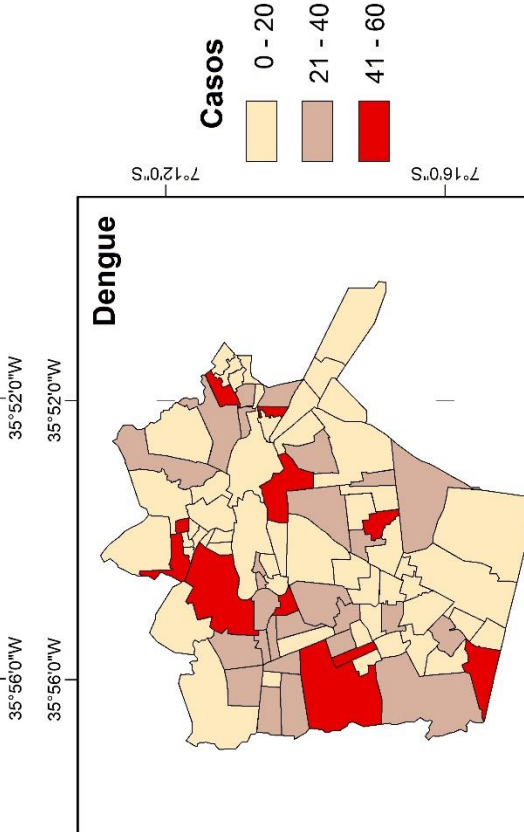
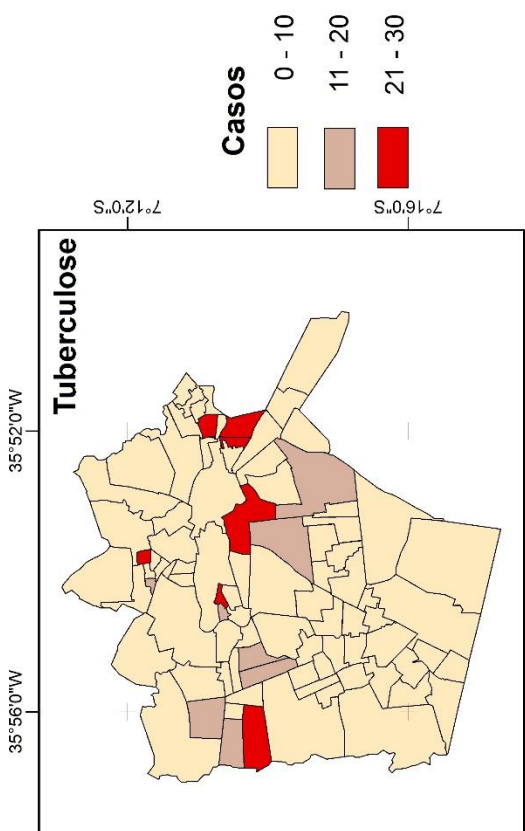
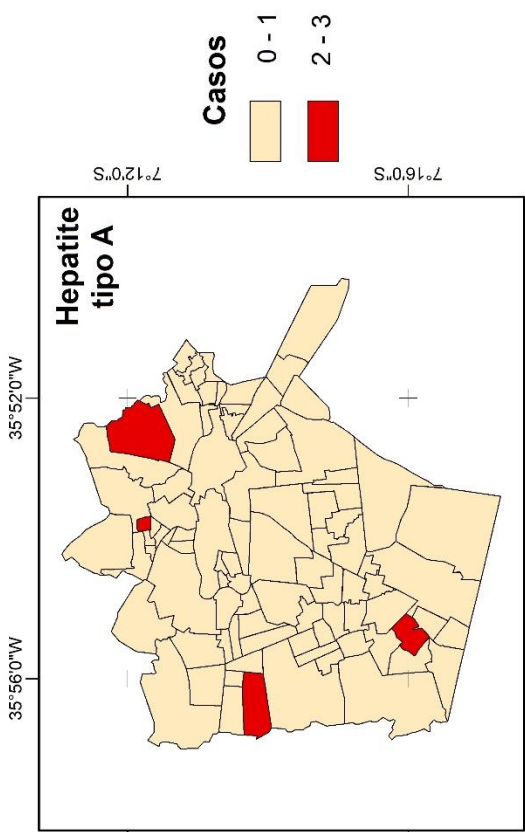
Atualmente, com ampla atenção nacional e internacional, a dengue é reconhecida como uma doença incidente por meio de diversas dimensões, dentre as quais se destaca a socioambiental. A prevenção e controle devem ser estruturados por meio do combate as condições favoráveis ao desenvolvimento do vetor (*Aedes aegypti*). Logo, é necessária a identificação das localidades mais vulneráveis a doença para o manejo ambiental, o controle químico, a melhoria do saneamento básico e para a ampliação das ações de educação em saúde (MARTINS, 2002).

Além dessas doenças, a leptospirose também é indicada como uma doença determinada pelas condições socioeconômicas do território. Em uma revisão sistemática dos fatores associados a leptospirose em pesquisas no Brasil, Pelissari et al. (2011) afirmam que segundo estes estudos, esta doença se relaciona com o baixo nível educacional, falta de saneamento básico, áreas

propensas a enchentes e a presença de roedores com maior número de casos registrados na zona rural. Por tanto, a melhoria das condições econômicas e sociais e do saneamento básico são fatores indispensáveis no combate a incidência de leptospirose.

Assim, acerca da tuberculose, hepatite, leptospirose e dengue, analisou-se os casos de incidência dos anos de 2013, 2014 e 2015 por território de saúde em Campina Grande-PB. A partir de então, foi constatada uma grande iniquidade entre a distribuição dos números de incidência destes diferentes tipos de doenças nos territórios de saúde. Os casos registrados de tuberculose variaram entre 0 a 10, 11 a 20 e 21 a 30 casos, os de hepatite tipo A de 0 a 1 e de 2 a 3 casos, a leptospirose de 0 a 1 caso e, por fim, os casos de dengue apresentaram variação de 0 a 20, 21 a 40 e 41 a 60 casos (Figura 03).

Figura 03: Espacialização dos casos de tuberculose, hepatite tipo A, leptospirose e dengue dos anos de 2013, 2014 e 2015 nos territórios de saúde de Campina Grande-PB



Título: Espacialização dos casos de Tuberculose, Hepatite tipo A, Leptospirose e Dengue, registrados nos anos de 2013 a 2015

Descrição da elaboração: Elaborado a partir do levantamento documental, junto a Secretaria de Saúde do Município de Campina Grande - PB.

DATUM: SIRGAS 2000
Sistema de coordenadas geográficas
Elaborado por: SILVA FILHO, A. P. C., 2016

0 1 2 4 6 8 km

Partindo destas avaliações, é possível chegar nos territórios de saúde que apresentaram a maior incidência dos diferentes tipos de doenças analisadas: DS I – Francisco Brasileiro I, Francisco Brasileiro II, Jardim América II, Jardim Tavares, Monte Castelo I e Tota Agra; DS II – Adalberto César I, Adalberto César II, Bodocongó e João Rique II; DS III – Araxá, Jeremias II, Monte Castelo II e Rosa Mística; DS IV - Estação Velha; DS V - Acácio Figueiredo, Bairro das Cidades I e Romualdo de Figueiredo I; DS VI - Malvinas III/I, Malvinas IV e Mutirão II.

Estes territórios, a priori, pelos tipos de doenças incidentes, apresentam uma situação de desigualdade e iniquidade em saúde que pode estar associada a diversos elementos sociais, econômicos, culturais e ambientais. Identificar estes territórios significa um importante passo em direção a classificação dos territórios de saúde que apresentam as condições de maiores desigualdades e iniquidades da Cidade. No entanto, esta informação, sozinha, não pode indicar, de maneira geral, os territórios que expressam as maiores desigualdades e iniquidades em saúde, pois a ausência de determinados tipos de doenças, não implica afirmar, necessariamente, estar-se tratando de um território saudável.

De acordo com Gondim (2008), a própria composição dos sistemas de ações e objetos do espaço pode propiciar, dentre outros aspectos, o acometimento de doenças, de modo que o fenômeno do adoecimento não pode ser dissociado das características gerais do território. Entretanto, a doença passa a ser mais um elemento para a determinação das áreas consideradas mais desiguais e iníquas em saúde. Nesses termos, a doença, assim como a saúde estão inseridas em um processo social que vai determinar as suas situações de redução ou proliferação.

Portanto, no que tange as discussões acerca do desenvolvimento e da justiça social, deve-se analisar se os territórios identificados a partir desta variável expressam condições socioeconômicas e ambientais compatíveis com esta situação epidemiológica. De modo que cada território irá evidenciar uma condição estrutural e um tipo de população com características específicas, indicado diferentes níveis de vulnerabilidade para os diversos tipos de doenças, desenvolvendo um perfil patológico que deve ser associado as várias dimensões da vida.

Outras variáveis importantes nesse contexto, correspondem ao quantitativo de acamados/domiciliados e de dependentes de substâncias psicoativas por território de saúde. Analisar a quantidade de acamados/domiciliados reflete em um diagnóstico das condições de saúde de determinado território, visto que na maioria das vezes, além de apresentar uma doença, esta população tem uma grande redução das suas capacidades gerais momentaneamente ou

definitivamente através da impossibilidade de movimentos e retorno a prática das atividades cotidianas (BRASIL 2011).

De acordo com Bezerra *et al.* (2013), a situação de acamados/domiciliados está muito associada a amputação ou comprometimento de membros em decorrência da diabetes ou acidentes, morbidades como doenças cardiovasculares, hipertensão e Acidente Vascular Encefálico, além de um considerável percentual de pessoas com idade muito avançada.

Neste quesito, também se constatou uma desigualdade e iniquidade entre os territórios dos diferentes distritos sanitários de Campina Grande-PB. Sendo assim, avaliando o quantitativo de acamados por territórios de saúde nos anos de 2013, 2014 e 2015 se chegou a seguinte variação: 1 a 20 casos, 21 a 40 e 41 a 60 casos registrados (Quadro 02).

Quadro 02: Quantitativo de acamados por território de saúde em Campina Grande-PB

Quantitativo de domiciliados/acamados	DS	Territórios de saúde
1 – 20	I	ANTONIO ARRUDA; ANTONIO MESQUITA DE ALMEIDA; FRANCISCO BRASILEIRO II; JARDIM AMERICA II.
	II	BELA VISTA; EDUARDO RAMOS; JOAO RIQUE I; JOAO RIQUE II; NELY MAIA.
	III	BONALD FILHO II; CONCEICAO; INACIO MAYER II; JOCEL FECHINE; MONTE SANTO II.
	IV	NOSSA SENHORA APARECIDA; TAMBOR I; TAMBOR II.
	V	ARGEMIRO DE FIGUEIREDO; BAIRRO DAS CIDADES I; BAIRRO DAS CIDADES II; BENJAMIM B DA SILVA II; NOVO CRUZEIRO; NOVO HORIZONTE; RAIFF RAMALHO II; RESSURREICAO; ROMUALDO B. FIGUEIREDO II; SERRA DA BORBOREMA; VELAME II.
	VI	ANA AMELIA V. CANTALICE I; ANA AMELIA V. CANTALICE II; HINDEBURGO NUNES II; MALVINAS III / II; MUTIRÃO I; RAMADINHA II; RAMADINHA III; RICARDO AMORIM GUEDES II.
21 – 40	I	CAMPOS SALES; JARDIM AMERICA I; JARDIM TAVARES; MONTE CASTELO II; PLINIO LEMOS I; WESLEY C. TARGINO I.
	II	ADALBERTO CESAR I; RAIMUNDO CARNEIRO I; RAIMUNDO CARNEIRO II.
	III	ARAXA; INACIO MAYER I; JARDIM CONTINENTAL; JEREMIAS I; PALMEIRA; ROSA MÍSTICA.
	IV	JOSE AURINO DE B. FILHO I; JOSE AURINO DE B. FILHO II; PORTEIRA DE PEDRA; WILSON FURTADO I.
	V	BENJAMIM B DA SILVA I; RAIFF RAMALHO I; RONALDO CUNHA LIMA I; RONALDO CUNHA LIMA II; VELAME I.
	VI	ANTONIO AURELIO VENTURA; DINAMERICA; JARDIM VERDEJANTE; JUREMAS I; JUREMAS II; MALVINAS V / I; MALVINAS V / II; RICARDO AMORIM GUEDES I; UMBURANAS.
41 – 60	I	FRANCISCO BRASILEIRO I; MONTE CASTELO I; PLINIO LEMOS II; TOTA AGRA; WESLEY C. TARGINO II.
	II	ADALBERTO CESAR II; BODOCONGO.
	III	BONALD FILHO I; JEREMIAS II; MONTE SANTO I.
	IV	ESTACAO VELHA; WILSON FURTADO I.
	V	ACACIO FIGUEIREDO; LIBERDADE III; ROMUALDO B. FIGUEIREDO I;
	VI	ADRIANA BEZERRA; HINDEBURGO NUNES I; MALVINAS III /I; MALVINAS IV; MUTIRÃO II; RAMADINHA I.

Fonte: Secretaria de Saúde do município de Campina Grande, 2015. Elaborado por: Silva Filho, 2016.

Logo, indicam-se como os territórios com maior números de acamados: DS I – Francisco Brasileiro I, Monte Castelo I, Plinio Lemos II, Tota Agra e Wesley C. Targino II; DS II - Adalberto César II e Bodocongo; DS III - Bonald Filho I, Jeremias II e Monte Santo I; DS IV – Estação Velha e Wilson Furtado I; DS V – Acácio Figueiredo, Liberdade III e Romualdo B. Figueiredo I; DS VI – Adriana Bezerra, Hindeburgo Nunes I, Malvinas III/I, Malvinas IV, Mutirão II e Ramadinha I.

Em pesquisa realizada com o objetivo de descrever o perfil sociodemográfico e clínico de pacientes acamados da Estratégia Saúde da Família, Bezerra *et al.* (2013) observam que, de modo geral, este público registrado pela equipe de saúde possui baixos níveis de instrução, sendo compostos por altas porcentagens de analfabetos, e escolarizadas a nível fundamental e médio. Outra característica diz respeito a baixa condição econômica, obtendo renda média familiar de, no máximo, dois salários mínimos. Por fim, esta pesquisa enfatiza ainda sobre a grande porcentagem de acamados que ampliam a sua vulnerabilidade através da predominância de lesões como, por exemplo, úlcera, dermatite de contato, ferida operatória, ferida por diabetes, escoriações, furúnculos e melanoma.

No que diz respeito ao quantitativo de dependentes de substâncias psicoativas, percebe-se grande relação desses dados com o aumento das condições de vulnerabilidade social. Segundo a Organização Mundial da Saúde (2004), a dependência de substâncias psicoativas está associada diretamente ao consumo de tabaco e álcool, além de uma grande quantidade de drogas ilícitas.

Esta dependência, a priori, traz uma série de danos à saúde primeiro por se tratar de uma patologia, e segundo por ampliar a vulnerabilidade a diferentes tipos de outras doenças e agravos. Os efeitos nocivos desta dependência podem ser divididos em quatro categorias: a primeira corresponde aos efeitos crônicos a saúde através de cirrose do fígado, do câncer de pulmão entre outros; a segunda categoria corresponde aos efeitos biológicos agudos a curto prazo, como é o caso da overdose, causada pelo uso excessivo de drogas e os acidentes, como os automobilísticos, derivados dos efeitos das substâncias no organismo, além disso se destaca o suicídio e as agressões. A terceira e quarta categoria incluem consequências e prejuízos sociais como separações conjugais, detenções, perda de emprego e comprometimento das relações familiares (OMS, 2004).

No que tange especificamente ao uso de drogas ilícitas, os danos sociais estão atrelados a outros problemas como, por exemplo, o aumento dos índices de criminalidade, tráfico de

drogas e homicídios. Nesse sentido, a presença de drogas ilícitas no território, muitas vezes, é resultado de uma atividade territorializada que produz uma dinâmica específica no território. As equipes de saúde, nesse caso, precisam trabalhar e assumir uma territorialidade paralela tentando minimizar os seus riscos psicossociais resultantes da sua prática profissional no território. Daumas (2012) revela que esta questão, inclusive, se mostra como uma das principais dificuldades enfrentadas pelas equipes de saúde a partir de três vieses: a dificuldade pessoal, técnica e estrutural.

No caso dos territórios de saúde de Campina Grande-PB foi indicada uma diferença média entre o número destes dependentes variando de 0 a 10, 11 a 20 e 21 a 30 casos registrados nos anos de 2013, 2014 e 2015 (Quadro 03). Vale ressaltar que estes números correspondem a população que se autodeclara dependente psicoativo, visto que esta informação é resultado da ficha de visita domiciliar das equipes de saúde. Estas, por sua vez, reconhecem a dificuldade em preencher este requisito ora pela inconsciência do usuário de que é um dependente, ora pelos usuários da política que fazem uso de drogas ilícitas e não permitem o registro. Sendo assim, os números reais quanto a esta variável, tende a ser muito maior do que os que estão representados nos relatórios da Secretaria de Saúde do Município.

Quadro 03: Quantitativo de dependentes de substâncias psicoativas por território de saúde em Campina Grande - PB

Quantitativo de dependentes de substâncias psicoativas	DS	Territórios de saúde
0 – 10	I	ANTONIO MESQUITA DE ALMEIDA; FRANCISCO BRASILEIRO I; FRANCISCO BRASILEIRO II; JARDIM AMERICA II; MONTE CASTELO I; WESLEY C. TARGINO II.
	II	EDUARDO RAMOS; JOAO RIQUE II; NELY MAIA; RAIMUNDO CARNEIRO II;
	III	ARAXA; BONALD FILHO I; BONALD FILHO II; CONCEICAO; INACIO MAYER I; INACIO MAYER II; JARDIM CONTINENTAL; JOCEL FECHINE; MONTE SANTO II; PALMEIRA.
	IV	JOSE AURINO DE B. FILHO I; JOSE AURINO DE B. FILHO II; NOSSA SENHORA APARECIDA; PORTEIRA DE PEDRA; WILSON FURTADO I.
	V	BENJAMIM B DA SILVA I; NOVO HORIZONTE; RAIFF RAMALHO I; RAIFF RAMALHO II; RESSURREICAO; ROMUALDO B. FIGUEIREDO II; RONALDO CUNHA LIMA I; RONALDO CUNHA LIMA II; SERRA DA BORBOREMA; VELAME II; WILSON FURTADO I; VELAME I.
	VI	ANA AMELIA V. CANTALICE I; ANA AMELIA V. CANTALICE II; ADRIANA BEZERRA; ANTONIO AURELIO VENTURA; DINAMERICA; JARDIM VERDEJANTE; MALVINAS III /I; MALVINAS V / I; MALVINAS V / II; RICARDO AMORIM GUEDES II; UMBURANAS.

Quadro 03 (cont.): Quantitativo de dependentes de substâncias psicoativas por território de saúde em Campina Grande - PB

Quantitativo de dependentes de substâncias psicoativas	DS	Territórios de saúde
11 – 20	I	ANTONIO ARRUDA; PLINIO LEMOS II; TOTA AGRA.
	II	ADALBERTO CESAR I; BELA VISTA; JOAO RIQUE I.
	III	-
	IV	ESTACAO VELHA; TAMBOR I; TAMBOR II.
	V	ARGEMIRO DE FIGUEIREDO; BAIRRO DAS CIDADES II; NOVO CRUZEIRO; ROMUALDO B. FIGUEIREDO I.
	VI	HINDEBURGO NUNES II; JUREMAS I; JUREMAS II; MALVINAS IV.
21 – 30	I	CAMPOS SALES; JARDIM AMERICA I; JARDIM TAVARES; MONTE CASTELO II; PLINIO LEMOS I; WESLEY C. TARGINO I.
	II	ADALBERTO CESAR II; BODOCONGO; RAIMUNDO CARNEIRO I.
	III	JEREMIAS I; JEREMIAS II; MONTE SANTO I; ROSA MÍSTICA.
	IV	-
	V	ACACIO FIGUEIREDO; BAIRRO DAS CIDADES I; BENJAMIM B DA SILVA II; LIBERDADE III.
	VI	HINDEBURGO NUNES I; MALVINAS III/II; MUTIRÃO I; MUTIRÃO II; RAMADINHA I; RAMADINHA II; RAMADINHA III; RICARDO AMORIM GUEDES I.

Fonte: Secretaria de Saúde do município de Campina Grande, 2015. Elaborado por: Silva Filho, 2016.

Os territórios que se destacaram a partir da maior quantidade de auto declarantes dependentes de substâncias psicoativas foram: DS I – Campos Sales, Jardim América I, Monte Castelo II, Plínio Lemos I e Wesley C. Targino I; DS II – Adalberto César II, Bodocongo e Raimundo Carneiro I; DS III – Jeremias I, Jeremias II, Monte Santo I e Rosa Mística; DS V – Acácio Figueiredo, Bairro das Cidades I, Benjamim B. da Silva II e Liberdade III; DS VI – Hindeburgo Nunes I, Malvinas III/II, Mutirão I, Mutirão II, Ramadinha I, Ramadinha II e Ricardo Amorin Guedes I.

O perfil dos dependentes de substâncias psicoativas no estado da Paraíba é objeto de trabalho de Ribeiro *et al.* (2012), no qual foi apontada uma relação direta entre estes dependentes e a situação de vulnerabilidade social. De acordo com esta pesquisa este público apresenta uma idade média variante entre 14 e 62 anos, grande porcentagem de desempregados, pessoas com profissões indefinidas e de baixa escolaridade, de modo que a necessidade incontrolável de ingestão destas substâncias desperta no indivíduo sintomas que podem comprometer tanto a sua saúde física e mental, quanto promover danos a outras pessoas resultantes de agressões, furtos, roubos e etc.

Além disso, Zeitouné *et al.* (2012) acrescentam que devido a questões culturais, o álcool é a droga lícita mais consumida no mundo, e que a dependência química de drogas lícitas além

de resultar em um maior número de pessoas com problemas de saúde, é um grande fator de risco para a iniciação do consumo de outras drogas, sobretudo, pelos familiares. Esta mesma pesquisa apontou, por exemplo, que 71% dos dependentes psicoativos que compunha sua amostragem, afirmaram que durante a sua infância existia um dependente químico na sua família, em grande parte dos casos, o pai. A partir de então, além da possibilidade de também desenvolver a dependência química, foi concluído que filhos de dependentes possuem maior vulnerabilidade para desenvolver transtornos psiquiátricos, problemas físicoemocionais e problemas escolares. Desta forma, fica evidente a amplitude do prejuízo social decorrente da dependência de drogas lícita e/ou ilícita, condicionado um contexto de desigualdade, exclusão e injustiça social que afeta o desenvolvimento do território em diversas dimensões.

Como última variável para o processo de identificação das condições socioeconômicas e epidemiológicas que interferem negativamente no processo saúde/doença, como também para o estabelecimento dos territórios que apresentam as condições de maiores riscos para a saúde, analisou-se a situação quanto ao esgotamento sanitário destes territórios da Cidade.

A Secretaria Nacional de Saneamento Ambiental (2008) associa o esgotamento sanitário a todo o processo relacionado aos fundamentos de projeto, operação e manutenção das diversas partes que compõem o sistema de esgotos. Este mesmo documento, afirma que o esgotamento sanitário, assim como o abastecimento de água potável e outros serviços, fazem parte do saneamento básico que é indispensável para garantir as condições de saúde de qualquer comunidade.

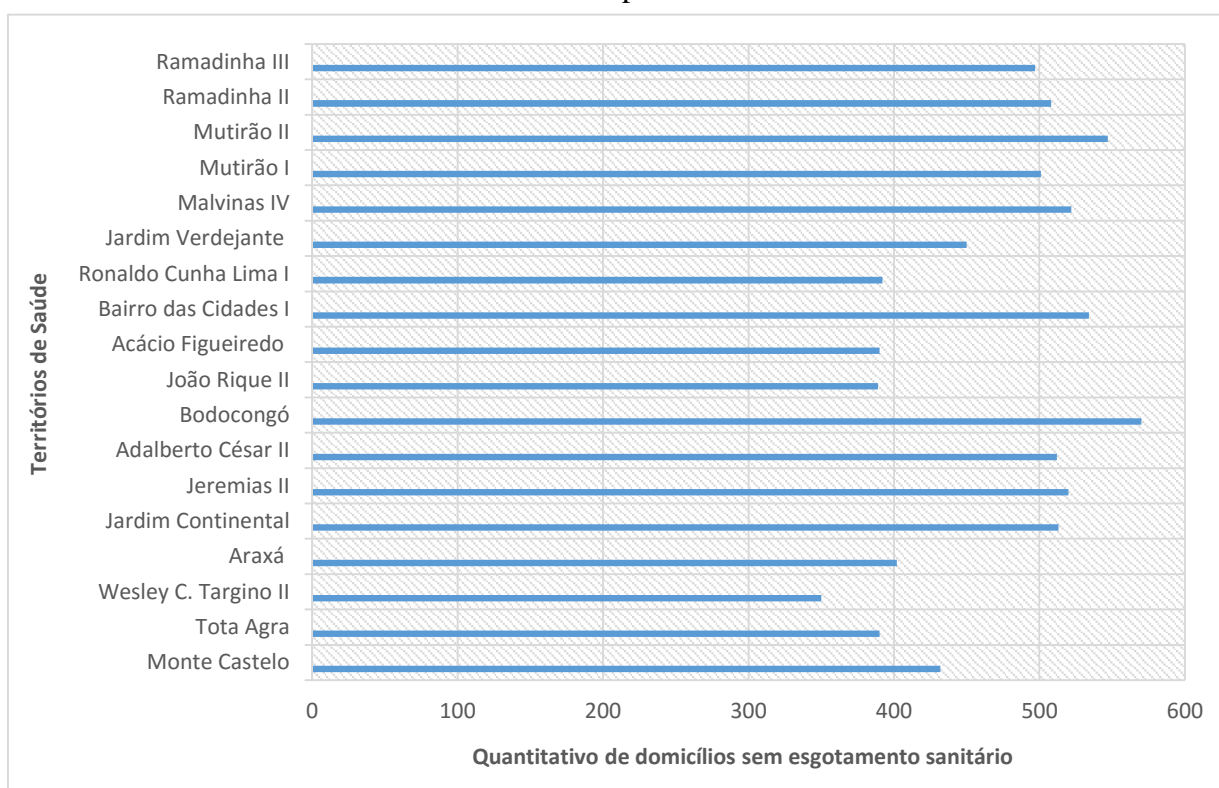
No que se refere ao esgotamento sanitário, é dividido entre o industrial e o doméstico. Este último, definido como o despejo líquido resultante do uso da água para higiene e necessidades fisiológicas humanas (MONTEIRO JÚNIOR e RENDEIRO NETO, 2011). Assim, o esgotamento sanitário busca garantir a saúde humana e ambiental, controlando o tratamento, transporte e os corpos receptores destes resíduos líquidos, sendo compatível com o do discurso da sustentabilidade.

As desigualdades regionais quanto a existência de domicílios sem rede de esgotamento sanitário ainda é uma realidade bastante difundida por estudos e Instituições de Pesquisa de modo geral (IBGE, 2010). Logo, as condições de desenvolvimento também estão associadas a estas desigualdades visto, por exemplo, a diferença de saneamento básico entre as grandes regiões brasileiras. Neste caso, a região Norte e Nordeste, historicamente, apresentam dados bem inferiores as outras regiões (FERES, 2006). Entretanto, esta questão não está associada

apenas as diferenças econômicas existentes entre estas regiões, mas sim as capacidades, dotações e liberdades individuais da sua população.

Desta forma, os territórios de saúde de Campina Grande-PB apresentaram grande variação do número de domicílios sem esgotamento sanitário. Assim, todos os territórios de saúde da Cidade possuem um número específico de domicílios sem apresentar este serviço de saneamento, porém os territórios que apresentaram a maior incidência deste problema social tiveram variação de 350 a 547 residências (Figura 04).

Figura 04: Gráfico do quantitativo de residências sem esgotamento sanitário por território de saúde em Campina Grande-PB



Fonte: Secretaria de Saúde do município de Campina Grande, 2015. Elaborado por: Silva Filho, 2016.

Percebe-se um destaque numérico de sete territórios de saúde no que diz respeito a quantidade de domicílios sem esgotamento sanitário: DS II - Adalberto César II e Bodocongó; DS III – Jardim Continental e Jeremias II; DS V - Bairro das Cidades I; DS VI - Malvinas IV, Mutirão II e Ramadinha II.

Os impactos na saúde destes territórios, a partir de uma visão sistêmica, podem ser relacionados ao fato de que os territórios que apresentam as melhores condições de saneamento básico também vão apresentar menor incidência de determinados tipos de doença e, portanto, ser territórios mais saudáveis, o que é um indicador de desenvolvimento. Logo, as condições de saneamento, assim como a situação de saúde, vão refletir o quadro da desigualdade e iniquidade social, caracterizada pelas diferenças injustas e evitáveis da sociedade.

De acordo com um manual de consultoria sobre esgotamento sanitário (2004), o número de doenças resultantes da ausência deste serviço público é muito abrangente, dentre as quais envolvem a hepatite tipo A, diarreias infecciosas, cólera, esquistossomose e ascaridíase. Os modos de transmissão também são muito abrangentes e resultantes basicamente do contato direto com os agentes patogênicos. No entanto, Monteiro Júnior e Rendeiro Neto (2011) afirmam que uma possibilidade de reduzir este problema de doença e os seus desdobramentos sociais ocorre por meio de sistemas de tratamento de esgotos sanitários simplificados e com baixo custo, sendo acessível à população de baixa renda. Dentre as possibilidades que este autor levanta está a Fossa Séptica, o Filtro Anaeróbico e o Sumidouro, porém a população precisa expressar uma consciência do risco decorrente da ausência de esgotamento sanitário e um esforço para minimizar as chances de contaminação, sendo necessário para tanto, um capital social.

4.1 Identificação dos territórios que apresentam os maiores riscos para a saúde em Campina Grande-PB

Reconhecidas a situação dos territórios quanto a existência de equipamentos de saúde, incidência de diferentes tipos de doenças, quantitativo de pessoas acamadas, de dependentes de substâncias psicoativas e a situação dos domicílios quanto ao esgotamento sanitário, foi necessário o estabelecimento de critérios para a escolha dos territórios que apresentam os maiores riscos para a saúde.

Foi observado, a priori, que a partir de cada variável investigada houve o destaque de diferentes territórios, a exemplo do Wesley Targino II que não possui nenhum equipamento de saúde, mas não apresentou alta incidência de nenhum tipo de doença avaliada nem, tampouco, um grande número de acamados. Dessa forma, este território não poderia ser indicado como o de maior risco para a saúde, apesar do fato de não possuir nenhum equipamento de saúde. Logo,

foi necessário a identificação dos territórios que se destacaram negativamente na totalidade das variáveis definidas para esta pesquisa.

Assim, nenhum dos territórios do DS I foram destacados em todas as variáveis como os de maiores riscos para a saúde. Já no DS II o Adalberto César II foi observado em todas as variáveis em alto nível de risco. No DS III, nesta mesma perspectiva, foi destacado o Jeremias II. O DS IV e V, também não apresentaram territórios com alto risco em todas as variáveis. Por fim, no DS VI, o Mutirão II foi o único território a obedecer a este critério.

Através deste processo, os territórios indicados como os de maiores riscos para a saúde na cidade de Campina Grande foram o Adalberto César II localizado no bairro do Pedregal (Figura 05), o Jeremias II que se localiza no bairro de mesmo nome (Figura 06) e o Mutirão II pertencente ao bairro do Serrotão (Figura 07), todos localizados em diferentes DS.

Estes territórios, ao mesmo tempo, podem ser indicados como não desenvolvidos por não oferecerem condições suficientes para que a população obtenha capacidades e liberdades individuais, principalmente, por um modo de viver que lhe pareça melhor. Logo, como aponta Sen (2010), existem algumas oportunidades sociais que comprometem todo o desenvolvimento de uma dada população, como é o caso da saúde, sendo está, através da sua amplitude, um dos mais importantes dispositivos para o desenvolvimento. Portanto, analisar as condições de saúde destes territórios também significa avaliar a suas dimensões socioeconômica, política e cultural de modo que a saúde não está sendo avaliada em si mesma, mas sim, o papel que ela desempenha ao proporcionar as pessoas a possibilidade de levarem uma vida justa.

Figura 05: Mapa do Território de Saúde Adalberto César II

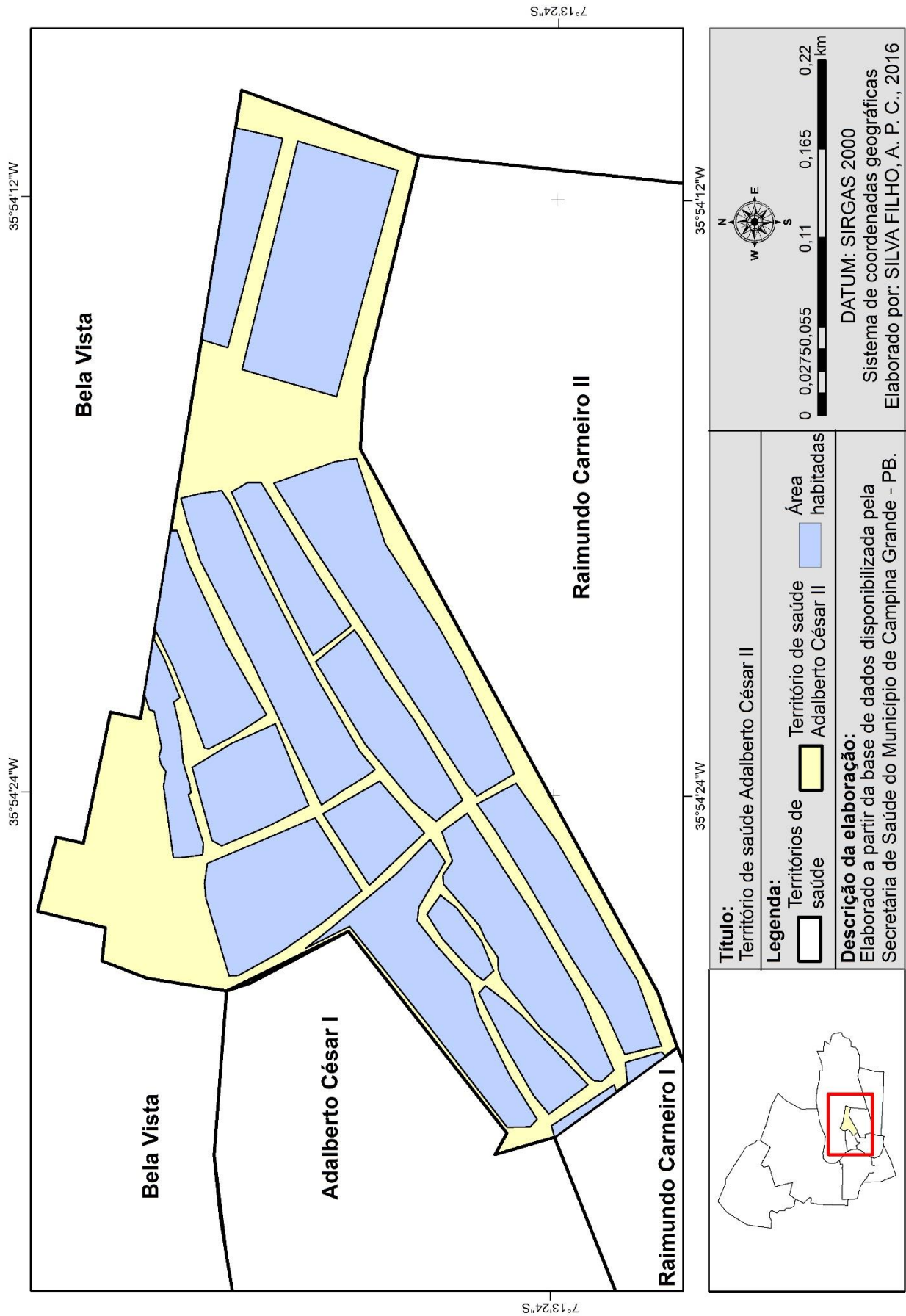


Figura 06: Mapa do território de saúde Jeremias II

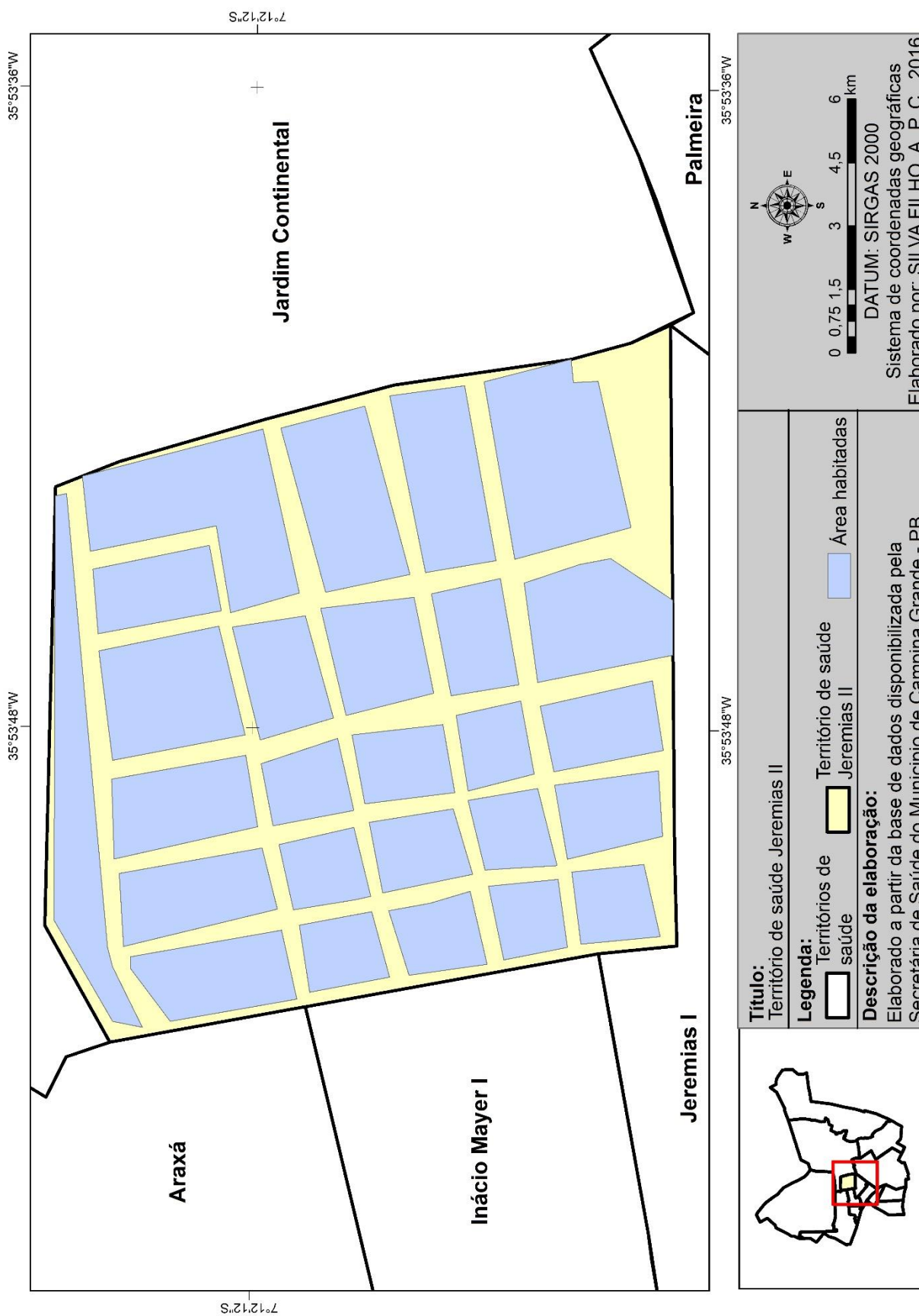
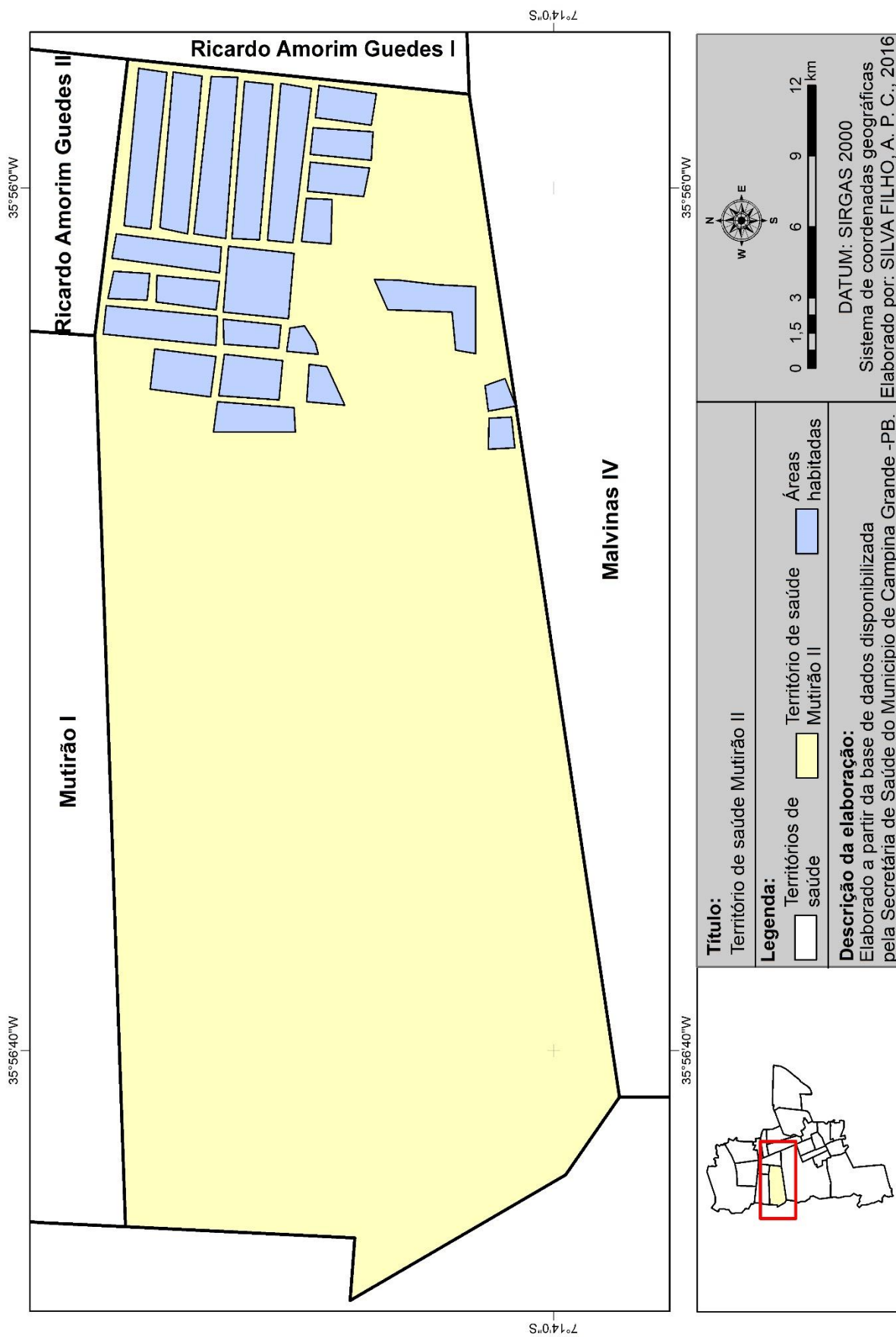


Figura 07: Mapa do território de saúde Mutirão II



Tendo em vista todas as variáveis e critérios utilizados para a identificação destes territórios, indica-los como os que apresentam os maiores riscos para a saúde, juntamente com as condições socioeconômicas e epidemiológicas que interferem negativamente no processo saúde/doença, consistem na primeira etapa dos resultados desta pesquisa.

No entanto, estes resultados, sozinhos, já correspondem a um importante instrumento de gestão na área da saúde, visto a localização de problemas específicos que requerem ações dirigidas e adequadas a realidade do território. A partir disto, será possível lançar estratégias efetivas no território em uma perspectiva preventiva de doenças e agravos, bem como a partir do desenvolvimento de práticas de promoção a saúde.

Neste viés, a saúde está sendo considerada tanto em sua dimensão individual e biológica, quanto coletiva e social. Este fato implica no reconhecimento da saúde pela presença de capacidades, habilidades e funcionalidades. Porém, quando não são constatadas as condições sociais para o desenvolvimento das capacidades gerais dos indivíduos em superar as desigualdades e iniquidades do meio, não há saúde nem desenvolvimento.

Assim, fica evidente a necessária integração entre os diferentes setores e instituições da organização social na busca pela obtenção de uma boa saúde, visto que os determinantes sociais em saúde, de modo geral, não serão beneficiados a medida que o desenvolvimento não seja concretizado no território. Identificar estes territórios de saúde de maneira sistemática, possibilita um diagnóstico geral das desigualdades e iniquidades perpetradas na Cidade, favorecendo a intervenção e melhoria das condições atuais através, por exemplo, da própria hierarquização das áreas de risco a das suas realidades socioeconômica e epidemiológica descritas.

As características especificamente relacionadas a dimensão cultural da saúde nestes territórios é um aspecto substancial nas discussões sobre desigualdade e iniquidade a medida que a saúde envolve o capital social através das representações, saberes e práticas de saúde que atuam sobre os indivíduos. Ademais, a forma com que se percebe a saúde é um elemento indispensável nesse tipo de análise, visto a possibilidade de ponderar o nível de participação social e a forma com que o indivíduo reconhece e descreve a sua própria condição de saúde.

Logo, além das dimensões já estudadas, para a avaliação das desigualdades e iniquidades em saúde, é necessário se ater a extensão cognitiva e estrutural dos indivíduos, de modo que a questão comportamental e de conhecimentos, também afeta indiscriminadamente a saúde.

Desta forma, considerando a tese de que quanto menor o nível de conhecimentos cognitivos e estruturais, ou de capital social, mais escassas as condições de saúde, foi necessário avaliar a percepção da população dos territórios identificados acerca dos principais inibidores e propulsores da saúde. Sendo este processo muito importante para a análise dos elementos do desenvolvimento que determinam as desigualdades e iniquidades sociais em saúde na cidade de Campina Grande-PB.

4.2 Os fatores inibidores e propulsores da saúde na percepção popular do Adalberto César II, Jeremias II e Mutirão II

Considerando as capacidades cognitivas da população como mais uma variável da análise dos territórios que apresentam as condições de maiores riscos para a saúde, percebeu-se a necessidade de avaliar os seus conhecimentos acerca do que inibe e do que promove a saúde especificamente nos territórios identificados. Assim, buscou-se relacionar a situação de desigualdade e iniquidade destes territórios com o nível de capital social em saúde identificáveis no discurso da população.

Inicialmente, através da aplicação de questionários nos perímetros territoriais do Adalberto César II, Jeremias II e Mutirão II, conforme descrito na metodologia, chegou-se a compreensão de como estas populações percebem os fatores inibidores e propulsores da saúde individual e coletiva. É importante ressaltar que, no total, foram aplicados 188 questionários: Adalberto César II – 67, Jeremias II – 59 e Mutirão II – 62¹.

Estes resultados foram constituídos especificamente a partir de uma análise de conteúdo que organizou cada elemento destacado como inibidor e propulsor da saúde em diferentes níveis de representatividade. O alto nível, correspondeu ao destaque do respectivo elemento percebido como inibidor da saúde por, pelo menos, 50% da população consultada, o médio nível consistiu em uma representatividade de 30% a 49% e no baixo nível, houve o destaque de até 29% da população pelo respectivo elemento percebido como inibidor da saúde.

Outros itens desta análise de conteúdo dizem respeito a categorização dos inibidores da saúde destacados pela população e a dimensão destes destaques. No caso da categorização,

¹ A diferença quanto a aplicação dos questionários nos diferentes territórios de saúde foi resultante dos critérios estabelecidos e descritos na metodologia, dentre os quais se destacam a amostragem por julgamento e aleatória, na qual foi definido a aplicação de questionários em 20% dos domicílios da totalidade de quadras selecionadas em cada território.

corresponde ao processo de classificação dos elementos destacados, agrupando-os a partir de suas correspondentes categorias, evitando repetições com mesmo sentido e significado a medida que abarca um número variado de elementos dentre de um mesmo enunciado (Franco, 2005). Já a dimensão dos destaques, buscou apenas situar se a categoria foi destacada como um inibidor de saúde na dimensão individual ou coletiva.

Quanto a categorização da percepção popular acerca especificamente dos inibidores da saúde, de modo geral, nas dimensões coletiva e individual, foram destacados os seguintes aspectos: ausência de equipamentos de saúde, alta incidência de doenças, pobreza, violência, ausência de políticas públicas de saúde, falta de saneamento básico, condições de alimentação, dependência de substâncias psicoativas, problemas financeiros, condições de moradia, doença diagnosticada e problemas na relação familiar.

Quadro 04: Fatores inibidores da saúde na percepção da população do Adalberto César II, Jeremias II e Mutirão II

Territórios de saúde	Categorização dos inibidores da saúde	Dimensão de destaque	Níveis de representatividade
Adalberto César II	Ausência de equipamentos de saúde	Coletiva	
	Alta incidência de doenças		
	Pobreza		
	Violência		
	Ausência de políticas públicas de saúde		
Adalberto César II	Condições de alimentação	Individual	
	Dependência de substâncias psicoativas		
	Problemas financeiros		
Jeremias II	Ausência de equipamentos de saúde	Coletiva	
	Alta incidência de doenças		
	Pobreza		
	Falta de saneamento básico		
	Ausência de políticas públicas de saúde		
	Condições de moradia	Individual	
	Problemas financeiros		
Doença diagnosticada			

Quadro 04 (Cont.): Análise de conteúdo acerca dos fatores inibidores da saúde na percepção da população do Adalberto César II, Jeremias II e Mutirão II

Mutirão II	Ausência de equipamentos de saúde	Coletiva	
	Pobreza		
	Alta incidência de doenças		
	Violência		
	Ausência de políticas públicas de saúde	Individual	
	Condições de moradia		
	Problemas na relação familiar		
	Doença diagnosticada		
	Problemas financeiros		

Fonte: questionários aplicados com a população. Elaborado por: SILVA FILHO, 2016.

Legenda:

Níveis de representatividade	
	Baixo
	Médio
	Alto

Em todos os territórios, percebe-se que a população destacou inibidores da saúde coletiva em maior número do que a saúde individual. Sobre os aspectos trazidos pela população na dimensão coletiva a ausência de equipamentos de saúde e de políticas públicas de saúde foram destacadas em alto nível nos três territórios. A pobreza e a alta incidência de doenças também foram aspectos indicados em alto nível de destaque na dimensão coletiva. No caso da pobreza, houve a indicação neste nível no Adalberto César II e no Mutirão II, já a alta incidência de doenças, apenas no Jeremias II.

No que tange aos aspectos destacados em nível médio, ainda na dimensão coletiva, evidenciou-se a alta incidência de doenças no Adalberto César II e Mutirão II e a falta de saneamento básico no Jeremias II. O nível baixo de destaque foi referente a violência no Adalberto César II e Mutirão II e a Pobreza no Jeremias II.

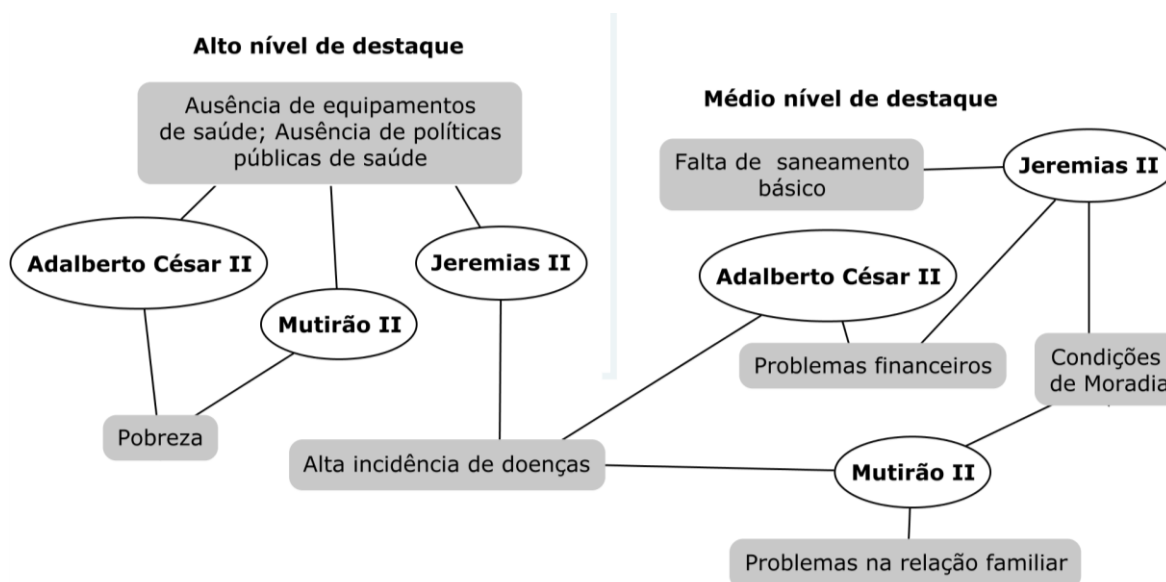
Quanto aos inibidores relativos a dimensão individual, não houve nenhuma categorização destacada em alto nível. Os problemas financeiros, as condições de moradia e problemas na relação familiar foram os elementos ressaltados em nível médio de destaque. No que se refere aos problemas financeiros, foi representativo no Adalberto César II e Jeremias II, as condições de Moradia no Jeremias II e Mutirão II e, por conseguinte, os problemas na relação familiar apenas no Mutirão II. Por fim, em baixo nível de destaque na dimensão individual foram ressaltadas as condições de alimentação e a dependência de substâncias psicoativas no

Adalberto César II, doenças diagnosticadas no Jeremias II e Mutirão II. Já os problemas financeiros apareceu mais uma vez, agora em nível baixo de destaque no Mutirão II.

A partir desta análise de conteúdo, é possível compreender de modo geral, como a população destes territórios associam a saúde a partir dos seus inibidores. O nível de concordância entre os elementos destacados nos territórios foi muito alta, no nível coletivo e individual os únicos itens que foram destacados em apenas um território foram: a dependência de substâncias psicoativas, Adalberto César II, a falta de saneamento básico, Jeremias II e os problemas na relação familiar, Mutirão II.

Como é possível observar, houve também grande variação no nível de representação dos inibidores pela população, porém a ausência de equipamentos de saúde e de políticas públicas de saúde no território, ao mesmo tempo que foram representados em todos os territórios, obtiveram destaque em alto nível de representação. Além disso, um outro aspecto relevante é que os problemas financeiro, a incidência de doenças e as condições de moradia foram destacados em nível médio em mais de um território simultaneamente (Figura 08).

Figura 08: Modelo explicativo dos níveis de destaque dos inibidores da saúde



Fonte: questionários aplicados com a população. Elaborado por: SILVA FILHO, 2016.

Através destes resultados, é possível observar que a população associa, em sua maioria, a saúde as ações políticas de prevenção e tratamento de doenças, como é o caso da ausência de

equipamentos de saúde e de polícias públicas de saúde no sentido de evitar a disseminação de doenças. Nesse mesmo viés, frisa-se a alta incidência de doenças indicada como um inibidor da saúde em alto e médio nível na dimensão coletiva.

A pobreza e a falta de saneamento básico foram elementos relativos as condições socioeconômicas da população que também os indicou como inibidores da saúde na dimensão coletiva em alto, médio e baixo nível. Já na dimensão individual, os problemas financeiros e as condições de moradia foram ressaltados nesta mesma perspectiva. Por conseguinte, os problemas na relação familiar apareceu em médio nível de destaque, associando aspectos comportamentais como inibidor da saúde.

Desta forma, considerando o médio e alto nível de destaque acerca dos inibidores da saúde, constata-se que a população percebe a saúde a partir da sua relação com a ausência de doenças, através de uma dimensão política, com as condições socioeconômicas e com os aspectos comportamentais. Quando se avalia os níveis baixos de destaque, percebe-se a continuidade destas relações visto que a associação da saúde com a ausência de doenças é representada no discurso da população pelas doenças diagnosticadas, a situação socioeconômica aparece através das condições de alimentação e, por fim, os aspectos comportamentais por meio da dependência de substâncias psicoativas e da violência.

No que se refere a categorização dos aspectos que promovem a saúde no território, a partir da mesma organização dos inibidores, foram destacados os seguintes aspectos: o trabalho dos agentes de combate a endemias, as equipes de saúde atuantes no território, o emprego, a manutenção da higiene domiciliar, os programas assistenciais do governo, a prática de atividade física, as instituições escolares e o atendimentos nos hospitais mais próximos.

Quadro 05: Fatores propulsores da saúde na percepção da população do Adalberto César II, Jeremias II e Mutirão II

Territórios de saúde	Categorização dos propulsores da saúde	Dimensão de destaque	Níveis de representatividade
Adalberto César II	O trabalho dos agentes de combate a endemias	Coletiva	
	As equipes de saúde atuantes no território		
	Emprego	Individual	
	Manutenção da higiene domiciliar		

Quadro 05 (cont.): Fatores propulsores da saúde na percepção da população do Adalberto César II, Jeremias II e Mutirão II

Jeremias II	Os programas assistenciais do governo	Coletiva	
	As instituições escolares		
	As equipes de saúde atuantes no território		
	Manutenção da higiene domiciliar	Individual	
	Prática de atividade física		
Mutirão II	O trabalho dos agente de combate a endemias	Coletiva	
	Os programas assistenciais do governo		
	Atendimento nos hospitais mais próximos		

Fonte: questionários aplicados com a população. Elaborado por: SILVA FILHO, 2016.

Legenda:

Níveis de representatividade	
	Baixo
	Médio
	Alto

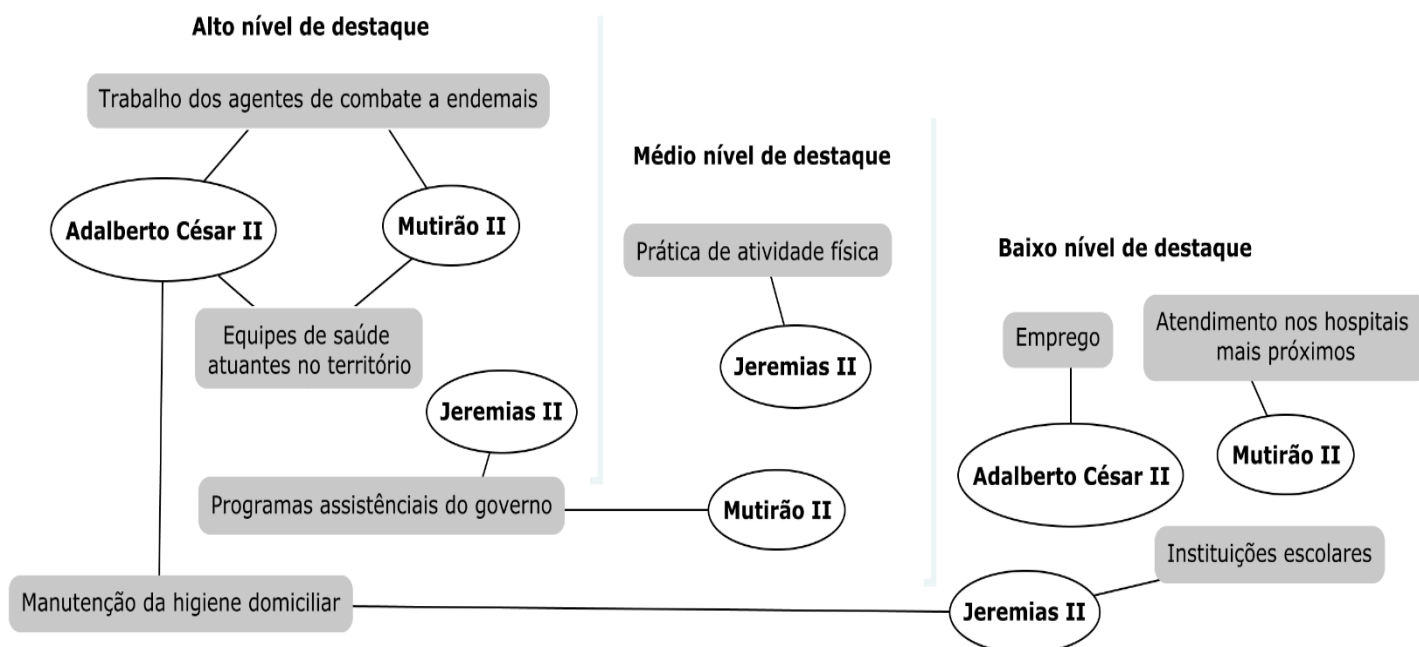
Assim como os inibidores da saúde, os propulsores estão relacionados mais a aspectos voltados a dimensão coletiva que a individual, de modo que o Mutirão II indicou elementos apenas relacionados a dimensão coletiva. Acerca dos aspectos referenciados pela população na dimensão coletiva, o trabalho dos agentes de combate a endemias, as equipes de saúde atuantes no território e os programas assistenciais do governo tiveram destaque em alto nível. Nesta mesma dimensão, apenas o Mutirão II apresentou um destaque em médio nível referente ainda aos programas assistenciais do governo. No baixo nível de destaque, encontram-se as instituições escolares, Jeremias II, e o atendimento nos hospitais mais próximos, Mutirão II.

No que tange a dimensão individual, a manutenção da higiene domiciliar, Adalberto César II, foi o único elemento em alto nível de destaque. Já em médio nível, encontra-se apenas a prática de atividade física, Jeremias II. O emprego, Adalberto César II, e novamente a manutenção da higiene domiciliar, Jeremias II, foram os aspectos relativos ao baixo nível de destaque da população dos correspondentes territórios.

É possível perceber que em relação aos inibidores destacados pela mesma população de pesquisa, os propulsores não tiveram o mesmo nível de representatividade, nem tampouco de concordância entre os territórios. De modo geral, o trabalho dos agentes de combate a endemias e as equipes de saúde atuantes no território foram mais evidenciadas por serem citadas em alto nível em dois territórios de maneira simultânea. Outra fator importante, refere-se aos programas

assistenciais do governo e a manutenção da higiene domiciliar que também foram ressaltadas em dois territórios em alto, médio e baixo nível de destaque respectivamente (Figura 09).

Figura 09: Modelo explicativo dos níveis de destaque dos propulsores da saúde



Fonte: questionários aplicados com a população. Elaborado por: SILVA FILHO, 2016.

Na discussão envolvendo os fatores que promovem a saúde da população foi destacado, sobretudo, aspectos que envolve a prevenção e tratamento de doenças e agravos, como é o caso do trabalho dos agentes de combate a endemias e das equipes de saúde atuantes nos territórios, destacadas na dimensão coletiva e em alto nível. A manutenção da higiene domiciliar também foi um elemento de prevenção destacado em alto nível, porém na dimensão individual. O único elemento presente em alto nível que se relaciona, de fato, com a ideia de promoção a saúde são os programas assistenciais do governo, dos quais a população reconhece desdobramentos positivos nas condições de saúde da coletividade. Este elemento também foi destacado em médio nível.

Em médio nível de destaque, encontra-se outro fato de prevenção à doença e agravos que foi entendido na dimensão individual, a prática da atividade física. No baixo nível de destaque, por sua vez, o atendimento nos hospitais mais próximos é classificado como um aparato preventivo e de tratamento coletivo. Porém, foram ressaltados dois outros aspectos

neste nível que estão inteiramente associados a promoção da saúde, o emprego e as instituições escolares destacados nas perspectivas individual e coletiva, respectivamente.

Partindo desse processo geral de categorização envolvendo o que inibe e o que promove a saúde, constatou-se que a população destes territórios ressaltaram dimensões políticas, socioeconômicas e comportamentais como inibidores da saúde. Quanto aos propulsores, a população discorreu sobre aspectos de prevenção e promoção a saúde, indicado de modo geral a existência de um bom capital social acerca da saúde nas correspondentes localidades. No entanto, os fatores que se destacaram de fato nesta análise foram os elementos políticos e socioeconômicos, no caso dos inibidores, e os aspectos relacionados a prevenção da doença, no caso dos propulsores da saúde.

Este cenário é decorrente da avaliação dos níveis em que cada item foi destacado pela percepção popular. Apesar dos elementos comportamentais se apresentarem no discurso geral, eles foram recorrentes em baixo nível de destaque, ou seja, pela minoria do universo de pesquisa, assim como os componentes associados a promoção da saúde. Nessa perspectiva, evidencia-se um problema quanto a percepção popular acerca da saúde, visto que a maioria dos indivíduos faz uma associação da saúde com a dimensão política e socioeconômica, que além de não considerar as dimensões comportamentais, associam a saúde, principalmente, a ausência de doenças. Esta discussão decorre do fato de que não foram destacados como inibidores questões sociais diretamente ligadas a saúde como transporte público, lazer e educação.

No discurso referente aos propulsores da saúde, apesar dos destaques em baixo nível de aspectos de promoção a saúde, fica evidente a falta de conhecimento da maioria dos pesquisados sobre o que promove a saúde. Questões como o trabalho dos agentes de combate a endemias, as equipes de saúde atuantes no território e a manutenção da higiene domiciliar foram descritas como aspectos que promovem a saúde, quando na verdade, previnem determinadas doenças e agravos.

Assim, reconhecendo a deficiência na compreensão do que é saúde a partir dos inibidores e propulsores, ressalta-se uma falta de coesão social que amplia ainda mais os efeitos da exclusão vivenciada por estas populações, sendo este mais um aspecto que caracteriza os territórios que apresentam as condições de maiores riscos para a saúde. Nessa ótica, é válido ressaltar o pensamento de Souza e Grundy (2004), no qual se enfatizam uma cautela na utilização do conceito de capital social. A preocupação deriva da possibilidade de acabar responsabilizando a sociedade por não ter uma vida saudável devido a sua incapacidade de

coesão. Sabe-se que o capital social representa mais um elemento resultante de todo o contexto social vivenciado pelos indivíduos, e não é o elemento chave que determina as desigualdades e iniquidade.

Nesses termos, com o objetivo de ampliar o entendimento do capital social acerca da saúde nos territórios estudados, foi realizada uma análise de discurso a partir da realização de entrevistas semiestruturadas, conforme descrito na metodologia. Assim, o roteiro da entrevista foi elaborado considerando os aspectos políticos, socioeconômicos e comportamentais dos inibidores da saúde, bem como os elementos de prevenção e promoção da saúde.

4.3 A saúde no discurso da população do Adalberto César II, Jeremias II e Mutirão II

Parte-se da caracterização da análise de discurso como um procedimento capaz de revelar concepções e conhecimentos específicos dos discursos gerados pelos sujeitos em seus contextos sociais (GREGOLIM, 2006). Desta forma, partindo da necessidade de trabalhar o entendimento da população acerca da saúde, estruturou-se, inicialmente, cinco questionamentos base para o desenvolvimento do procedimento nos materiais resultantes da realização das entrevistas nos territórios de saúde estudados: a) Como você descreve a influência dos aspectos políticos do território na saúde? b) Como você descreve a influência dos aspectos socioeconômicos do território na saúde? c) Como você descreve a influência dos aspectos comportamentais da população do território? d) Qual a situação dos fatores de prevenção à doença no território? e) Qual a situação dos fatores de promoção a saúde no território?

Vale ressaltar que estas questões não são correspondentes ao roteiro da entrevista, mas serviram para identificar itens nos discursos que se relacionam com o tema destes questionamentos, mesmo não fazendo parte diretamente da entrevista. Este processo está baseado nas ideias de Lefevre e Lefevre (2003).

Assim, em um primeiro momento, buscou-se transcrever todas as informações em uma matriz preliminar relacionando os discursos com as questões estabelecidas. Na sequência, iniciou-se a definição das Ideias Centrais (IC) que, em síntese, tem como finalidade agrupar os vários discursos com o mesmo significado e associados aos seus correspondentes questionamentos. Por fim, houve a identificação da Ancoragem do discurso que assume um sentido ainda mais amplo, podendo englobar uma ou mais ideias centrais que apresentarem direta relação entre si.

Com o desenvolvimento deste amplo procedimento, foi possível a elaboração de uma matriz final que evidencia o discurso individual do sujeito sobre cada questionamento correspondente, as ideias centrais resultantes da análise inicial do discurso e, finalmente, a ancoragem que corresponde a avaliação final dos discursos da população (Quadro 06). Além disso, houve a preocupação em eliminar particularismos e repetições das ideias das entrevistas, introduzindo conectivos que não alterassem o sentido do que foi falado. Nessa perspectiva, obedeceu-se a “uma esquematização clássica: começo, meio e fim ou do mais geral para o menos geral e mais particular” (LEFEVRE e LEFEVRE, 2003, p. 55).

Quadro 06: Análise do discurso da população do Adalberto César II, Jeremias II e Mutirão II

Como você descreve a influência dos aspectos políticos do território na saúde?			
Território	Discurso	Ideias Centrais	Ancoragem
Adalberto César II	<i>Os políticos não fazem nada pra melhorar a situação deste território.</i>	a) Falta de apoio político	1) Ausência de iniciativas do governo
	<i>Não existe posto de saúde aqui, quando é preciso ir ao médico temos que andar muito até o PSF e as vezes não somos nem atendidos.</i>	b) Ausência de equipamentos de saúde;	2) Ausência de políticas públicas de saúde
	<i>É muita gente sem atendimento médico nesta área e o pior é que são pessoas que precisam muito.</i>	c) Falta de atendimento;	
Jeremias II	<i>O que a gente mais queria é que um político olhasse para nossa situação e fizesse alguma coisa.</i>	a) Falta de apoio político	1) Ausência de iniciativas do governo
	<i>A nossa saúde está abandonada completamente pelos políticos do Município.</i>		
	<i>Ninguém tem interesse pelos nossos problemas, não olham pra gente.</i>		
Mutirão II	<i>Não há interesse em melhorar as nossas condições de saúde, falta tudo, médico, posto e atendimento.</i>	b) Ausência de equipamentos de saúde; c) Falta de atendimento;	2) Ausência de políticas públicas de saúde

Quadro 06 (cont.): Análise do discurso da população do Adalberto César II

Jeremias II e Mutirão II

Como você descreve a influência dos aspectos socioeconômicos do território na saúde?			
Território	Discurso	Ideias Centrais	Ancoragem
Adalberto César II	<i>As pessoas têm péssimas condições de renda, não tem dinheiro pra cuidar da saúde.</i>	a) Baixa renda	1) Pobreza
	<i>Este território não apresenta boas condições de saneamento básico, o que compromete a saúde.</i>	b) Ausência de saneamento básico	2) Ausência de saneamento básico
	<i>Tem muitos esgotos, ruas sem infraestrutura e lixo. Várias doenças são geradas por isso.</i>	c) Incidência de doenças	3) Incidência de doenças
Jeremias II	<i>Não existe verba nenhuma para as necessidades do povo pobre. Estamos desamparados.</i>	d) Falta de verba	4) Ausência de investimento do governo
	<i>Aqui, a maioria das casas, não tem esgotamento sanitário, as ruas não são calçadas. Tem esgoto a céu aberto.</i>	b) Ausência de saneamento básico	2) Ausência de saneamento básico
Mutirão II	<i>As casas são muito precárias aqui, as pessoas não tem condições de moradia necessárias.</i>	a) Baixa renda	1) Pobreza
	<i>A pobreza aqui é muito grande e atinge a saúde diretamente.</i>	e) Pobreza	
Como você descreve a influência dos aspectos comportamentais da população do território na saúde?			
Adalberto César II	<i>A violência mata muita gente aqui, e quando fica vivo, possui sequelas.</i>	a) Violência	1) Violência
	<i>A dependência de drogas é muito prejudicial pra saúde das pessoas daqui. Conheço casos de pessoas que definham, ficam desnutridas.</i>	b) Dependência de drogas	2) Dependência de substâncias psicoativas
	<i>É muita briga aqui, entre casais, entre vizinhos, em mesa de bar. Muitas pessoas chegam até a morrer. Semana passada houve aqui um esfaqueamento cometido por um marido.</i>	c) Violência d) Violência contra mulher	1) Violência

Quadro 06 (cont.): Análise do discurso da população do Adalberto César II

Jeremias II e Mutirão II

Como você descreve a influência dos aspectos comportamentais da população do território na saúde?			
Território	Discurso	Ideias Centrais	Ancoragem
Jeremias II	<i>O alcoolismo e outras drogas causam grande mal à saúde a saúde desta população. Muitos jovens acabam com suas vidas.</i>	e) Dependência de drogas	2) Dependência de substâncias psicoativas
	<i>As pessoas são muito desunidas. Ninguém ajuda ninguém aqui, parece que as pessoas são indiferentes aos problemas das outras.</i>	f) Desunião entre a comunidade	3) Ausência de solidariedade entre a população
Mutirão II	<i>Existem muitas brigas entre as pessoas, sobretudo, famílias. Várias mulheres tem sua saúde afetada pelos seus maridos.</i>	d) Violência contra mulher	1) Violência
	<i>Os usuários de drogas é o grupo de maior risco aqui. Eles também têm várias outras doenças e ameaçam a população.</i>	e) Dependência de drogas	2) Dependência de substâncias psicoativas
Qual a situação dos fatores de prevenção à doença no território?			
Adalberto César II	<i>O atendimento médico é muito importante para prevenir e tratar as doenças, mas não temos.</i>	a) Ausência de atendimentos de saúde	1) Ausência de políticas públicas de saúde
Jeremias II	<i>A falta de equipes de saúde e de medicamentos não ajuda as pessoas se manterem saudáveis ou se tratarem das suas doenças.</i>		
Mutirão II	<i>Existem muitos terrenos baldios sem cuidados aqui. Isto compromete muito a saúde, porque junta muitos tipos de animais e insetos.</i>	b) Ausência de infraestrutura urbana	2) Ausência de infraestrutura urbana
Qual a situação dos fatores de promoção a saúde no território?			
Adalberto César II	<i>O território está em uma situação péssima, não tem escola, não tem segurança, a população é pobre e falta emprego.</i>	a) Ausência de equipamento social	1) Ausência de estrutura social
Jeremias II	<i>Aqui a gente não tem nenhum espaço de lazer. O ambiente é perigoso.</i>		
Mutirão II	<i>Nem ônibus a gente tem fácil, pra chegar e sair daqui só temos um linha de ônibus que demora muito.</i>		

Fonte: entrevistas realizadas com a população. Elaborado por: SILVA FILHO, 2016.

A partir desta análise já é possível realizar uma avaliação mais ampliada acerca dos conhecimentos da população sobre a saúde em suas dimensões políticas, socioeconômicas e comportamentais. Além disso, pode-se perceber a forma com que a prevenção à doença e a promoção a saúde se apresentam em meio as realidades dos territórios estudados, podendo assim, inferir sobre o nível de capital social existente.

Inicialmente, sobre o primeiro questionamento elaborado: Como você descreve a influência dos aspectos políticos do território na saúde? Foram gerados vários discursos relacionados a falta de apoio político, a ausência de equipamentos de saúde e a falta de atendimento. Nessa perspectiva, pode-se afirmar que a população indica a relação entre a dimensão política e a saúde através da ausência de iniciativas do governo e de políticas públicas de saúde. No Adalberto César II houve representatividade destes dois elementos de ancoragem, enquanto o Jeremias II enfatizou apenas aspectos relativos a ausência de iniciativas do governo e o Mutirão II a ausência de políticas públicas de saúde.

O segundo questionamento: Como você descreve a influência dos aspectos socioeconômicos do território na saúde? Gerou discursos que destacaram a baixa renda, a ausência de saneamento básico, a incidência de doenças e a falta de verba. Logo, em termos de ancoragem, apresentam-se a pobreza, a ausência de saneamento básico, a incidência de doenças e a ausência de investimentos do governo. Quanto a esta questão, fica evidente que a relação entre os aspectos socioeconômicos e a saúde dos territórios só foram expressos numa perspectiva negativa. No Adalberto César II estão presentes todos os elementos destacados na ancoragem, com exceção da ausência de investimentos do governo que, por sua vez foi destacado no Jeremias II juntamente com a ausência de saneamento básico. No Mutirão II apenas a pobreza obteve destaque em nível de ancoragem.

No que tange ao terceiro questionamento: Como você descreve a influência dos aspectos comportamentais da população do território na saúde? Os entrevistados geraram grande quantidade de discursos que associam este aspecto a violência, dependência de drogas, violência contra mulher e desunião entre a comunidade. Assim, chegou-se a três elementos gerais de ancoragem, a violência, a dependência de substâncias psicoativas e a ausência de solidariedade entre a população. A partir de então, percebe-se que os entrevistados demonstraram um conhecimento de que o aspecto mais individual e particular dos indivíduos também podem condicionar determinadas situações de saúde. Neste caso, só foram apontados aspectos negativos nos territórios, principalmente, a dependência de substâncias psicoativas, que esteve presente em todos os territórios estudados na totalidade das entrevistas. O Adalberto

César II, além da dependência de substâncias psicoativas, também destacou a violência, o Jeremias II apenas a ausência de solidariedade entre a população. Já o Mutirão II enfatizou mais uma vez, a violência.

No que se refere ao quarto questionamento: Qual a situação dos fatores de prevenção à doença no território, foram gerados discursos relativos apenas a duas ancoragens, a ausência de políticas públicas de saúde e de infraestrutura urbana. Os entrevistados só reconheceram aspectos negativos quanto aos fatores de prevenção atuantes no território. O Adalberto César II e o Jeremias II focalizaram na ausência de políticas públicas de saúde, enquanto o Mutirão II na ausência de infraestrutura urbana.

Por fim, o último questionamento: Qual a situação dos fatores de promoção a saúde no território? gerou discursos em todos os territórios referentes apenas a uma ancoragem geral que, por sua vez, foi a ausência de estrutura social através da inexistência de equipamentos nas mais diversas áreas como, por exemplo, educação, segurança e lazer. Este aspecto denota um mínimo reconhecimento por parte de uma minoria dos entrevistados de que a saúde não está associada apenas a ausência de doenças, mas sim, a todo um contexto que envolve os diversos segmentos da organização social.

Constata-se que todos as ideias centrais e ancoragens geradas ao longo da análise de discurso enfatizam aspectos negativos de influência dos aspectos políticos, socioeconômicos e comportamentais a saúde do território, o que, em tese, corrobora com a veracidade da identificação destes territórios como os que apresentam os maiores riscos para a saúde através do seu contexto de desigualdade e iniquidade. Ademais, tendo como intuito verificar o nível de capital social a partir da percepção da população acerca dos inibidores e propulsores da saúde, percebe-se uma variação entre os questionamentos e os territórios de saúde que merecem alguns destaques.

O discurso da população, de modo geral, demonstrou um conhecimento insuficiente acerca do que é e de como é promovida a saúde e prevenida a doença. Essa insuficiência ou incapacidade de conhecimentos acerca da saúde é evidenciada, por exemplo, quando questões como a necessidade de participação e mobilização popular, conscientização política, organização de liderança comunitária, entre outros elementos, não foram destacadas nem positivamente, a partir da sua existência, nem negativamente, a partir da sua inexistência. Além dessas questões, acerca da descrição dos aspectos comportamentais, apenas no Jeremias II a falta de coesão social foi ressaltada pela população como um fator que está relacionado a sua

situação de saúde, o que também implica uma desigualdade interna entre estes territórios no que se refere ao capital social, apesar do nível de concordância entre os outros elementos destacados nos discursos.

Outra importante discussão, corresponde aos elementos que previnem a doença e promovem a saúde. Nestes aspectos, não houve variação das ideias centrais e ancoragens. A ausência de políticas públicas de saúde e de infraestrutura urbana foram os itens descritos na prevenção. Já a promoção destacou a ausência de estrutura social de forma muito genérica e escassa, de modo que foi gerado basicamente um único discurso a este respeito em cada território pesquisado. Isto implica que a maioria da população não reconhece a amplitude dos elementos que podem comprometer a prevenção da doença e a promoção da saúde, já que nos dois casos, não foram destacadas situações nas quais exista a prevenção da doença e a promoção da saúde na realidade dos territórios na percepção dos entrevistados.

É importante ressaltar que este processo qualitativo foi desenvolvido com o objetivo de avaliar a percepção popular quanto aos inibidores e propulsores da saúde, estando ligado diretamente a análise de conteúdo associada a uma base teórica envolvendo o capital social. A partir dos aspectos destacados pela população como inibidores e propulsores da saúde foi realizado um processo mais subjetivo na investigação da percepção social, a análise de discurso. Que por sua vez, possibilitou compreender uma expressão mais minuciosa destes elementos por parte dos entrevistados, proporcionando indicar ao mesmo tempo uma descrição da situação de saúde do território, e os conhecimentos, as relações e os contrastes relativos a população destes mesmos recortes espaciais. Assim, este baixo nível de capital social avaliado se apresenta como mais um elemento que evidencia a situação de desigualdade e iniquidade em saúde dos territórios analisados.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A investigação sobre os elementos do desenvolvimento que determinam as desigualdades e iniquidades sociais em saúde na cidade de Campina Grande-PB, precisou levar em consideração, sem negligenciar, várias abordagens científicas através de métodos e técnicas de pesquisas trianguladas. Só foi possível estruturar os resultados deste estudo por meio da relação, impossível de dissociar, entre os dados empíricos, os autores que tratam da temática e a dimensão fenomenológica que envolve diretamente a problemática em questão.

A partir da análise da distribuição dos equipamentos de saúde, da incidência de diferentes tipos de doenças sociais, do quantitativo de acamados/domiciliados e de dependentes de substâncias psicoativas e, por fim, dos domicílios sem esgotamento sanitário, foi possível classificar os territórios de saúde de Campina Grande-PB através da sua situação de desigualdade e iniquidade em saúde. Estes elementos do desenvolvimento, expressam uma realidade associada a diversas dimensões da organização social e precisam ser avaliados através de uma perspectiva multilateral.

Através destes resultados e da elaboração de critérios de escolha, indicou-se como os territórios que apresentaram os maiores riscos para a saúde o Adalberto César II, Jeremias II e Mutirão II. Vale ressaltar, ainda, a dificuldade e importância da produção de resultados nesta escala territorial e sua ampla capacidade de favorecer o desenvolvimento de políticas voltadas a realidade específica destes recortes territoriais.

Por meio de uma análise que considera a relação entre a saúde e o desenvolvimento a partir das capacidades e liberdades individuais, não considerando a saúde em si mesma, foi necessário também avaliar o nível de capital social da população destes correspondentes territórios a fim de verificar se esses conhecimentos e percepções confirmariam a descrição da situação de desigualdade e iniquidade identificadas nos dados, bem como expressariam o nível de coesão e participação social dos entrevistados. Desta forma, buscou-se avaliar a percepção da população acerca dos inibidores e propulsores da saúde nos territórios.

Assim, constatou-se que a população, apesar de associar os inibidores e propulsores da saúde as dimensões políticas, socioeconômicas e comportamentais, além de ressaltarem aspectos de prevenção e promoção a saúde, apresentaram um comprometimento do seu capital social em saúde. Este fato decorre tanto da forma com que os elementos inibidores e propulsores foram destacados e pelo quantitativo de destaque, quanto pela ausência de importantes

elementos que determinam diretamente as condições de saúde nas diferentes escolas territoriais, inclusive, na que foi trabalhada nesta pesquisa. Esta discussão foi ainda mais ampliada através de uma análise de discurso que possibilitou parte da comprovação da hipótese estabelecida.

Diante destas afirmações, surgem uma série de outros caminhos de investigação, descobertas e questionamentos que podem obter nesta pesquisa um importante recurso. A ideia sobre a hierarquia de interferência dos elementos do desenvolvimento nas condições de saúde, outros elementos do desenvolvimento que podem ser utilizados para analisar as condições de saúde de um dado território, o uso de métodos estatísticos para a análise dos dados em questão, por exemplo, são outras possibilidades de estudo a partir desta pesquisa que podem ser desenvolvidos em diferentes níveis de formação, certo de que os objetivos propostos para esta dissertação foram alcançados a partir dos seus correspondentes métodos de pesquisa.

A saúde ao tempo que é um elemento essencial do desenvolvimento, representa o desenvolvimento e é representada, ao mesmo tempo por ele. Ora se reconhece a saúde como o próprio desenvolvimento e este como a própria saúde, ora ressaltamos a afirmação de que sem saúde não há desenvolvimento, pois a saúde faz parte do desenvolvimento. Nesse contexto, não se pode esquecer que mesmo a saúde fazendo parte do desenvolvimento são os mesmos elementos que irão definir o nível em que ambos se apresentam na sociedade.

Este pensamento se evidencia como um novo conhecimento acerca da relação entre a saúde e o desenvolvimento. As diversas variáveis sociais refletem um contexto de ligação entre estes dois elementos que não podem ser vistos de maneira diferenciada, nem apenas a partir de uma área de intercessão que os aproxima. Deve-se percebê-los teoricamente como são na prática, expressões essencialmente conectadas que viabilizam a vida e as capacidades humanas. Assim, estudar a saúde ou o desenvolvimento, sem considerar este fato, compromete a leitura da realidade vivenciada em toda a sua amplitude e complexidade.

Por fim, é visível a impossibilidade de discussão de um tema como este, sem necessariamente, uma bibliografia interdisciplinar. As ciências humanas e sociais, as ciências biológicas e da saúde, assim como as ciências exatas, em conjunto, poderão subsidiar novos passos na compreensão real do que é e de como se mede a saúde, sobretudo, na dimensão coletiva.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDAFILHO, N. **O que é saúde?** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.
- BARATA, R. **Como e porque as desigualdades sociais fazem mal à saúde.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.
- BATISTELLA, C. Abordagens contemporâneas do conceito de saúde. In: FONSECA, A. F.; CORBO, A. M. A. (Org.) **O território e o processo saúde-doença.** Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.
- _____. Iniquidade e saúde: a determinação social do processo saúde-doença. **Revista USP**, São Paulo, n.51, p. 138-145, 2001.
- BEZERRA, S. M. G. BARROS, K. M. BRITO, J. A. SANTANA, W. S. MOURA, E. C. C. LUZ, M. H. B. A. Caracterização de feridas em pacientes acamados assistidos pela Estratégia Saúde da Família. **Revista Interdisciplinar**, Teresina: v. 6, n. 3, 2013.
- BONI, V.; QUARESMA, S. J. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais. **Revista Em Tese**, Florianópolis, v. 2, n. 1, p. 68-80, 2005.
- BOURDIEU, P. **Razões práticas: sobre a teoria da ação.** Campinas-SP: Papyrus, 2007.
- BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.
- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Assistência de média e alta complexidade no SUS/Conselho Nacional de Secretários de saúde.** Brasília, CONASS, 2011. (Coleção para entender a gestão do SUS).
- BRASIL. Ministério das Cidades. Secretaria Nacional de Saneamento Ambiental - SNSA. **Dimensionamento das necessidades de investimentos para a universalização dos serviços de abastecimento de água e de coleta e tratamento de esgotos sanitários no Brasil.** Brasília: UGP/PMSS, 2008.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. Determinantes Sociais da Saúde e ação intersetorial. **Divulgação em saúde para debate**, Rio de Janeiro, v.41, p. 9-22, 2008.
- _____. Saúde e seus determinantes. **Revista saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, p. 77-93, 2007.
- CATÃO, M do Ó. **Genealogia do direito à saúde: Uma reconstrução de saberes e práticas na modernidade.** Campina Grande: EDUEPB, 2011.
- CANGUILHEM, G. O problema das regulações no organismo e na sociedade. In CANGUILHEM, G. **Escritos sobre a medicina.** Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006.
- CAPONI, S. A saúde como objeto de reflexão filosófica. In: BAGRICHEVSKY, M.; PALMA, A.; ESTEVÃO, A. (org.). **A saúde em debate na Educação Física.** Blumenau: Edibes. 2003.

- CZERESNIA, D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Org.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.
- DAUMAS, J. S. P. **As dificuldades enfrentadas pela Estratégia Saúde da Família no cuidado à saúde do dependente químico**. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) Universidade Estácio de Sá, Rio de Janeiro, 2012.
- ESCOREL, S. Conceitualizando a exclusão social. **Médicos sem fronteiras**. Rio de Janeiro, v.1, p. 42-72, 2000.
- FERES, Flávia Lúcia Chein. **Desigualdade Regional, Migração e Urbanização: três ensaios sobre desenvolvimento**. 2006, 142 f. Tese (Doutorado em economia) Universidade Federal de Minas Gerais. 2006.
- FERREIRA M. A. F.; LATORRE M. R. D. O. Desigualdade Social e os Estudos Epidemiológicos: uma reflexão. **Ciências & Saúde**, São Paulo, v.17, n.9 p. 2523-2531, 2012.
- FOUCAULT, M. **O nascimento da clínica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2011.
- FRANCO, M. L. B. **Análise de conteúdo**. Brasília: Liber Livro Editora, 2005.
- GASKELL, G. Entrevistas individuais e de grupos. In: Bauer, M. W. & Gaskell, G. (org.), **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. Petrópolis: Vozes. 2002.
- GONDIM, G. M. de M. Espaço e Saúde: uma (inter) ação provável nos processos de adoecimento e morte em populações. In: MIRANDA, A. C.; BARCELLOS, C.; MOREIRA, J. C.; MONKER, M. (org.) **Território, Ambiente e Saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.
- GREGOLIN, M. R. **Foucault e Pêcheux na Análise do Discurso: diálogos e duelos**. 2. ed. São Carlos: Claraluz, 2006.
- HAESBAERT, R. **O mito da desterritorialização: do “fim dos territórios” à multiterritorialidade**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2004.
- HAESBAERT, R.; LIMONAD, E. O território em tempos de Globalização. **Etc, espaço, tempo e crítica**. Rio de Janeiro, v. 1, n. 2, p. 39-52, 2007.
- HERTZMAN, C.; SIDDIQI, A. “Health and Rapid Economic Changes in the Late Twentieth Century”. **Social Science & Medicine**, v.51, 19 - 59, 2000.
- IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios**. Síntese dos Indicadores de 2009. Rio de Janeiro: IBGE; 2010. Acesso maio de 2015. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/>
- LAURELL, A. C.A saúde-doença como processo social. In: Medicina social: **aspectos históricos e teóricos**. São Paulo: Global, 1983.
- LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C. **Discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa**. Caxias do Sul: EDUCS, 2003.

- LUNARDI, L. V. Problematizando conceitos de saúde a partir do tema da governabilidade dos sujeitos. **Revista Gaúcha de enfermagem**, Porto Alegre, v. 20, n 1, p. 26-40, 1999.
- MAGALHÃES, M. A. **Manual de esgotamento sanitário**. Engenharias e projetos. Monte Santo de Minas, 2004. Acesso em abril de 2014. Acesso em: <http://www.enge.com.br/>
- MARTINS, V. do S. **Dengue: histórico e distribuição, fatores que condicionam a sua transmissão aspectos clínicos, prevenção e controle**. 2002. 40 f. Monografia (Graduação em Ciências Biológicas) Centro Universitário de Brasília/Faculdade de Ciências da Saúde, Brasília. 2002.
- MELO; C. D. de.; BRAGA, R. **Vulnerabilidade social e localização de equipamentos comunitários urbanos: uma avaliação da distribuição dos equipamentos de saúde na cidade de Rio Claro – SP – Brasil**. In: 12º Encuentro de geógrafos da América Latina, 2009, Montevideu. Anais do 12 EGAL: Universidade de La Republica, 2009.
- MINAYO, M. C. de S.; ASSIS, S. G. de; SOUZA, E. R. de. **Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.
- MINAYO, M. C. de; SANCHES, O. Quantitativo qualitativo: oposição ou complementaridade? **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, 237-248, 1993.
- MONKEN, M. Contexto, território e processo de territorialização de informações: desenvolvendo estratégias pedagógicas para a educação profissional em vigilância em saúde. In: BARCELLOS, C. (Org.) **A Geografia e o contexto dos problemas de saúde**. Rio de Janeiro: Abrasco, 2008.
- MOREIRA, M. C. **Determinação social da saúde: fundamento teórico-conceitual da reforma sanitária brasileira**. 2013.144 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) Faculdade de Serviço Social, PUCRS, Porto Alegre. 2013.
- MONTEIRO JÚNIOR, A. P. RENDEIRO NETO, H.F. **Sistema individual de tratamento de esgoto fossa séptica, filtro anaeróbio e sumidouro uma alternativa para o tratamento sanitário em comunidades de baixa renda do município de Belém**. 2011 122 f. Monografia (Graduação em Engenharia Civil) Universidade da Amazônia, Amazônia. 2011.
- NIETZSCHE, F. W. **A gaia ciência**. Tradução Paulo César de Souza. 1º ed. São Paulo: Companhia das letras, 2012.
- NOGUEIRA, R. **Elaboração e análise de questionários: uma revisão da literatura básica e a aplicação dos conceitos a um caso real**. Rio de Janeiro: UFRJ/COPPEAD, 2002.
- OLIVEIRA, M.A.C.; EGRY, E.Y. A historicidade das teorias interpretativas do processo saúde-doença. **Rev. Esc. Enf. USP**, São Paulo, v. 34, n. 1, 9-15, 2000.
- Organização Mundial de Saúde (1946). **Neuroscience of psychoactive substance use and dependence**, Genebra, Organização Mundial de Saúde.
- PEIXOTO JÚNIOR, C. A. Algumas considerações nietzschianas sobre o corpo e a saúde. **Interface**, Rio de Janeiro, v.14, p. 727-738, 2010.
- PELLEGRINI FILHO, A. Compromisso com a ação. **Radis**, n. 47, p.12–14, 2006.

- PELLISSARI, D. M. MAIA, A. N. S. ARSKY, M. L. N. Systematic Review of Factors Associated to Leptospirosis in Brazil, 2000-2009. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 20(4), 565-574, 2011.
- PEREIRA, M. P. B.; BARCELLOS, C. O território no Programa Saúde da Família. **Hygeia**. v. 2, n.2: p. 47-55, 2006.
- PEREIRA, F. E. L.; GONÇALVES, C. S. Hepatite A. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, Uberaba, v. 36, n. 3, p. 387- 400, 2003.
- PINHEIRO, R. S.; OLIVEIRA, G. P.; OLIVEIRA, E. X. G.; MELO, E. C. P.; COELI, C. M.; CARVALHO, M. S. Determinantes sociais e autorrelato de tuberculose nas regiões metropolitanas conforme a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, Brasil. **Rev Panam Salud Publica**. 34(6): 446–51, 2013.
- RAMMINGER, T. Entre a normatividade e a normalidade: contribuições de G. Canguilhem e M. Foucault para as práticas de saúde. **Revista Mnemosine**. v. 4, n. 2, 68-97, 2006.
- RAWLS, J. **O Liberalismo Político**. São Paulo: Ática. 2000.
- RIBEIRO, I. F. VIANA, B.R. O. CORDEIRO, R. S. OLIVEIRA, J. S. SOUZA, A. K. P. MELO, V. F. C. Perfil dos usuários com dependência química atendidos em instituições especializadas na Paraíba. **Revista de Ciências da Saúde Nova Esperança**, v. 10, p. 47-60, 2012.
- RIOS, I.C. Humanização: a essência da ação técnica e ética nas práticas de saúde. Rio de Janeiro: **Rev. bras. educ. med**, vol.33, n 2253-261, 2009.
- SANTOS, Milton. **Abordagens e concepções de território**. 2ª ed. São Paulo: Expressão Popular, 2009.
- SCLIAR, M. História do conceito de saúde. **Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, V. 17, n 1, p. 29-41, 2007.
- SILVEIRA, F.L. A filosofia da ciência de Karl Popper e suas implicações no ensino da ciência. **Caderno Catarinense de ensino de ensino de física**, Florianópolis, v. 6, n. 2, p 148-162, 1989.
- SEN, A. **Desenvolvimento como Liberdade**. São Paulo: Companhia das letras, 2010.
- _____. **A ideia de Justiça**. São Paulo: Companhia das Letras, 2011.
- _____. Porqué equidad em salud? **Revista Panamericana de salud publica**. Washington, v.11, n. 5-6, p. 297-301, 2002.
- SILVA JÚNIOR, F. P. **Teorias de justiça social: uma análise do papel do estado na redução das desigualdades sociais**. In: XIX Encontro Nacional do CONPEDI, v. único, Fortaleza, CE. Anais do XIX Encontro Nacional do CONPEDI: p. 2374-2389, 2010.
- SILVA, L.M.; ALMEIDA FILHO, N. Equidade em saúde: uma análise crítica de conceitos. **Cad. Saúde Publica**, São Paulo, v.25, n. 2, p.217-26, 2009.
- SILVA FILHO, A. P. C.; PEREIRA, M P. B. **Desigualdades sociais no contexto das políticas públicas de saúde: a territorialização da Estratégia Saúde da Família no município de**

Campina Grande-PB. In: XVII Encontro Nacional de Geografia, 2012, Belo Horizonte. Entre escalas, poderes, ações, geografia. Belo Horizonte: AGB, 2012.

SOUZA, E.M. GROUNDY, E. Promoção da saúde, epidemiologia social e capital social: inter-relações e perspectivas para a saúde pública. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n.5, p.1354-1360, 2004.

WHITEHEAD, M. The concepts and principles of equity and health. **Internacional Journal os Health Services**, n. 22, p.429-445, 1992.

ZEITOUNE, R. C. G. FERREIRA, V. S. SILVEIRA, H. S. DOMINGOS, A. M. MAIA, A. C. O conhecimento de adolescentes sobre drogas lícitas e ilícitas: uma contribuição para a enfermagem comunitária. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, 16 (1):57- 63, 2012.