



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE RORAIMA – UFRR
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE – PROCISA

GABRIELA SANTANA DA CRUZ

**SAÚDE E COMUNIDADE – ESTUDO DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE DE MORADORES
EM UM BAIRRO PERIFÉRICO DE UMA CAPITAL DO EXTREMO NORTE**

BOA VISTA – RR

Março/2018

GABRIELA SANTANA DA CRUZ

**SAÚDE E COMUNIDADE – ESTUDO DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE DE
MORADORES EM UM BAIRRO PERIFÉRICO DE UMA CAPITAL DO EXTREMO
NORTE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde – PROCISA, da Universidade Federal de Roraima, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde, na Área de Concentração Modelo de Atenção e Vigilância em Saúde e na Linha de Pesquisa Diversidade Sociocultural, Cidadanias e Modelos de Atenção à Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Calvino Camargo.

BOA VISTA – RR

Março/2018

Dados Internacionais de Catalogação na publicação (CIP)
Biblioteca Central da Universidade Federal de Roraima

C957s Cruz, Gabriela Santana da.

Saúde e comunidade : estudo das condições de saúde de moradores
em um bairro periférico de uma capital do extremo norte / Gabriela
Santana da Cruz. – Boa Vista, 2018.

78 f. : il.

Orientador: Prof. Dr. Calvino Camargo.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Roraima, Programa
de Pós-Graduação em Ciências da Saúde (PROCISA).

1 - Diagnóstico em saúde. 2 - Comunidade. 3 - Políticas públicas. 4
- Demandas em saúde. I - Título. II - Camargo, Calvino (orientador).

CDU - 614.2(811.4)

Ficha Catalográfica elaborada pela:
Bibliotecária/Documentalista: Maria de Fátima Andrade Costa - CRB-11/453-AM

GABRIELA SANTANA DA CRUZ

**SAÚDE E COMUNIDADE – ESTUDO DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE DE
MORADORES EM UM BAIRRO PERIFÉRICO DE UMA CAPITAL DO EXTREMO
NORTE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde – PROCISA, da Universidade Federal de Roraima como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde, na Área de Concentração Modelo de Atenção e Vigilância em Saúde e na Linha de Pesquisa Diversidade Sociocultural, Cidadanias e Modelos de Atenção à Saúde. Defendida em 13 de março de 2018 e avaliada pela seguinte banca examinadora:

Prof. Dr. Calvino Camargo
Orientador / PROCISA – UFRR

Prof. Dr. Alexander Sibajev
Docente do Curso de Medicina – UFRR

Prof. Msc. Simone Lopes de Almeida
Docente do Curso de Medicina – UFRR

DEDICATÓRIA

Em meio a tantos ciclos que se fecham
(e conseqüentemente novos se iniciam),
Dedico este encerramento a minha mãe, meu pai,
e a todos que torcem por mim.

AGRADECIMENTOS

Agradecer é o ato de manifestar gratidão, reconhecer quem me ajudou a chegar ao lugar em que cheguei. E no meu caso, são muitas pessoas para agradecer (e é muito bom perceber isso)! A vida (ou o destino, ou sorte, ou outra força) vem sendo gentil comigo. Ao longo dessa jornada muitos foram essenciais para que minha saúde e humor fossem mantidos.

Primeiramente, aos meus pais, Gleicy e José, que nunca mediram esforços para tentar oferecer o que achavam melhor para mim, dentro de suas possibilidades. Vinda de uma família em que muitos tiveram que abdicar dos estudos para poder alimentar os irmãos e sustentar a casa, chegar até aqui é uma conquista sem igual. Agradeço em especial à minha mãe, pelo apoio incondicional, em todos os momentos. Porto-seguro forte, inabalável, mas também amável e acolhedor.

Ao meu namorado, Heriberto, que tanto me ajudou, deu forças e incentivou nesse período. Dias e noites estudando juntos, compartilhando incertezas, o estresse dos momentos de tensão, mas sempre fazendo o possível para alegrar meus dias, arrancando sorrisos, com muitas guloseimas e um humor peculiar, que só ele tem. Você foi essencial para a chegada até aqui. Que possamos alcançar mais sonhos um ao lado do outro.

Aos meus primos e ajudantes de coleta de dados: Lhaís, João e Arthur. Certamente o trabalho em equipe foi essencial não somente pela coleta, mas também pelo suporte ao longo desse período. Vocês conseguiram transformar nossas longas caminhadas em momentos de companheirismo e leveza.

Aos meus amigos, e que amigos! Essenciais nos momentos em que foi possível relaxar, que tentaram compreender a ausência (que não foi pouca). Por vezes, alguns sins foram guardados para que prazos fossem cumpridos. Mas o pensamento era: nossa hora também vai chegar. Obrigada àqueles que me acompanham desde a graduação, como Paulo, Ingrid, Rafa e Maria. Aos queridos do Butantã, Lu, Marlinha, Pri e Thiago, que tornaram o cotidiano mais leve. Para a Lu (ou Lucysvânia), o agradecimento é duplo (talvez triplo, quádruplo). A ajuda dela foi essencial para que etapas da pesquisa fossem concluídas. Sua preocupação com um misto de vontade de ajudar não será esquecida. Sempre buscando dar o melhor de si. Tu és top! (acho que só assim para você aceitar a palavra). Obrigada a todos pela torcida!

Entre tantos professores com o qual tive o prazer de conhecer na vida acadêmica, não poderia esquecer o meu orientador, Prof. Dr. Calvino, que me deu oportunidades desde a

graduação, sem mal me conhecer. Abriu meus olhos para pesquisa, me ajudou a ampliar meu olhar científico e a quem sou grata por tantos conhecimentos repassados. Certamente merece todo meu respeito e admiração.

Ao PROCISA e professores do programa pela oportunidade de poder realizar o mestrado, ter contato com novos horizontes até então desconhecidos e aos colegas que conheci ao logo da pós, em especial aos meus colegas da turma 2016. Foram manhãs e tardes de muito companheirismo, histórias compartilhadas, café (embora na época eu não tomasse) e risadas que me enchem de boas memórias. Gratidão a todos!

RESUMO

A saúde como direito foi paulatinamente conquistado em formas de lei por meio de um longo processo histórico, permeado por movimentos sociais. No entanto, embora esteja garantido na lei, efetivamente este direito ainda está em vias de concretização. Uma das grandes dificuldades nesse fazer tem a ver com o entendimento do que é saúde, dos fatores que podem influenciar no processo de saúde-doença, a ausência de articulação entre as políticas públicas existentes, dentre outros. Assim o presente estudo tem por objetivo norteador identificar as estratégias de cuidados em saúde utilizadas pelos moradores do bairro São Bento. Paralelamente a este objetivo, identificar as doenças mais recorrentes a partir da perspectiva dos moradores; identificar e discutir ações que na percepção dos moradores proporcionam melhorias ao bairro. Desse modo, para sua realização, este foi um estudo de base populacional transversal, quantitativo e descritivo realizado com moradores acima de 18 anos do bairro São Bento, do município de Boa Vista-RR. Foi utilizado um método de amostragem por conveniência em 03 áreas do bairro previamente delimitadas, de acordo com a proximidade com elementos ambientais potencialmente determinantes à saúde. Dentre os resultados identificados, foi constatado que se trata de uma população predominantemente pobre, com escolaridade mediana-baixa, de grupo etário adulto-jovem e que se caracteriza por buscar serviços em saúde apenas quando há necessidade. Dentre principais estratégias identificadas foram: 1) a buscar por unidades de saúde em bairros próximos e; 2) a automedicação. As doenças infecciosas e parasitárias encontram-se entre as mais relatadas pelos participantes da pesquisa. Os principais riscos identificados pela percepção dos moradores são as doenças dengue, zika e chikungunya. Quanto a isso é interessante destacar que esta é uma percepção em relação a terceiros e ao ambiente, visto que na identificação da percepção dos sujeitos da pesquisa, essas doenças praticamente não foram citadas. Outros riscos citados pelos moradores são a presença de uma Usina de asfalto e uma Lagoa de estabilização (da CAERR), podendo variar a posição dos elementos citados em cada área, entretanto, em relação à melhoria é majoritária a escolha pelo posto de saúde. Em meio às demandas apresentadas pelos moradores, destacou-se a (carência) necessidade de equipamentos destinados à assistência e serviços essenciais voltados para saúde, segurança, saneamento básico, educação e lazer. Em meio a tantas necessidades, reforça-se o quão necessárias são as políticas públicas para possibilitar o acesso ao básico a populações com realidades tão diferentes.

Palavras-chave: Diagnóstico em saúde, comunidade, Políticas públicas e demandas em saúde.

ABSTRACT

The right to health was gradually achieved in forms of law through a long historical process, permeated by social movements. Although law guarantees it, this right is still in the process of being effectively implemented. One of the greatest difficulties in doing so is related to the understanding of what health is, which factors may influence the health-disease process, the lack of articulation among existing public policies, and others. Thus, the present study's guiding objective is to identify the health care strategies used by the residents of São Bento neighborhood. Parallel to this goal, identifying the recurrent diseases, according to the residents' perspective; identifying and discussing actions that provide improvements to the neighborhood in the perception of the residents. Thereby, for its accomplishment, a cross-sectional, quantitative and descriptive population-based study was made, conducted with residents over 18 years old from São Bento neighborhood, in Boa Vista-RR. A convenience sampling method was used in 03 previously delimited neighborhood areas, according to the proximity to environmental elements that are potentially determinant to health. Among the identified results, it was observed that the population is predominantly poor, with median-low schooling, of an adult-young adult age group and that is characterized by seeking health services only when it is needed. The main strategies identified were: 1) The pursuit for health units in nearby neighborhoods; 2) Self-medication. Infectious and parasitic diseases are among the most reported by the study's participants. The main risks according to the perception of the residents are chikungunya, dengue fever and zika virus fever. In relation to that, it is interesting to highlight that this is a perception regarding other parties and the environment, once that in identifying the perception of the subjects of the research, these diseases were hardly ever cited. Other risks mentioned by the residents were the presence of an asphalt Plant and a waste stabilization Pond (CAERR), which may vary the position of the elements mentioned in each area, however, regarding improvement of conditions, the majority of residents preferred the health center. The residents also highlighted demands such as the need (lack) of equipment for essential care and services focused on health, safety, sanitation, education and leisure. Among so many needs, it is important to reinforce how necessary public policies are in the role of granting access to basic services to populations with such different realities.

Keywords: Diagnosis in health care, community, Public policies and health demands.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Determinantes sociais: modelo de Dahlgren e Whitehead.....	23
---	----

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Distribuição dos benefícios por área pesquisada.	43
Gráfico 2 – Condições determinantes de saúde na área próxima à lagoa da CAERR.	50
Gráfico 3 - Condições determinantes de saúde na área próxima à Usina de asfalto.	51
Gráfico 4 - Condições determinantes de saúde na área entre Usina e Lagoa.....	51
Gráfico 5 - Distribuição por bairro das Unidades Básicas de Saúde procuradas pelos moradores do São Bento.....	56
Gráfico 6 - Autodeclaração para doenças infecciosas e parasitárias por área do estudo.....	57
Gráfico 7 - Autodeclaração para doenças do aparelho circulatório por área do estudo.	58
Gráfico 8 - Autodeclaração para outras doenças por área do estudo.....	59

LISTA DE MAPAS

Mapa 1 - Área de aplicação dos questionários no Bairro São Bento.	33
Mapa 2 – Proximidade geográfica e frequência de procura de UBS por bairro.....	55

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Composição da amostra da pesquisa.	35
Tabela 2 – Distribuição para Idade.....	38
Tabela 3 – Distribuição para tempo que mora no bairro.	38
Tabela 4 – Distribuição para "Responsável Familiar".....	38
Tabela 5 – Distribuição para sexo.	39
Tabela 6 – Distribuição de “Cor/Etnia”.....	39

Tabela 7 – Distribuição dos moradores por Regiões Brasileiras.....	40
Tabela 8 – Distribuição de “Quantidade de moradores por residência”.....	40
Tabela 9 – Distribuição de “Renda em salário mínimo”.....	40
Tabela 10 - Distribuição por situação de trabalho.....	41
Tabela 11 – Distribuição de “Escolaridade”.....	42
Tabela 12 - Distribuição para Frequência na busca por serviços de saúde.	45
Tabela 13 – Distribuição de percepção quanto ao peso.....	46
Tabela 14 – Distribuição para uso de bebida alcoólica;	46
Tabela 15 - Distribuição para Fumantes.....	47
Tabela 16 - Distribuição para uso de outra droga.....	47
Tabela 17 - Distribuição para Esporte/ Atividade Física.....	47
Tabela 18 - Distribuição para atividade de lazer.	48
Tabela 19 - Condições ambientais determinantes à saúde.	50
Tabela 20 - Estratégias utilizadas para cuidados em saúde.	52
Tabela 21 – Demais locais de busca por serviços de saúde.....	56
Tabela 22 - Estimativa de prevalência de doenças para cada 1.000 pessoas.....	60
Tabela 23 - Percepção de riscos no bairro.	61
Tabela 24 – Percepção de riscos por área de estudo.....	62
Tabela 25 – Percepção predominante de melhorias para o bairro.	63
Tabela 26 - Percepção de melhorias por área.	63

LISTA DE SIGLAS

AB	Atenção Básica
APS	Atenção Primária à Saúde
CAERR	Companhia de Águas e Esgotos de Roraima
CNDSS	Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde
DSS	Determinantes Sociais da Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Panamericana da Saúde
PAIS	Programa de Ações Integradas de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFRR	Universidade Federal de Roraima

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	14
2.	REFERENCIAL TEÓRICO	16
2.1.	SAÚDE E SUAS EXPRESSÕES	16
2.1.1.	Mas afinal, o que é saúde?	16
2.1.2.	Saúde entre modelos.....	20
2.2.	SAÚDE E SEUS DETERMINANTES.....	21
2.3.	SAÚDE PARA TODOS – EM BUSCA DA EFETIVIDADE.....	25
2.3.1.	Atenção Básica à Saúde	29
3.	METODOLOGIA	33
3.1.	DESENHO DO ESTUDO.....	33
3.2.	LOCAL DO ESTUDO	33
3.3.	AMOSTRA	34
3.4.	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	35
3.5.	INSTRUMENTO	35
3.6.	PROCEDIMENTOS DE PESQUISA	36
3.7.	ASPECTOS ÉTICOS	36
4.	RESULTADOS E DISCUSSÃO	37
4.1.	CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS DA PESQUISA.....	37
4.2.	CUIDADOS COM A SAÚDE.....	44
4.3.	ESTRATÉGIAS EM ATENÇÃO À SAÚDE.....	52
4.4.	ENTRE RISCOS E EXPECTATIVAS DE MELHORIAS	60
5.	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	65
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	67
	ANEXOS	73

1. INTRODUÇÃO

A relação entre os procesos de saúde, homem e ambiente são entrelaçados, de modo que todos se influenciam. No entanto, cada um em sua perspectiva também recebe influências e é determinado por saberes culturais, históricos e políticos que podem ser averiguados, por exemplo, através de cuidados individuais e coletivos.

No que diz respeito ao Brasil, tais cuidados com a saúde são desenvolvidos por políticas públicas juntamente com políticas de outras áreas. Entretanto, apesar de sua existência isso não representa uma abrangência em sua totalidade. Sendo assim, questiona-se: como que seriam então os cuidados relacionados à saúde em um local em que não haja uma unidade básica de saúde? Tal dado já seria relevante e poderia influenciar as ações de moradores de um bairro, por exemplo.

Mas e se a esse dado fossem acrescentados fatores que possivelmente possam influenciar na saúde desses moradores, como uma usina de asfalto e a lagoa de estabilização da companhia de águas e esgotos. Tal situação é a realidade de moradores de um bairro da zona oeste de Boa Vista – RR, conhecido atualmente como São Bento.

Dessa forma esse estudo propõe investigar as características na relação do homem com os cuidados relacionados a saúde, a partir da inferência de que devido a inexistência de uma Unidade Básica de Saúde no bairro pode fazer com que seus moradores recorram a outras estratégias de cuidados.

Assim, a presente dissertação teve como objetivo norteador estudar as estratégias de cuidados em saúde utilizadas pelos moradores do bairro São Bento. Em paralelo, identificar as doenças mais recorrentes a partir do autorelato dos moradores; identificar e discutir ações que na percepção dos moradores proporcionariam melhorias ao bairro.

A importância de se identificar e estudar tais estratégias confere a possibilidade de através delas compreender a forma como esta população lida com demandas que, a seu ver, necessitem de alguma intervenção. E esta percepção terá justamente relação com o modo como interpretam a dinamicidade do processo saúde-doença.

Portanto, levando-se em consideração as especificidades do local de estudo, como a presença da Usina de asfalto e da Lagoa de estabilização do município além da ausência da unidade básica de saúde no bairro, surgiu então o interesse em saber se tais elementos influenciavam, por exemplo, na percepção de risco pelos moradores.

Dessa forma, com o intuito de alcançar os objetivos propostos, no segundo capítulo desta dissertação fundamentou-se a construção teórica estruturada pelo seguinte raciocínio: os entendimentos sobre saúde, modelos de saúde, fatores que podem determiná-la e por fim políticas públicas de saúde existentes atualmente que visam contribuir para a sua efetivação. Como tal fundamentação não se teve a pretensão de esgotar tal discussão, mas principalmente de suscitar algumas questões relacionadas à temática, visto que esta pode ser percorrida por diversos pontos de vista.

No terceiro capítulo é apresentada a metodologia, sendo este um estudo populacional transversal, de caráter quantitativo e descritivo. Os participantes são moradores do local de estudo e foram abordados em suas residências. Tais residências foram selecionadas a partir das áreas demarcadas, para que então os moradores acima de 18 anos, que aceitassem participar mediante a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido e fossem considerados na amostragem.

No quarto capítulo são apresentados os resultados e a discussão. Para melhor dos dados, eles estão distribuídos em quatro categorias, sendo elas: 1) caracterização dos sujeitos da pesquisa; 2) Cuidados com a saúde; 3) Estratégias em atenção à saúde e; 4) Entre melhorias e riscos.

Por fim, no último capítulo são apresentadas as considerações finais sobre o estudo. De fato, esta pesquisa apresentou limitações, que talvez possam ser complementadas por possíveis novos estudos para ajudar na compreensão e reafirmação das relações identificadas. É uma temática que embora seja numa população com particularidades, pode servir de base para a melhoria das condições de assistência a saúde em tantos outros locais – vista a carência no fornecimento de serviços essenciais como saneamento, educação, saúde, dentre outros, como também, como também para auxiliar em tomadas de decisão quanto aos serviços atualmente mais demandados.

Em meio a tantas políticas públicas, tantas necessidades, em que de tudo se precisa um pouco mais (de atenção, investimento), o presente estudo auxilia na identificação de ao menos por onde começar essas mudanças (de acordo com a visão popular). Assim, espera-se que ele possa ser utilizado como ferramenta de apoio às melhorias e beneficiar não somente esta população, como a todos.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1. SAÚDE E SUAS EXPRESSÕES

2.1.1. Mas afinal, o que é saúde?

Ao se pensar em saúde, diversas perspectivas sobre sua definição podem surgir. De acordo com Almeida Filho (2011), saúde pode ser vista como um problema de diversos campos como o filosófico, científico, tecnológico, político e no que diz respeito a sua práxis. Diversidade esta encontrada desde sua etimologia, a qual é verificada sua pluralidade a partir de uma mesma raiz, como por exemplo, ao se comparar saúde em português, *salud* em castelhano, *salut* em francês e *salute* em italiano. Ambas possuem origem da raiz *salus*, tendo como característica principal inteiros, intactos, íntegros. A partir de sua significação, inicia-se uma discussão sobre esse estado de plenitude atribuída a saúde.

Dando seguimento a extensão do termo saúde, ela pode ser entendida como fenômeno, com uma concepção sobre sua existência em termos da positividade e em relação aos níveis coletivos (populacional ou social) e individuais (subjetivo ou clínico) de sua referência como objeto de estudo. Neste sentido, recorre-se à ideia de saúde e equilíbrio, com a teoria da existência de saúde como uma relação de equilíbrio dos elementos do corpo. Caso este equilíbrio fosse quebrado ou interrompido, existiria a doença. Em outra via na tentativa de compreender a saúde, há a tentativa de quantificá-la a partir da utilização da estatística por meio de uma perspectiva funcionalista e a especulação de que o processo saúde-doença transcende o plano individual e vem a ser influenciado por questões culturais e socioeconômicas começa a ser utilizado (ALMEIDA FILHO, 2011).

Nessa trajetória, Almeida-Filho (2009, apud Almeida-Filho, 2011) apresenta-nos ainda saúde em sua significação como valor, no sentido de uso, troca e de vida. Dessa forma, ainda segundo ao autor, “superar com efetividade, raízes, estrutura e efeitos das desigualdades sociais no campo da saúde”, ou seja, visto que tais valores são continuamente reproduzidos (e tidos como naturais por muitos), acaba por gerar consequências perversas para os socialmente desfavorecidos.

Vale destacar que a questão das desigualdades e a proposta por igualdade nas oportunidades são temas recorrentes desde metade do século XX, como por exemplo, com a

teoria da justiça de John Rawls. De um modo geral, Rawls propõe igualdade de oportunidades e de distribuição de valores, bens e serviços que facilitem as necessidades básicas socialmente referendadas. Define a saúde como um bem natural e para ele equidade implica em um componente estrutural do sistema de valores contratuais da sociedade burguesa. Amartya Sen, em alternativa ao modelo rawlsiano, projeta tais perspectivas para um nível coletivo, para o valor social, e em suas consequências para a saúde (ALMEIDA FILHO, 2011).

Ou seja, nota-se que saúde requer uma discussão a respeito do seu valor político, social, para o homem e a vida. Neste sentido, observa-se o quão polissêmico pode ser um único termo, podendo seu significado ser modificado a partir da explicação que lhe é conferido, ou seja, não há unanimidade quanto a sua definição. A saúde é individual, mas também é discutida de forma coletiva. E não se trata apenas de fatores biológicos, extrapola os limites do corpo, é macro em sua invisibilidade.

Embora as conceituações, como as propostas pelo autor supracitado sejam relevantes pela sua importância técnica, pois explicam o fenômeno, e assim favorecem pensar em possibilidades e em formas de intervenção, observa-se, contudo que, mesmo em suas definições elas não alcançam as singularidades (CZERESNIA; MACIEL; OVIEDO, 2013). E então chegamos ao ponto: se são tantos conceitos, qual escolher? Nunca haverá um suficiente?

E este é um dos pontos que precisa ser ressaltado: embora tenhamos manuais, sintomas e uma série de critérios médicos que possam especificar e denominar as doenças, o processo do adoecer será singular a cada indivíduo. A significação e as formas e/ou estratégias utilizadas no adoecimento serão únicas, mesmo em meio às características gerais. Sendo assim, essas delimitações são extremamente relevantes, em especial na visão clínica, porém não são únicas.

Na tentativa de compreender e conceituar o que é saúde, surge então a discussão sobre o binômio saúde-doença, visto que esses conceitos por vezes são colocados como opostos, como se de forma circular, a presença de um implicasse na ausência do outro. Embora saibamos intuitivamente o que é se sentir bem ou mal, chegar a uma definição sobre tais termos extrapola esta percepção. Uma exemplificação simples para visualizar esta afirmação poderia ser: uma pessoa que machucou o pé ou foi baleada. Nesse momento, ela não está com um completo bem-estar físico, mas não significa automaticamente, que esteja doente (BASTOS, 2011).

Similarmente à saúde, a definição de doença também passou por variados marcos e entendimentos. As definições de saúde/doença, normalidade/anormalidade nem sempre

apresentaram unanimidade e ao longo dos séculos passaram (e ainda passam) por transformações. No início, o entendimento a respeito do adoecimento era atrelado a uma tentativa de realizar uma quantificação do seu processo. De modo que, baseado em uma inspiração canguilhemiana, acreditava-se que a doença seria oriunda do desequilíbrio entre os quatro humores do corpo (COELHO; ALMEIDA FILHO, 1999).

Ainda segundo Coelho e Filho (1999), por meio da priorização dos aspectos quantitativos e da concepção mecanicista do homem como máquina e da doença como avaria, as doenças passam a ser catalogadas concomitantemente aos critérios que definem a “normalidade”. Nesta visão, saúde e doença são tidas como opostos, estados contrários, sendo o normal o estado de equilíbrio entre ambos.

Logo, esses estados opostos foram ganhando força e suas definições repercutidas pelo senso comum. Assim, em meio a essa propagação surgiu a preocupação e o zelo com o corpo e a constante busca pelo seu bem-estar, evitando assim doenças de forma preventiva, ou diante deste desequilíbrio, preparar o corpo para enfrentá-la quando ela estiver presente (ZORZANELLI; ORTEGA; BEZERRA JR, 2014).

Assim, após essa breve pincelada sobre por onde a saúde perpassa – o que não significa que sejam somente esses os pontos de vista existentes –, ao se discutir a saúde e a construção das relações do indivíduo com esta condição, é oportuno primeiramente tentar circunscrever ao que ela se refere (mesmo que com traços pontilhados).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde – OMS, divulgado na carta de princípios de 07 de abril de 1948 “saúde é o mais completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de enfermidade” (OMS,2014). Atualmente, esta é a descrição mais utilizada e difundida ao se falar em saúde. Neste sentido, pode-se compreender que sua abrangência ultrapassa os limites biológicos na tentativa de uma compreensão holística do indivíduo.

Embora a definição acima seja a mais popularizada, alguns pontos acerca dela precisam ser tratados por partes. Ao se pensar por meio do entendimento de “completo bem-estar”, já cabe um primeiro questionamento: quais são os padrões/critérios que definirão o que representa esse bem-estar para cada sujeito? Porém, mesmo que sejam definidos, vale lembrar que situações que possam ser consideradas boas ou favoráveis para um grupo, podem não ser tidas da mesma forma para outro.

A respeito dessa definição, trago questionamento que Bastos (2011) apontou sobre bem-estar, mas com a colaboração de Djours (1986). Nota-se o quanto tais entendimentos

convergem no mesmo sentido. Segundo Djours, sabe-se intuitivamente que o bem-estar representa algo, mas ao se buscar termos para definir, eles escapam. Não é algo simples, o termo é vago o que inviabiliza essa utilização. Seguindo ainda nessa tentativa de esclarecer essa definição, surge outro questionamento: como querer imprimir o que eu considero como o mínimo para o bem-estar em outras pessoas em situações diferentes?

Assim, entende que esse bem-estar é mais um objetivo ao qual se almeja alcançar, do que realmente um estado, levando-se em consideração a dinamicidade relativa à saúde e à impossibilidade de mantê-la de forma estática, sem interferências já que vivemos em constante movimento, estabelecendo relações cotidianamente (DJOURS, 1986). Pode-se entender então que saúde também implica mudanças.

Scliar (2007) assinala ainda para sua amplitude e para este padrão inatingível, visto que alcançar um completo bem-estar físico, mental e social pode ser demasiado complexo, contém um tom subjetivo de avaliação e de certa forma utópico, visto que exige uma vida livre de obstáculos para a sua concertização. Seguindo nesta linha de raciocínio, Czeresnia, Maciel e Oviedo (2013) ainda trazem a seguinte reflexão: o ideal de uma vida liberta de obstáculos é criticável e dificilmente corresponderá à situação real de qualquer ser humano. Pois como viver uma vida sem nela passar por desafios ou angústias? Qualquer indivíduo saudável terá momentos de tensão em seu viver.

Ademais, por meio desta definição, o Estado poderia encontrar a brecha necessária para intervir de forma excessiva na vida da população (SCLIAR, 2007) e por ainda postular a cisão corpo-mente, sendo o social apenas um agente neste meio. Entretanto, se o psíquico responde ao corporal e a ordem inversa também é recíproca, então estamos diante de um sistema em que não há uma nítida divisão entre esses limites pré-estabelecidos (SEGRE, FERRAZ, 1997). Assim, nota-se que a saúde está além do corpo e faz relações com outros campos em que o indivíduo está inserido.

Ou seja, saúde é maior do que eu, maior que o outro, maior que a mera soma das partes. É interação, é dinamicismo em diversos níveis, envolvendo seres vivos e não vivos. Pode-se compreender até que seja harmonia entre os eventos existentes nessa grande rede de interações em que vivemos (BASTOS, 2011).

Portanto, tais conceituações ajudam a guiar caminhos pelos quais há possibilidade da saúde percorrer. Saúde envolve dinamicidade e adaptação. É o equilíbrio em meio a determinantes e sobre seus sentidos. É o sentir e perceber de indivíduos em meio às suas representações sobre esse estado.

2.1.2. Saúde entre modelos

O movimento de análise do corpo e das relações com o processo de saúde-doença por muitos foi pesquisado e ressignificado. Para Alexander e col. (1966, apud De Marco, 2003) são 03 os modelos de abordagem da psique e seus transtornos com distintas ênfases, sendo eles: 1) modelo orgânico e sua tentativa de esclarecimento através de termos físicos; 2) modelo psicológico com foco em encontrar explicações psicológicas e por fim; 3) modelo mágico-religioso, que busca explicar com o processo através da magia e/ou religião.

Tais modelos perpassaram por um homem com distintivas técnicas e formas de entendimento da relação com o corpo, perpassando da causalidade dos males mediante ações técnicas e empíricas até um entendimento que recorre aos desdobramentos científicos, cuidados advindos do Estado e um entendimento múltiplo de condições que poderiam influenciar e explicar esse processo.

Neste sentido, o modelo mítico-religioso ou mágico-religioso, dentre outras variações de denominação próxima a essa que passam a ideia de um processo de adoecimento ligado a um arranjo sobrenatural, vinculado aos desejos de deuses e espíritos, que em suas flutuações de humor, por exemplo, poderiam punir ou abençoar os indivíduos com diferenciados estados de saúde ou doença (BARROS, 2002).

Tal modelo poderia ser liderado por diversos indivíduos, como feiticeiros, xamãs, sacerdotes ou qualquer outro que fosse considerado apto e habilidoso o suficiente para lidar com essas forças e/ou que conseguissem compreender o que deveria ser feito ou qual ritual ser seguido diante do que fosse manifestado no corpo dos indivíduos. Tal modelo ainda hoje é aceito por algumas pessoas e pode ser manejado de forma concomitante a outros modelos (BARROS, 2002).

Outro modelo, que foi não citado no entendimento inicial acima, mas que também segue cercado por crenças, é denominado de modelo popular. De acordo com Henrique (2009), caracteriza-se por ser um caminho que mescla o conhecimento e/ou experiências da população, conhecimento científico e medicina oficial. Ou seja, trata-se de um conhecimento construído para além do controle científico, que é repassado entre gerações e tido como verdadeiro no entendimento de determinado grupo.

Nesses dois modelos, percebe-se que a credibilidade para afirmar a validade de determinado ritual ou da finalidade do uso de alguma planta medicinal, por exemplo, está

associado a quem passa essa informação e qual o seu papel dentro de determinado contexto. Sendo assim, sua relevância social serve como parâmetro para a credibilidade da informação.

Distinto dos modelos anteriores, o modelo biomédico tenta explicar a doença de forma unicasual, apenas biológica e fragmentada. A problemática desta unicausalidade está em tratar o processo de saúde-doença apenas pelo viés causa-efeito e devido a isso conclui de forma reducionista esse movimento do organismo com as demais relações que ele pode estabelecer, visto que não os leva em consideração. Dessa forma, embora seja prática no lidar com o doente, não se preocupa com os contextos sociais e emocionais do indivíduo (CUTOLO, 2006).

Ainda segundo Cutolo (2006), neste modelo, em que o ser doente é a essência do estudo, fragmenta-se o corpo e somente aspectos biológicos são estudados através dessas partes, que em tese constituem o todo. Com a focalização nas partes ocorre o favorecimento às especializações, que possibilita o crescimento e construção de conhecimentos, o que na prática cotidiana possibilita uma dinamicidade ao processo de cura, mas que também ocasiona uma suavização da visão holística desse indivíduo.

Segundo De Marco (2003), o problema não consiste na fragmentação em si, mas na rigidez de tal ação, de modo que impede um fluxo em meio às diferentes áreas e aspectos da vida humana. Assim, em meio a essa perspectiva, influenciada também por movimentos relacionados aos cuidados com a saúde, advém o modelo biopsicossocial, numa tentativa de reintegrar o homem em sua plenitude através de práticas que foquem não somente em aspectos clínicos, mas que levem em consideração também aspectos sociais, psicológicos e que podem ser identificados através de diagnósticos multidisciplinares, por exemplo, como é estimulado pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

2.2. SAÚDE E SEUS DETERMINANTES.

A relação existente entre saúde e ambiente é uma discussão que reaparece nos estudos algumas vezes como novos focos, mas de um modo geral com a mesma conclusão: a influência do ambiente (e aqui pode ser representado pela moradia, espaço laboral, etc) na saúde do sujeito. Como exemplo disso, temos os estudos de Friedrich Engels (1886 apud AKERMAN, 2008) a respeito das condições de vida da classe operária na Inglaterra e a incidência de doenças, mortes e degradação da humanidade associados ainda à pobreza e injustiça.

A preocupação com a saúde não se encontra apenas de forma individual. Entende-se que saúde não diz respeito apenas ao indivíduo e sim ao coletivo. Da mesma forma que as políticas públicas são uma forma de assegurar o acesso à saúde, elas também podem ser utilizadas como meio de controle da população, inclusive por sua característica de tentar alcançar o maior número possível de sujeitos (FOUCAULT, 2009). Atualmente é possível observar tais práticas nas políticas públicas de saúde que atendem não apenas ao indivíduo, mas como também seu ambiente, como ocorre nas campanhas contra dengue e zika, por exemplo.

Ainda segundo Foucault (2009), dessa forma, por meio da medicina social urbana, notou-se a disseminação do discurso e saber científico, e através do firmamento da medicina coletiva que se inseriu nas vidas da população. Neste sentido, cada indivíduo passa a tomar como seu o discurso e a necessidade de cuidar da saúde e dos aspectos que favoreçam a sua constituição, isso inclui as formas jurídicas para garantir o acesso à saúde ou o “consumo” da saúde, por meio de políticas públicas e unidades de saúde, como hospitais e postos de atenção básica.

No entanto, ao exemplificar com locais que focam no modelo hospitalocêntrico, não significa que as práticas exclusivamente mecanicistas e curativistas, como estratégias de cura, não sejam questionadas. Quebra-se a hegemonia do paradigma biomédico e é posto em voga outras concepções sobre modos e práxis para o processo saúde-doença. Assim, novas construções se formam a partir do entendimento de que a etiologia da doença é multifatorial de modo que sua investigação não cabe unicamente às especialidades médicas (PEREIRA; BARROS; AUGUSTO, 2011). Por essa razão, ao falarmos de saúde e da sua composição entende-se um sistema que é influenciado por fatores internos e externos, sendo equivocada a realização desta distinção ao se referir ao ser humano por se levar em consideração seu caráter biopsicossocial.

Isso implica também uma prática multidisciplinar, como regulamentado atualmente, porém pouco realizado. Ao se entender esse modelo, a interação e discussão de casos por uma equipe multidisciplinar deve ser a base para os atendimentos.

Sob esse ângulo, o movimento de saúde-doença é construído mediante processos de determinação social, econômica, cultural, ambiental, cultural e etc, possibilitando essa discussão de forma intersetorial para as políticas de ação a saúde (CARVALHO, 2013).

As discussões sobre a saúde e formas de assegurar tal benefício são recorrentes e de caráter mundial, sendo tratadas em conferências e em acordos realizados por diversos países. Como exemplo, temos a Carta de Otawa de 1986 que estabelece alguns pré-requisitos

fundamentais para a saúde, tais como paz, habitação, educação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade (BRASIL, 2002a).

Para tal, cabe a realização de promoção da saúde e não apenas a sua cura.

Promover a saúde e recuperá-la como valor de uso; resgatá-la como instrumento de preservação e de desenvolvimento da vida; interferir nos estilos e modos de vida e na produção de políticas públicas que tomem em primeira mão o desenvolvimento do humano; desenvolvimento para a saúde, entendida, então, como sinônimo de vida, passam a partir de então a se constituir em objetivos dos diversos movimentos e propostas em oposição a biomedicina durante boa parte do século XX, o que resultou no experimento de novas formas de conceber a saúde e de organizar sistemas e serviços de saúde (AKERMAN, 2008, P.41).

Portanto, entende-se que boa parte das doenças acontece em decorrência da situação em que as pessoas nascem, vivem, trabalham e envelhecem. Assim, por meio do agrupamento dessas características temos qualificados os Determinantes Sociais da Saúde (DSS), sendo este um termo que contempla os determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais da saúde (CARVALHO, 2013).

De acordo com Buss e Pellegrini Filho (2007, p. 78), dentre as diversas definições existentes para os DSS, eles podem ser entendidos como “fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de fatores de risco na população”, sendo esta a definição adotada pela Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS). Para a OMS, seriam as condições em que as pessoas vivem e trabalham.

Com isto definido e claro, a respeito da implicação que tais determinantes têm na saúde de todos, buscou-se então meios de investigar sobre sua forma de atuação, uma tentativa de estabelecer hierarquia entre os fatores identificados. Dentre os modelos existentes, temos o modelo a seguir:

Figura 1 – Determinantes sociais: modelo de Dahlgren e Whitehead.



Fonte: (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

Tal modelo não pretende explicar a gênese dos determinantes sociais de saúde ou pormenorizar os detalhes referentes às relações existentes entre eles. No entanto, de forma didática, pode-se notar uma organização em 05 camadas. Na primeira camada fatores individuais, que focam em características como sexo, idade. Em sequência, como o estilo de vida pode influenciar no processo de adoecimento. Ao se falar em estilo de vida, pode-se cair na comodidade de falar em livre arbítrio, porém até para as escolhas individuais, o indivíduo está permeado de questões que o envolvem socialmente.

Em sequência, na terceira camada, as redes sociais e comunitárias, para então seguir para a quarta camada que tem relação com a disponibilidade e acesso a serviços essenciais, para finalizar com as socioeconômicas, culturais e ambientais, que são decorrentes também da instituição de políticas públicas.

Garbois, Sodré e Dalbello-Araujo (2014) assinalam que embora o modelo de Dahlgren e Whitehead seja o mais utilizado em estudos que envolvam determinantes sociais no Brasil, sua falha consiste justamente na fragmentação dos segmentos, pois reforça uma fragmentação na prática cotidiana e dificulta ainda mais a proposição de sugestões válidas para a redução das iniquidades.

Dessa forma, na tentativa de sistematizar os conhecimentos sobre o tema, em 2003 criou-se a Comissão Global sobre DSS, que realizou uma ampliação do marco conceitual e das recomendações políticas para enfrentamento dos determinantes de saúde, em especial dos que tem relação com as iniquidades sociais. Carvalho (2013) ainda ressalta que embora as DSS tenham influência sob a condição de saúde, não significa necessariamente que sua relevância seja igual para todos os determinantes. Os mais notórios são os que geram

estratificação social, ou seja, os que influenciam na distribuição de riqueza, poder e prestígio na sociedade por meio da estruturação de classes sociais, renda e estruturas políticas que contribuem para essa diferenciação ao invés de proporcionarem sua redução.

Assim, é necessário frisar que dentre essas diferenças existentes na sociedade, temos desigualdades e iniquidades. Ou seja, aqui estamos falando de condições que podem refletir na saúde da população de formas irregulares. Neste caso, os dois termos não tidos como sinônimos a partir do entendimento de que as desigualdades embora indiquem diferenças, elas podem ser evitadas. Contudo, ao nos referirmos às iniquidades, referimo-nos a algo além, algo que também é injusto (ALMEIDA FILHO, 2009). Destaca-se assim a importância da articulação entre políticas com a finalidade de promover condições favoráveis à saúde.

Em meio a essa necessidade, em 2011, no Rio de Janeiro, houve um encontro entre chefes de governo, ministros e representantes dos governos com o intuito de estabelecer ações intersetoriais a serem desenvolvidas para promover a equidade social e em saúde, a partir do entendimento de que os governos têm responsabilidade pela saúde de seus povos (OMS, 2011).

Assim se estabeleceu o consenso da necessidade de colaboração global entre os países participantes para formular e programar políticas, estratégias, planos de ação para tentar reduzir as iniquidades em saúde por meio de condutas que visem melhor governança em relação à saúde e desenvolvimento. Desse modo, por meio do reconhecimento da responsabilidade de cada um e dos esforços individuais e coletivos, essenciais para que ele seja concretizado os países por meio de seus representantes assinaram essa declaração para em 20 anos poderem identificar (ou não) os progressos conseguidos (OMS, 2011).

Portanto, a partir do entendimento de saúde como equilíbrio e adaptação do indivíduo ao meio é necessário também que este meio proporcione tal estado. Dessa forma, ele não pode ser presente somente em um pólo da vida do sujeito: física, mental ou social. Almeja-se que em cada âmbito o indivíduo tenha acesso e a oportunidade de em meios às iniquidades conseguir um ajustamento benéfico para si.

2.3. SAÚDE PARA TODOS – EM BUSCA DA EFETIVIDADE.

A saúde, que não é somente única e pessoal, é coletiva, teórica, almejada e reivindicada. Mas sua concretização envolve agentes que viabilizam (em princípio) a sua promoção, por meio de políticas públicas.

Isto é, como forma de possibilitar a viabilização da saúde, o Estado realiza ações em variadas áreas como saúde, educação, meio ambiente a fim de promover o bem-estar da sociedade. Assim, políticas públicas podem ser consideradas como um conjunto de ações voltadas para a solução (teoricamente) de problemas da sociedade, colocadas em prática mediante metas e planos governamentais (SEBRAE/MG, 2008).

Segundo Souza (2006), no âmbito dos estudos, veem-se as políticas públicas como um ramo de conhecimento que ajuda a compreender o modo e as razões que levam os governos a priorizarem determinadas ações. Dentre suas definições, há a ênfase quanto à sua atribuição de solucionador de problemas em confronto com diversas ideias e interesses, de forma que as escolhas dos agentes repercurtem na economia e sociedade. São por meio delas que os governos manifestam concretamente seus propósitos, programas e ações que podem gerar mudanças reais.

Tais ações atualmente são articuladas, de forma ainda falha, porém integrada entre a União, os estados e municípios, com competências específicas a cada um. Entretanto, como dito, por meio de tais políticas interesses também são gerenciados, de modo que é importante que tal articulação seja feita não somente no âmbito governamental, mas também populacional para que suas demandas reais sejam colocadas em pauta.

Porém, embora essa articulação seja esperada, nem sempre ela foi incentivada ou de fato concretizada. Mas na busca pela promoção e assistência à saúde, em meio a movimentos sociais e mudanças no quadro político, aos poucos se notou o quão necessário ela era, a ponto de ser colocada como direito.

No Brasil, a assistência fornecida pelo Estado até a década de 30 era resumida a ações que estivessem relacionadas ao saneamento e combate de endemias. Ainda nesse período até a década de 40, nota-se um forte desenvolvimento do sanitarismo-campanhista. Nos anos 30 o modelo de assistência não era disponibilizado a todos, de forma que o vínculo trabalhista era o requisito necessário para o acesso. Nesse mesmo período, com a criação do Ministério da Saúde, as ações até então de cunho coletivo começaram a ser direcionadas para uma assistência médica individualizada. Com o decorrer dos anos, fortalecem-se também as instituições previdenciárias, em meio à necessidade de assegurar a saúde da força de trabalho e amenizar tensões sociais (CORDINI JR; PAULUS JR, 2006).

Ainda segundo o autor supracitado, como exemplo das organizações previdenciárias, neste período ainda houve a criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), em resposta às mobilizações dos trabalhadores. Um pouco depois, em 1965, ocorre a unificação das IAPs através da criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS).

Na década de 70, observava-se a polarização entre as ações coletivas, como campanhas de vacinação, vigilância epidemiológica e sanitária encabeçadas pelo Ministério da Saúde e a assistência médica individual centrada no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Segundo Cordini Jr e Paulus Jr (2006), as ações individualizadas das previdências foram impulsionadas pelo processo de industrialização acelerado do então presidente Juscelino Kubitschek, logo uma maior quantidade de trabalhadores precisava ter sua assistência à saúde assegurada. Afinal, a mão de obra não podia parar. Não era somente saúde que estava envolvida, havia também um valor econômico.

Nessa década, em 1976, foi fundado o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde – CEBES, caracterizando o início da mobilização social posteriormente chamada de Movimento da Reforma Sanitária – MRSB, com ideias e propostas de mudanças no modo de lidar com a saúde no Brasil. É válido ressaltar que em meio a esse período, esse movimento em busca por mudanças o Brasil estava inserido num contexto de ditadura militar. E nessa situação desenvolve-se o movimento da reforma sanitária, com objetivos de proporcionar universalidade e equidade na assistência à saúde (COHN,1989; CORDINI JR; PAULUS JR, 2006).

Posteriormente, em 1982, surge o Programa de Ações Integradas de Saúde (PAIS), com uma visão integradora entre as instituições públicas de saúde e com ênfase na atenção primária. Como reflexo do movimento de discussões e debates acerca da saúde foi a 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, com representantes das instituições que atuavam no setor e representantes da sociedade civil (BRASIL, 1986). Dessa forma, com o objetivo de coletivizar o setor da saúde, tal conferência tem sua relevância, dentre outros aspectos, por ter sido um suporte fundamental no que seria instituído na constituição de 1988, visto que foi possibilitada a abertura para discussão de temas a respeito da saúde naquele momento.

Consolida-se então o entendimento da saúde de uma forma mais ampla, de modo que para que seu direito seja assegurado, alguns requisitos devem estar implícitos, como: trabalho em condições dignas, alimentação, moradia, educação e informação, transporte, repouso, direito à liberdade e acesso universal e igualitário aos serviços de saúde (BRASIL, 1986). Dessa forma, saúde é entendida como direito e para tal o Estado deve assumir uma política voltada para a saúde que seja integrada às demais, em especial aos segmentos mais carentes da população.

Logo se entende que saúde incorpora condicionantes e determinantes do meio físico, sócio-econômico e cultural, além de fatores biológicos e de acesso para que possa ser obtida (BRASIL, 1990a). Ou seja, para que de fato ocorra, há a necessidade de integração de

diversos setores, que vão além dos órgãos voltados especificamente para ações de saúde do governo, pois se entende que para sua promoção as políticas precisam estar interligadas.

Em meio à tentativa de concretizar o acesso à saúde (em parte decorrente de mobilização social), os movimentos que se empenhavam nessa causa conseguiram interferir nas resoluções da Assembleia Nacional Constituinte, instituindo o Sistema Único de Saúde – SUS (SILVEIRA JR, 2015).

Com a constituição de 1988, que então reafirma o clamor social, as políticas públicas voltadas para a saúde surgem como a forma de assegurar à população direito nela expreso. Como forma de legitimação da saúde, a constituição federal de 1988 estabelece em seu artigo 6º “São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição” (BRASIL, 1988, p.11).

Ainda na constituição, é possível encontrar uma seção chamada “Da Saúde”, dispõe ainda sobre formas de alcançar e assegurar a saúde, estabelecendo-a como direito de todos e dever do Estado. No artigo 196, por exemplo, “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988, p.116).

Assim, observa-se o entendimento de direito à saúde a todos os brasileiros e que ela será garantida pelo Estado quando necessário, e que ainda irá promover e proteger a saúde do cidadão contra possíveis riscos. Ou seja, isso implica em realizar políticas públicas que garantam o acesso às ações de saúde (TEIXEIRA, 2011). Pois apesar de serem direitos assegurados aos cidadãos brasileiros, esta assistência não chega a ser integral com cobertura total das demandas apresentadas, não só em relação à saúde como outros direitos.

Através da consolidação do SUS, pode-se notar uma relação diferente entre Estado e sociedade no acesso à saúde e em sua disponibilização, visto que a partir de sua implementação os cuidados devem ser articulados com o intuito de acolher as necessidades pelos usuários (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013). Dessa forma, para se acolher é necessário que se tenha um período de escuta e conhecimento das demandas de uma população, grupo, comunidade, etc.

Entretanto vale ressaltar a necessidade da consolidação de outras políticas públicas como educação, lazer e segurança, visto que seus benefícios estão interligados. Seguindo por esta ótica, faz-se necessário identificar o que é saúde para a sociedade, qual o seu valor

(BADZIAK; MOURA, 2010). Visto que para a sensibilização e mobilização em busca de um direito é necessário que se tenha consciência do que se trata e dos seus benefícios.

Logo, para que tal implementação seja efetiva, é necessária atenção às demandas e relacioná-las com as possibilidades existentes e do que se pode criar. É ser sensível na escuta da população para então estabelecer prioridades em meio a tantas necessidades e assim também gerar eficácia na formulação de políticas públicas e resolução de situações reais.

2.3.1. Atenção Básica à Saúde

Por meio da lei 8080/90, também conhecida como Lei Orgânica da Saúde, ocorreu a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) como uma tática que visava integrar as ações existentes de saúde através dos 03 níveis de governo (União, Estados e Municípios), de forma que seu financiamento seria custeado por essas esferas, com um caráter público, através de uma rede de serviços regionalizada, hierarquizada e descentralizada com direção única em cada esfera do governo (BRASIL, 1990a; BRASIL, 1990b).

A utilização do termo “Sistema” é justamente para deixar nítido o entendimento de que as ações, mesmo que em estados/municípios diferentes, irão ocorrer com uma finalidade em comum. O SUS em sua formação é regido por alguns princípios. Dentre eles, temos: a universalidade de acesso aos serviços de saúde, igualdade de assistência à saúde e integralidade. No tocante à universalidade, esta pode ser entendida como um princípio ao qual se almeja o alcance universal, neste caso, espera-se que este serviço/sistema seja acessível a todo e qualquer cidadão. E por serviço entende-se não somente o ofertado, mas como também os contratados pelo poder público (BRASIL, 1990a; TEIXEIRA, 2011).

Em relação à igualdade ou equidade, no princípio IV do art. 7º da lei 8080/90 lê-se “igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie”. Isto significa dizer que todos serão considerados iguais perante o SUS no acesso à saúde e que será assegurada a assistência necessária de acordo com a demanda exigida até o limite de oferta do poder público (BRASIL, 1990a). Entretanto como tratar igualmente pessoas com condições sociais tão diferentes? Teixeira (2011) reitera que reconhecer as desigualdades é o ponto inicial para que sejam desenvolvidas ações para a população, de forma que se trate “desigualmente os desiguais” a fim de tentar equilibrar tais discrepâncias.

Atualmente, o SUS é considerado um dos maiores sistemas de saúde pública do mundo e é o único que garante a assistência integral e completamente gratuita a toda população, com atendimentos envolvendo três níveis de complexidade (BRASIL, 2002b).

Por fim, o princípio da integralidade que se refere às possibilidades de ações existentes para a promoção, prevenção e assistência sistematizadas em práticas para o enfrentamento de problemas e atendimento das necessidades de saúde. Dentre elas, encontram-se ações inespecíficas a grupos populacionais definidos, atuações para a detecção precoce (diagnóstico, tratamento e reabilitação), ações de vigilância ambiental, sanitária e epidemiológica, assistência e recuperação de indivíduos (TEIXEIRA, 2011).

Em meio a essa multiplicidade de ações, a noção de integralidade não diz respeito somente a elas, mas também ao indivíduo que ao ser cuidado, precisa ser compreendido em sua totalidade. Em Brasil (1990a), percebe-se a sensibilidade do entendimento do indivíduo não somente por ele em si, mas também integrado a uma comunidade, em relação com o meio social em que se encontra e com os demais indivíduos de sua região.

Como uma das formas de realizar a aproximação entre a população, o SUS tem em sua composição a Atenção Primária à Saúde (APS) – ou Atenção Básica (AB) como é conhecida no Brasil, sendo considerados termos equivalentes pela Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2011). Ela representa o primeiro nível de contato da sociedade com o sistema de saúde. (GOMES et.al., 2011).

Segundo Oliveira e Pereira (2013) a adoção pelo termo “atenção básica” ao invés de “atenção primária” no Brasil envolve uma tentativa de reorientação nas atividades e ações que serão desenvolvidas nesse nível. Alguns países e organismos internacionais entendem AP como uma assistência de baixa complexidade, focada em populações de baixa renda, meramente com o intuito de minimizar a exclusão social e econômica. E este não é o foco da AB, que visa um acesso universal a todos, como preconiza o SUS.

Entretanto, apesar dessa diferenciação realizada, a recente portaria 2.436 de 21 de setembro de 2017 ratifica que “A Política Nacional de Atenção Básica – AB e Atenção Primária à Saúde - APS, nas atuais concepções, como termos equivalentes, de forma a associar a ambas os princípios e as diretrizes definidas neste documento. (BRASIL, 2017, p.2)”.

A Atenção Básica engloba ações que foquem na promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, reabilitação e redução de danos através de ações de domínio individual e coletivo na tentativa de efetivar uma atenção integral que possa

verdadeiramente impactar na situação de saúde das pessoas. E assim contribuir para a autonomia e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2011).

Para efetivar suas ações, a APS baseia-se em algumas dimensões, sendo elas: atenção ao primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação. A primeira dimensão diz respeito a este nível de atenção ser a “porta” de entrada no que tange à saúde e para atender situações mais amplas, heterogêneas e influenciadas pelo contexto social. A segunda dimensão está relacionada a uma contribuição regular à saúde num espaço de tempo perdurável, com relação entre profissionais, ambiente e família. A integralidade corresponde à capacidade de ofertar os serviços de saúde mais comuns com o compromisso de aliar eles a outros pontos, se necessário. Assim, concretiza-se a coordenação, última dimensão, que visa integrar e organizar todas essas ações (GOMES et. al., 2011).

Em meio aos níveis de atenção existentes, espera-se que a AB seja a principal fonte de conexão entre a população e a rede de saúde. Para favorecer esse acesso, Unidades Básicas de Saúde (UBS) são instaladas perto de onde as pessoas trabalham, estudam, vivem (BRASIL, 2012).

Em geral, nas UBS constam serviços de caráter ambulatorial, com ações em especialidades de formação médica, sendo estas consideradas básicas, tais como: clínica geral, obstetrícia, ginecologia, pediatria e podendo oferecer assistência também de outros profissionais de formação superior, como odontólogos, nutricionistas, psicólogos, dentre outros. Dentre os serviços disponibilizados estão consultas médicas, vacinas, coleta de exames laboratoriais, injeções, tratamento odontológico, encaminhamentos para outras especialidades e etc (BRASIL, 2011).

De acordo com Brasil (2011) que trata sobre a PNAB é interessante destacar que as ações vinculadas à AB não precisam necessariamente ser realizadas uma unidade física, como as UBS. Tais ações podem ser realizadas nas ruas através de Equipes Consultório na Rua ou de modalidades como a Estratégia de Saúde da Família, por exemplo. Ainda no intuito de levar acesso a comunidades mais afastadas, tem as Unidades Básicas Fluviais, dentre outros meios.

Ou seja, observa-se na teoria um diversificado número de estratégias planejadas pelo governo para tentar garantir acesso à saúde, todavia, apesar dos princípios existentes e da descentralização com o propósito de gerar maior autonomia em cada esfera, na prática ainda se observa uma ausência de continuidade na oferta dos serviços. Em parte, justamente devido a uma frágil articulação entre as instâncias gestoras e a gerência dos serviços. Observa-se uma

fragmentação dos serviços públicos, inclusive como reflexo da organização de profissionais e saúde, que na prática são fragmentadas por especialidades (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

Voltamos assim à tentativa de definição de saúde, que em sua imensidão, busca por uma harmonização entre indivíduo, meio, componentes sociais e biológicos inerentes à sua existência. Não ser tido apenas como um somatório construído por partes, mas tentar lidar com o sujeito em sua integralidade.

3. METODOLOGIA

3.1. DESENHO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo populacional transversal, de caráter quantitativo, descritivo e desenhado para identificar as principais estratégias de cuidados em saúde dos moradores do Bairro São Bento e a prevalência de doenças entre os anos 2015-2016. Segundo Hulley et. al. (2015), estudos transversais tem por característica o fato de todas as medições necessárias ao estudo serem realizadas em uma única ocasião ou num curto espaço de tempo, ou seja, há uma sequencia temporal nas aferições.

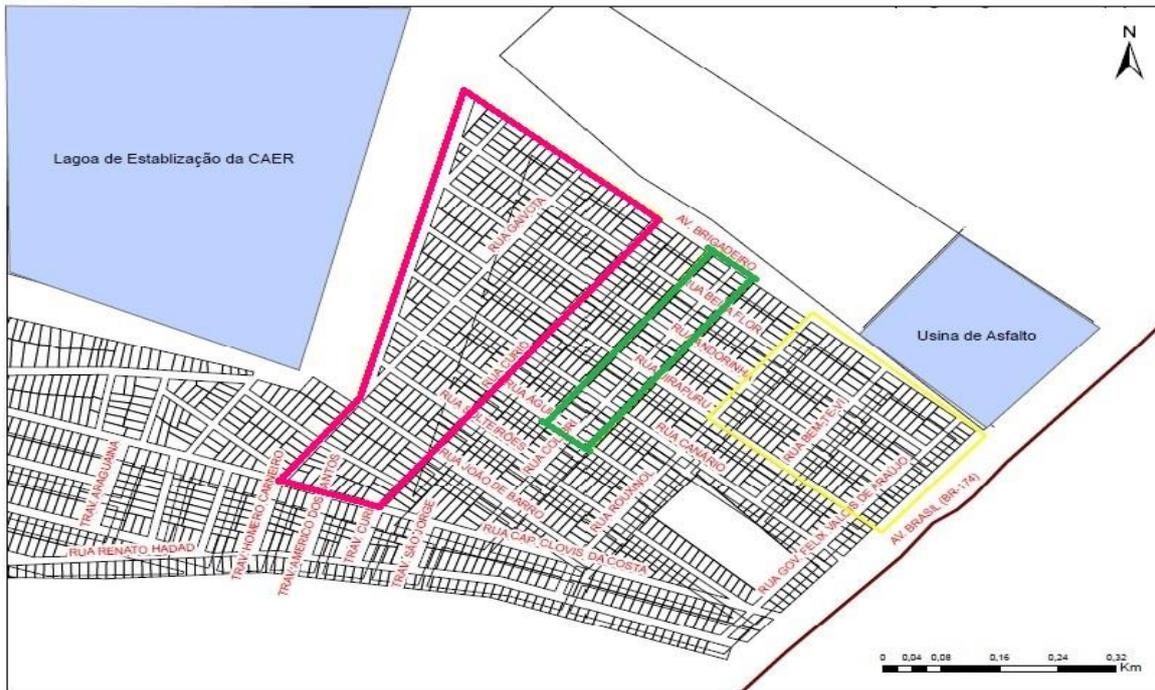
No tocante ao estudo de natureza descritiva, é o que tem como característica a busca por “descobrir e classificar a relação entre variáveis, bem como investigar a relação de causalidade entre fenômenos”. (RICHARDSON, 2012, P.70). Ou seja, este estudo visou identificar os cuidados relacionados a saúde levando-se em consideração os fatores ambientais do bairro.

Por fim, é válido ressaltar que o presente estudo não está vinculado a nenhuma instituição ou órgão de saúde, de forma que todos os dados serão coletados a partir da autorreferência dos participantes.

3.2. LOCAL DO ESTUDO

O local de coleta de dados será o bairro São Bento, porém não em sua totalidade. Para o presente estudo, foram definidas 03 áreas com o apoio do programa ArcGis 10.3 (versão gratuita). Neste sentido, as áreas foram delimitadas com as cores: amarelo, verde e rosa. Assim cada cor corresponde às áreas de aplicação do questionário (Mapa 1), sendo a cor amarela referente às áreas potencialmente vulneráveis devido a proximidade com a Lagoa de estabilização da CAERR ou Usina de Asfalto e a cor verde referente ao espaço intermediário em relação aos dois pontos supracitados. Tais cores, de agora em diante, servirão como referência a tais áreas quando elas forem citadas.

Mapa 1 - Área de aplicação dos questionários no Bairro São Bento.



Fonte: Adaptado pela autora.

3.3. AMOSTRA

A população do bairro, segundo dados do IBGE (2010), é de 6.368 pessoas, todavia ela não foi investigada em sua totalidade. Segundo Leite (2008) “trabalhar com amostras em pesquisa científica significa economia de mão-de-obra, tempo e dinheiro, além de elevar a precisão dos resultados”, pois através dela pode-se inferir a existência de similaridade entre os elementos de uma população que possibilita a representação de suas características.

Para este estudo, a amostragem foi não probabilística por conveniência, ou seja, os sujeitos da pesquisa foram aqueles que estavam no domicílio no momento da chegada do pesquisador, residentes das áreas demarcadas, que aceitaram participar da pesquisa e se encontravam dentro dos critérios de inclusão.

No total foram 333 participantes, distribuídos proporcionalmente entre as áreas. Dessa forma, temos: 51 participantes da área verde, 118 da área amarela e 164 da área rosa todos com nível de confiança de 95% a partir do seguinte cálculo:

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot p \cdot (1 - p)}{Z^2 \cdot p \cdot (1 - p) + e^2 \cdot (N - 1)}$$

Onde:

n - amostra calculada;
 N – população;
 Z - variável normal padronizada associada ao nível de confiança;
 p - verdadeira probabilidade do evento;
 e - erro amostral.

A partir do mapa oficial da prefeitura delimitou-se o número de lotes existentes na área demarcada. Entretanto, nem todos os lotes estavam de fato ocupados. Para esta identificação, realizou-se uma visita ao local para conferir o número de terrenos baldios e os que eram ocupados com construção de casas. Para cada residência deduziu-se a existência de ao menos 02 moradores maiores de idade. Assim, chegou-se aos seguintes números:

Tabela 1 – Composição da amostra da pesquisa.

ÁREA	Número de Terrenos com casa	Questionários Aplicados
Verde	31	51
Amarela	103	118
Rosa	205	164
Total	339	333

3.4. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Foram convidados a participar do estudo os moradores do Bairro São Bento nas quais as residências se encontravam dentro das áreas demarcadas (Figura 2), com pelo menos 18 anos e mediante a assinatura do Termo de Compromisso Livre e Esclarecido – TCLE (Anexo A).

Assim, os indivíduos abordados que não eram moradores do bairro, que não residiam nas áreas demarcadas (Figura 2), e/ou com idade inferior a 18 anos não participaram da pesquisa. Os sujeitos que não aceitaram assinar o TCLE também não foram considerados.

3.5. INSTRUMENTO

Aplicou-se questionário adaptado da ficha de cadastro individual do e-SUS Atenção Básica (Anexo B) ao qual contempla questões de âmbito socioeconômico para caracterização dos participantes e questões relacionadas ao estudo.

3.6. PROCEDIMENTOS DE PESQUISA

Primeiramente realizou-se o mapeamento do bairro para identificação das áreas que se encontram próximas à Lagoa de Estabilização da Companhia de Águas e Esgotos de Roraima – CAERR e da Usina de asfalto. Após esta fase inicial, houve identificação dos terrenos ocupados com casas para realizar a estimativa de possíveis participantes e assim delimitar a amostra.

A etapa seguinte foi a coleta de dados. Nesta etapa, moradores do bairro São Bento que se adequavam aos critérios de inclusão foram convidados a participar da pesquisa. Após o convite, houve o esclarecimento sobre o estudo, para então os indivíduos responderem ao questionário, mediante prévia assinatura do TCLE.

Por fim, realizou-se a tabulação dos dados de cada área pelo programa Excel 2010, presente no pacote de programas do Office. Após a tabulação dos dados, os mesmos foram submetidos a análise com o apoio dos programas SPSS V20, Minitab 16 e Excel Office 2010.

3.7. ASPECTOS ÉTICOS

Os registros da pesquisa foram codificados para aumentar o sigilo e a confidencialidade. É válido ressaltar que a participação esteve condicionada à prévia concordância, mediante a assinatura do TCLE, que foi devidamente submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Roraima – UFRR, com CAAE: 70048917.5.0000.5302.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Inicialmente, para apresentação dos resultados cabe assinalar alguns pontos. Para este trabalho o nível de significância é de 0,05 (5%), ou seja, isto representa o quanto foi adotado como possibilidade em errar nas conclusões estatísticas/análises. Assim, em todos os resultados que serão apresentados foram construídos com 95% de confiança estatística.

A seguir, com a junção das três áreas, foi utilizado o teste de Igualdade de Duas Proporções para caracterizar a distribuição da frequência relativa (percentuais) de todas as variáveis. As frequências foram sempre calculadas para o total válido de cada questão, esse valor é mostrado pelo Total no final de cada tabela. Para uma melhor compreensão dos extensos dados que serão apresentados abaixo, eles estarão organizados em tabelas ou gráficos numa análise descritiva das três áreas juntas caracterizando os resultados de todas as variáveis. Os dados destacados em negrito dentro das tabelas representam o grupo, naquela especificidade que apresenta predominância. No intuito ainda de auxiliar no entendimento dos resultados, eles serão distribuídos em 04 categorias, sendo elas: 1) Caracterização dos sujeitos da pesquisa; 2) Cuidados com a saúde; 3) Estratégias de atenção à saúde; 4) Entre doenças e riscos.

4.1. CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS DA PESQUISA

Os primeiros dados que serão apresentados nos auxiliarão a ter um perfil socioeconômico da população que participou do estudo, com informações referentes à idade, escolaridade, renda, dentre outros. Esses dados são importantes, pois dão uma dimensão do grupo ao quais as informações serão relatadas.

De um modo geral, é um grupo homogêneo, onde encontramos grupos predominantes com representação acima de 50% por item apresentado. Ou seja, através deste dado inicial, nota-se uma baixa variação em relação aos dados referentes à população do bairro, como por exemplo, nas tabelas a respeito de renda, escolaridade, quantidade de moradores, dentre outros. Essa hegemonia não está presente em todas as tabelas a seguir, mas a fim de facilitar a visualização dos dados, o resultado com maior índice estará marcado em negrito.

Tabela 2 – Distribuição para Idade.

FAIXA ETÁRIA	N	%
18 – 25	81	24,33%
26 – 35	93	27,93%
36 – 45	82	24,62%
46 – 55	35	10,51%
56 – 65	27	8,11%
66 em diante	13	3,90%
Não sabe	02	0,60%
Total	333	

O grupo apresentado tem percentuais muito semelhantes para os três primeiros grupos etários, mas com prevalência de participantes com idade entre 26 a 35 anos, representando 27,93% do total, ou seja, trata-se de um grupo adulto jovem (Tabela 2).

Tabela 3 – Distribuição para tempo que mora no bairro.

TEMPO	N	%
Menos 01	37	11,1%
01 a 03	63	18,9%
04 a 07	57	17,1%
08 a 11	104	31,2%
Mais 11	72	21,6%
Total	333	

Através dos dados, pode-se identificar uma população que reside no bairro há aproximadamente 01 década, visto a prevalência do grupo que reside entre 08-11 anos (31,2%). (Tabelas 3).

Tabela 4 – Distribuição para responsável familiar.

RESP. FAMILIAR	N	%
Não	80	24,0%
Sim	253	76,0%
Total	333	

Tabela 5 – Distribuição para sexo.

SEXO	N	%
Feminino	206	61,9%
Masculino	127	38,1%
Total	333	

Tabela 6 – Distribuição de cor/etnia.

COR/ETNIA	N	%
Amarela	23	6,9%
Branca	39	11,7%
Indígena	31	9,3%
Parda	203	61,0%
Preta	37	11,1%
Total	333	

Dentre os entrevistados, 76% afirmaram ser o responsável familiar da residência. No que diz respeito à distribuição para sexo, houve um domínio do grupo feminino com um total de 61,9% e dos que se autodeclararam pardos, representando 61% (Tabelas 4,5,6).

Em relação à orientação sexual dos participantes, alguns não quiseram fornecer tal informação, perfazendo um total de 23,7% (n=79). Dentre os que informaram 76,3% (n=254), a predominância foi de heterossexuais totalizando 252 participantes (99,2%). Apenas 02 (dois) participantes dos que concordaram em informar a orientação sexual se declararam gay/lésbica (01 de cada).

Assim, levando-se em consideração que a maior parte dos participantes é do sexo feminino e que a maioria se declarou como responsável familiar é possível que um elevado número dessas famílias seja governado por mulheres. Tais dados coincidem com os do IBGE em “características gerais dos moradores 2012-2016”, que apontam para uma diminuição dos homens nessa posição.

Pode-se observar também que embora a prevalência de tempo no bairro seja alta, em torno de 01 década, ao contrário do que se poderia imaginar, encontrou-se residentes predominantemente adultos-jovens. Ou seja, residem no bairro há um longo período e que já são responsáveis pelos seus lares, são pessoas que assumem cedo responsabilidades por um lar. A seguir outros dados relativos à população:

Tabela 7 – Distribuição dos moradores por regiões brasileiras.

REGIÕES BRASILEIRAS	N	%
Norte	212	
*Roraima	*155	75,66%
Nordeste	65	19,51%
*Maranhão	*54	
Centro-oeste	01	0,30
Sudeste	03	0,90
Sul	03	0,90%
Não Sabe	1	0,30%
Guiana Inglesa	2	0,60%
Venezuela	6	1,80%
Total	333	

* Nas 02 regiões predominantes está identificado o estado com maior “n” de cada.

Em relação à distribuição por regiões, prevaleceram as regiões norte (75,66%) e nordeste (19,51%). Dentre essas regiões, os estados com destaque foram Roraima (46,54%) e Maranhão (16,21%). Em menor quantidade, houve participantes estrangeiros da Guiana Inglesa (0,60%) e Venezuela (1,80%), países que fazem fronteira com Roraima. (Tabela 7).

Tabela 8 – Distribuição para quantidade de moradores por residência.

MORADORES POR RESIDÊNCIA	N	%
1 a 3	111	33,3%
4 a 6	169	50,8%
7 a 10	49	14,7%
11 a 13	3	0,9%
Mais 13	1	0,3%
Total	333	

Tabela 9 – Distribuição da renda em salário mínimo.

RENDA	N	%
Até 1	166	49,8%
1 a 2	131	39,3%
2 a 4	30	9,0%
5 a 7	3	0,9%
Não tem/Não sabe	3	0,9%
Total	333	

Trata-se de uma população que, no geral, tem de 04 (quatro) a 06 (seis) moradores por casa (50,8%) com renda familiar de até 01 (um) salário mínimo, representando 49,8% dos

entrevistados. Em seguida são as famílias com renda entre 01 (um) a 02 (dois) salários totalizando 39,3% da população. Ou seja, nota-se aqui um predomínio de casas com um número relativamente alto de moradores e com uma renda baixa, ao se dividir o valor da renda pela quantidade de pessoas (Tabelas 8, 9).

A fim de exemplificar uma possível situação familiar, na época da aplicação dos questionários o salário mínimo era de R\$ 937,00 reais. Ao se dividir esse total por 06 moradores obtemos uma média de R\$ 156,16 por morador ao mês. Isso se for levado em consideração que a família chegou a alcançar o valor do salário mínimo. Entretanto, vale ressaltar que a predominância foi de até 01 salário, ou seja, não necessariamente as famílias alcançam esse valor mensalmente. Mas voltando ao cálculo, de acordo com o Banco Mundial¹ é considerada pobre a pessoa que tem renda familiar equivalente a US\$ 5,50 por dia, convertendo para o real, o equivalente a aproximadamente R\$ 18,04 por dia².

Assim, ao se pensar no mínimo por dia ao longo de um mês, temos: R\$ 18,04 x 30 dias = R\$ 541,20. Dessa forma, conclui-se que as famílias são predominantemente pobres, seguindo como base o dado do Banco Mundial, pois o mínimo por pessoa seria de R\$ 541,20 e visto que as famílias de 04 moradores/casa do bairro estão com uma média de R\$ 156,16/por pessoa, ou seja, com uma renda 3,5 vezes inferior ao recomendado.

Essa baixa renda pode ser explicada também pela situação de trabalho dos participantes. Primeiramente, 34,8% dos participantes se declararam desempregados na época da pesquisa. Ao se comparar as taxas de autodeclarados desempregados do bairro com a média nacional, observa-se praticamente uma duplicação, visto que segundo o IBGE o ano de 2017 teve média de 12,7%. Em relação à situação no mercado e trabalho, 27% são autônomos (com ou sem previdência) e apenas 15% são assalariados com carteira assinada. (Tabela 10).

Tabela 10 - Distribuição por situação de trabalho.

SITUAÇÃO DE TRABALHO	N	%
Aposentado	13	3,9%
Assalariado com carteira	50	15%
Assalariado sem carteira	15	4,5%
Autônomo com previdência	28	8,4%

¹ Fonte: <http://agenciabrasil.ebc.com.br/economia/noticia/2017-12/ibge-brasil-tem-14-de-sua-populacao-vivendo-na-linha-de-pobreza>

² Para o cálculo foi consultado o valor do dólar no dia 09/02/2011, que estava R\$ 3,28 de acordo com o Banco Central do Brasil (<http://www4.bcb.gov.br/pec/taxas/batch/taxas.asp?id=txdolar>).

Autônomo sem previdência	62	18,6%
Desempregado	116	34,8%
Empregador	8	2,4%
Não trabalha	39	11,7%
Pensionista	2	0,6%
Total	333	

Logo, em meio ao exposto, conclui-se que boa parte dessa população vive sem uma renda fixa por mês, alguns com trabalhos informais. É possível que esse dado seja reflexo também da escolaridade, visto que a maior parte dos participantes tem o ensino médio completo (34,5 %). Em seguida, a maior concentração encontra-se no nível fundamental incompleto (30,3%), sendo esses dois grupos os mais representativos. Dentre os que chegaram a ingressar no ensino superior, 6,9% conseguiram concluir os estudos, levando-se em consideração aqui os que se encontram nas categorias “ensino superior” e “especialização”. (Tabela 11).

Tabela 11 – Distribuição de “Escolaridade”.

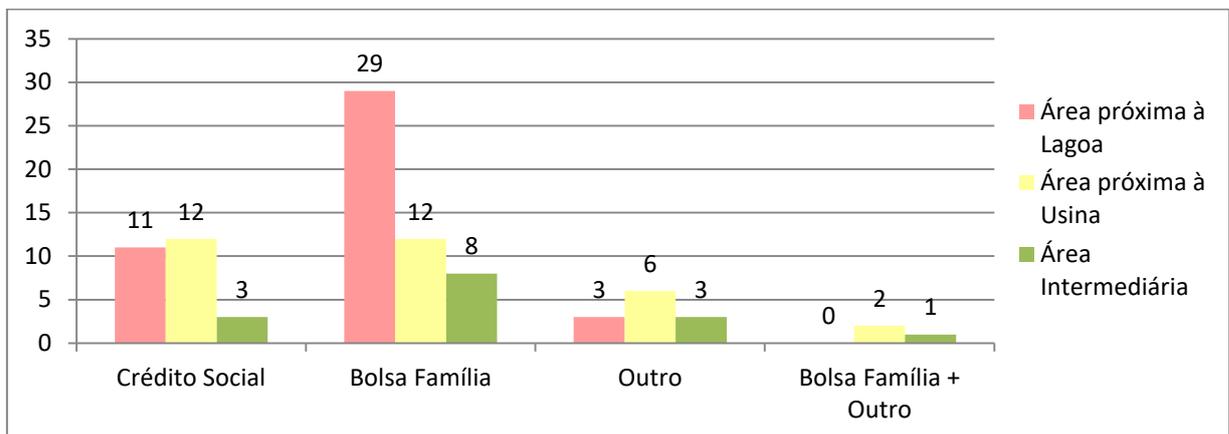
ESCOLARIDADE	N	%
Nenhum	10	3,0%
Alfabetizado	7	2,1%
Pré – escola	2	0,6%
Fundamental Incompleto	101	30,3%
Fundamental Completo	7	2,1%
Médio Completo	115	34,5%
Médio Incompleto	36	10,8%
Profissionalizante Nível Tec.	1	0,3%
Profissionalizante Téc. Incompleto	1	0,3%
Superior Completo	20	6,0%
Superior Incompleto	30	9,0%
Especialização	3	0,9%
Total	333	

Como forma de auxílio na renda familiar, 27,02% (n=90) do total de participantes informaram receber benefícios sociais de programas governamentais, sejam do âmbito federal ou estadual. Os benefícios mais citados foram o Bolsa Família (federal) com 52 beneficiários e o Crédito Social (estadual) com 26 beneficiários, dentre os sujeitos da pesquisa. Apenas 03

participantes informaram receber concomitantemente mais de um benefício. Outros benefícios citados foram seguro desemprego, aposentadoria, vale alimentação e bolsa universitária.

O Bolsa família é um programa governamental de âmbito federal com o intuito de auxiliar famílias em situação de pobreza e/ou extrema pobreza com o intuito de possibilitar o acesso, mesmo que mínimo, a direitos sociais básicos. O crédito social é um programa semelhante, porém da esfera estadual. Ambos os programas têm características semelhantes quanto aos critérios para acesso ao benefício e aos objetivos. Os dados a respeito da sua distribuição podem ser conferidos em detalhes por área de aplicação dos questionários no gráfico abaixo.

Gráfico 1 - Distribuição dos benefícios por área pesquisada.



Em meio a essa caracterização, na qual é constatada uma população majoritariamente pobre, de média a baixa escolaridade e com famílias numerosas, questiona-se a aplicabilidade das políticas públicas. Souza (2006) nos relembra que as escolhas dos agentes repercutem na sociedade e na economia, que são por meio delas que os governos manifestam seus propósitos. Ao se pensar nas políticas como recursos para ajudar a solucionar (ou ao menos amenizar) as desigualdades sociais existentes.

De fato, aqui não se tem a fantasia de que todos os problemas sejam solucionados por meio de políticas públicas. Porém, embora esses dados no momento sejam por meio de gráficos e tabelas, representam na prática pessoas que precisam dessa intercessão do Estado. Por meio de relatos ao longo da aplicação dos questionários, nota-se o quanto um benefício social, por exemplo, é decisivo para algumas famílias. E o quanto tantas outras que também precisam, mas não são assistidas. De um modo geral, quase $\frac{1}{3}$ do total de participantes

recebem algum benefício, no entanto praticamente metade desse mesmo público tem renda de até 01 salário mínimo. Neste ponto já é possível notar tantas outras famílias que também precisam de recursos como esses.

Não se trata também apenas de utilizar políticas públicas para remediar o existente, mas de se pensar em políticas que possibilitem uma perspectiva de mudança e possibilitar acesso a serviços essenciais, em meio à sua necessidade. Atualmente há somente 01 escola municipal no bairro, que abrange o ensino fundamental. Aqui se pode pensar em como esta informação isolada pode afetar de diversas os moradores do bairro, como por exemplo: famílias com crianças pequenas precisam buscar creches em outros bairros para poderem trabalhar e a criança não ficar sozinha, ou um dos responsáveis não trabalhar para poder cuidar da criança, jovens que precisam se deslocar para outros bairros para realizar o ensino médio, dentre outras.

Levando-se em consideração famílias com poucos recursos financeiros, ao se preconizar por políticas acessíveis, deve-se pensar em estratégias que facilitem o acesso. Neste caso, específico dos moradores do bairro São Bento, em como eles poderão chegar a alguma unidade de serviço de saúde, visto que para se deslocar para outros bairros alguns custos são indispensáveis. Neste sentido, questões básicas podem ser suscitadas, como: de que forma um morador que por vezes não tem dinheiro para se alimentar terá condições financeiras para se deslocar?

4.2. CUIDADOS COM A SAÚDE

Nesta categoria serão apresentados os resultados para ajudar a nortear algumas ações que os sujeitos da pesquisa realizam e que podem influenciar em sua condição de saúde. Aqui temos desde o tipo e frequência de serviço que costuma buscar até o que costumam fazer para ter uma melhor qualidade de vida.

Os dados serão iniciados pelo tipo de serviço de saúde que costumam buscar, e o tipo Público prevaleceu com 97,3% (n=324). As outras apresentadas foram: Convênio com 0,9% (n=3) e Privado com 1,8% (n=6). E com o intuito de averiguar com que frequência os serviços de saúde eram procurados, identificou-se que 72,7% buscam somente quando sentem necessidade. (Tabela 12).

Tabela 12 - Distribuição para Frequência na busca por serviços de saúde.

FREQUÊNCIA NA BUSCA POR SERVIÇOS DE SAÚDE	N	%
Esporadicamente	9	2,7%
Frequentemente (06 a 08 vezes ao ano)	15	4,5%
Muito (09 vezes ou mais ao ano)	22	6,6%
Não vai	01	0,3%
Necessidade	242	72,7%
Pouco (01 a 05 vezes ao ano)	44	13,2%
Total	333	

Os dados apresentados na tabela supracitada indicam características da percepção dos participantes quanto à forma como lidam com cuidados relativos ao corpo. Ao se buscar por atendimentos somente diante da necessidade, reafirma-se o modelo biomédico com entendimento sobre o processo saúde-doença como polaridades, tendo aspectos biológicos como disparadores na busca por atendimento. Foca-se no tratamento e se afasta da prevenção.

Talvez pela demora no serviço, quando se é buscado. Ou a falta de profissionais, equipamentos, dentre tantas outras causas. Talvez por ser necessário ainda explicar a alguns profissionais sobre um cuidado mais básico ainda, que vai além do envolvimento de saber científico, com técnicas. Num espaço em que não somente usuários, mas também profissionais estão cercados, e por vezes atados à precariedade de alguns serviços, Ayres (2004) retoma que por vezes a relação de cuidado pode ser tão benéfica e causar tanta transformação quanto o que se está nos manuais e protocolos.

Nesse cuidado, constrói-se espaço para que aquele paciente possa ser escutado, acolhido e se sinta de fato atendido. Embora a qualidade na prestação dos serviços e equipamentos procurados não tenha sido o foco do estudo, a forma como os participantes, por vezes foram tratados em tais locais, surgiu em suas falas ao responderem o questionário. São pequenas atitudes que também podem contribuir para a percepção e busca por tais serviços.

Em relação à percepção quanto ao peso, mais da metade dos participantes se consideram estar com o peso adequado para o seu corpo, totalizando 57,4% (n=191). No entanto, 33% consideram-se acima do peso (Tabela 13).

Tabela 13 – Distribuição de percepção quanto ao peso.

PERCEPÇÃO QUANTO AO PESO	N	%
Abaixo	32	9,6%
Acima	110	33,0%
Adequado	191	57,4%
Total	333	

Em relação frequência diária de alimentação, 50,8% (n=169) informaram que conseguem se alimentar 02 ou 03 vezes ao dia, ou seja, são pessoas que realizam apenas as refeições principais (café da manhã, almoço e jantar). Em seguida, com 47,7% (n=159) foram os participantes que realizam 03 ou mais refeições ao longo do dia. E tiveram ainda participantes que informaram realizar apenas uma refeição ao dia, totalizando 1,5% (n=5).

Defante, Nascimento e Lima-Filho (2014), em sua pesquisa sobre comportamentos de consumo de alimentos em famílias de baixa renda identificaram que o preço do produto é o principal requisito levado em consideração na escolha por um alimento, seguido por saúde, sabor e tempo para preparo. Assim, quanto menor a renda, maior a impotância dada ao preço. Ou seja, embora alimentar-se algumas vezes ao dia e com alimentos saudáveis seja uma variável importante, a questão preço pode acarretar significativamente na escolha por alimentos que não fazem bem à saúde e que podem favorecer problemas de saúde, como a obesidade.

Tabela 14 – Distribuição para uso de bebida alcoólica.

USO DE BEBIDA ALCOÓLICA	N	%
Não	249	74,8%
Sim	84	25,2%
Total	333	

Levando-se em consideração que a maior parte dos participantes era do sexo feminino, os resultados apresentados na tabela 15 condizem com outras pesquisas relacionadas ao tema. De acordo com o relatório da Organização Panamericana da Saúde – OPAS, o consumo de álcool por mulheres, no Brasil, é aproximadamente 03 vezes menor se comparado ao dos homens (Pan American Health Organization, 2015).

Tabela 15 - Distribuição para Fumantes.

FUMANTE	N	%
Não	295	88,6%
Sim	38	11,4%
Total	333	

Tabela 16 - Distribuição para uso de outra droga.

USO DE OUTRA DROGA	N	%
Não	327	98,2%
Sim	6	1,8%
Total	333	

De um modo geral, a maior parte afirmou não fumar (88,6%), não consumir álcool (74,8%) ou qualquer outro tipo de droga (98,2%). Em relação a esses dados, no entanto, pode ser que haja variação entre os moradores (Tabelas 15, 16). Vale ressaltar, que dentre os riscos apontados pelos moradores entrevistados que será apresentado adiante, encontra-se “drogas/usuários de drogas” e ao longo da aplicação a equipe responsável pela coleta era alertada, por exemplo, a não abordar casas que eram conhecidas por ser ponto de venda de drogas e havia a possibilidade de existir um maior número de usuários autodeclarados.

No entanto, em referência aos dados da tabela 16, entre falas não quantificadas, alguns participantes chegaram a citar o consumo de remédios como drogas, mas ao optarem de fato pela resposta a dar, levavam em consideração apenas drogas ilícitas.

Tabela 17 - Distribuição para Esporte/ Atividade Física.

ESPORTE/ATIVIDADE FÍSICA	N	%
Futebol	36	37,5%
Caminhada	19	19,8%
Musculação	9	9,4%
Não especificou	8	8,3%
Corrida	6	6,3%
Vôlei	6	6,3%
Ciclismo	3	3,1%
Aeróbica	2	2,1%
Artes marciais	2	2,1%
Capoeira	2	2,1%

Basquete/ Dança/ Longboard* *01 de cada	3	3,1%
Total	96	

Ao se pensar na construção de políticas públicas voltadas para o lazer, encontramos uma imprecisão em sua definição/intenção, pois temos 02 linhas de segmento: o primeiro que enxerga o lazer sob uma perspectiva mercantilista, como um bem a ser consumido e a segunda que a vê como gerado e despendido na sociedade, possibilitando a constituição e produção de valores (HOURCADE; GUTIERREZ, 2004).

Tais políticas são voltadas para tentar viabilizar condições qualidade de vida à sociedade, a partir do entendimento já estabelecido de que saúde não é somente ausência de doença. Assim, na tentativa de manter uma rotina que proporcione condições favoráveis para a saúde, 28,8% (n=96) dos sujeitos da pesquisa informaram que praticam esportes ou algum tipo de atividade física semanalmente. Desses, 37,5% (n=36) informaram que a frequência da prática é de 02 ou 03 vezes por semana e 32,3% (n=31) praticam mais de 03 vezes na semana. O futebol foi a prática mais apontada pelos participantes, seguida da caminhada, sendo essas atividades que podem ser realizadas de modo grupal ou individual, e são opções que não requerem necessariamente um elevado investimento financeiro para sua realização. (Tabela 17).

Em relação ao desempenho de atividades de lazer ao longo da semana, 31,8% (n=106) informaram conseguir realizar alguma. Já nesta questão, a frequência predominante foi de apenas 01 vez na semana totalizando 44,3% (n=47). A distribuição das atividades mais recorrentes pode ser observada na tabela a seguir.

Tabela 18 - Distribuição para atividade de lazer.

ATIVIDADE DE LAZER	N	%
Passear	38	35,8%
Atividades Físicas: Caminhar/Futebol/Musculação/ Dançar / Natação/ Correr/ Treino Funcional	15	14,1%
Ia à Banho	13	12,3%
Não especificou	9	8,5%
Ir à Igreja	8	7,5%
Cinema/prça	6	5,6%
Ir ao Sítio/Pescaria	5	4,7%
Atividades com a família	3	2,7%
Assistir televisão/ Vídeo game	3	2,7%

Viajar	2	1,9%
Ler/ Ir ao Projeto Cabelos de Prata/ Teatro/ Tocar violão*	4	3,6%
*01 de cada		
Total	106	

Embora as políticas públicas voltadas para o lazer não sejam consideradas como prioridade pelo poder público, é notório sua relevância visto a potencialidade de intervenção na realidade social. Talvez essa não priorização decorra de uma hierarquização decorrente dos valores de uma sociedade que valoriza os interesses do capital em detrimento de questões sociais (HOURCADE; GUTIERREZ, 2004). Ou talvez até, outras questões como saúde, segurança e educação estejam tão afloradas, que o lazer acabe ficando para um segundo plano em meio a tantas necessidades.

No entanto, o que se apresenta no momento é uma amostra representativa em que somente 28,8% realizam atividades físicas e 31,8% conseguem ter atividades de lazer. Ou seja, numericamente, aproximadamente 70% da população não consegue realizar atividades físicas ou desfrutar de atividades prazerosas, por exemplo. Retomando o conceito da OMS em que “saúde é o mais completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de enfermidade”, podemos então dizer que essa é uma população não saudável?

Retomando a questão da acessibilidade, essencial às políticas públicas, confirma-se então que para que seja viável a sua realização é necessário que o estado oferte, é necessária disponibilidade desse meio. Ao se pensar na Atenção Básica que visa também à prevenção, atividades nesse sentido são de extrema importância. Ou seja, investir em ações que não foquem apenas no tratamento.

Dando continuidade a alguns outros aspectos que podem repercutir na vida e saúde dos indivíduos temos, por exemplo, saneamento básico e cuidados com a higiene corporal. A tabela 19 nos apresenta dados da amostra total, na qual é possível identificar que em relação à higiene corporal, os índices estão todos acima dos 96%. No entanto, ao se tratar das condições que envolvem saneamento básico, como acesso à água encanada e rede de esgoto nas residências, os números caem, ilustrando assim a carência na cobertura por tais serviços no bairro, como pode ser observado na tabela a seguir.

Tabela 19 - Condições ambientais determinantes à saúde.

ACESSO À	SIM	NÃO
Água Encanada	77,2% (n=257)	22,8% (n=76)
Rede de Esgoto	68,5% (n=228)	31,5% (n=105)
Banho diário	99,7% (n=332)	0,3% (n=1)
Higiene Bucal	96,7% (n=322)	3,3% (n=11)
Vaso Sanitário	99,1% (n=330)	0,9% (n=3)
Total	333	

A partir desses resultados, embora seja um percentual expressivo quanto ao acesso a alguns fatores determinantes à saúde, observa-se que nem todos os participantes têm acesso à água encanada ou rede de esgoto. Nesses casos, foi perguntado se eles teriam algum método alternativo para lidar com a ausência desses recursos. Dentre os que responderam, as respostas foram ou a utilização de desvio de água encanada para a sua casa (8,4%, com n=28), o que chamam de “gato”, no caso da falta de água, e como alternativa à rede de esgoto a utilização de fossa nas casas (5,1%, com n=17).

Pormenorizando os dados totais, eles serão apresentados em sua distribuição por área. O “n” de cada área é 51, 118 e 164 correspondente às áreas verde (intermediária), amarela (próxima à usina) e rosa (próxima à lagoa), respectivamente. Ou seja, o gráfico abaixo indica que a área com os maiores números quanto à ausência de água encanada e rede de esgoto são as casas localizadas na área rosa, que é a área mais próxima a Lagoa de estabilização da CAERR.

Gráfico 2 – Condições determinantes de saúde na área próxima à lagoa da CAERR.

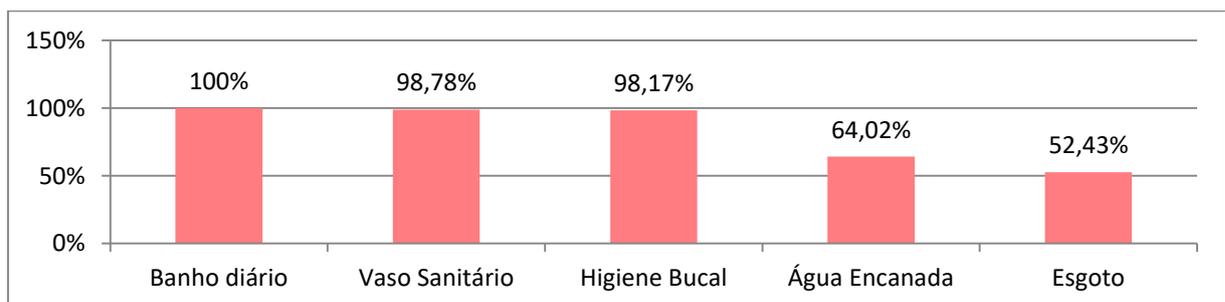


Gráfico 3 - Condições determinantes de saúde na área próxima à Usina de asfalto.

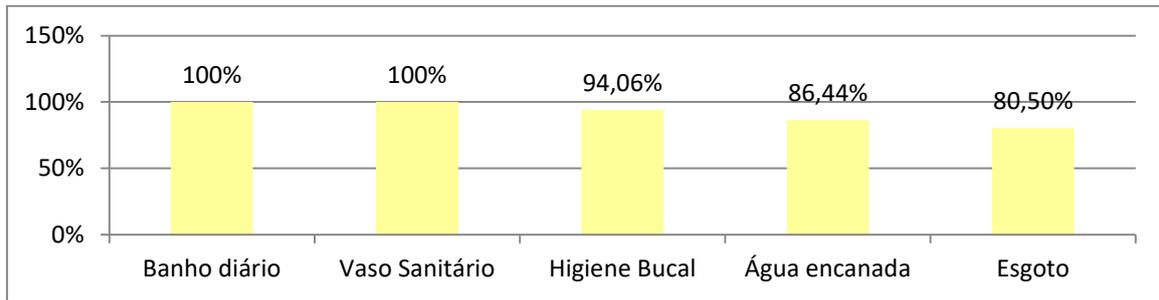
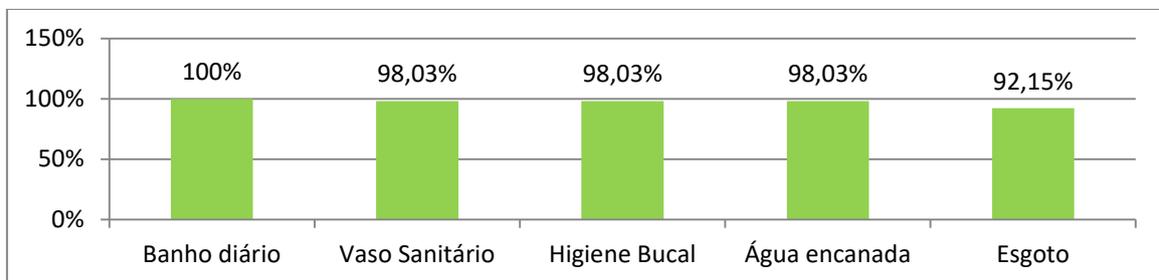


Gráfico 4 - Condições determinantes de saúde na área entre Usina e Lagoa.



O valor do saneamento está na relação com a saúde da população, visto que de um modo geral, países com maior grau de desenvolvimento apresentam menores carências na cobertura desses serviços. Assim, entende-se saneamento como uma forma de controle de fatores do meio físico do homem que possam causar efeitos danosos ao seu estado físico, social e ambiental. Assim, focar na questão saúde-ambiente, questões sanitárias e hábitos sanitários são valorosos para a manutenção da saúde. No Brasil, as ações voltadas para o saneamento são principalmente as de: abastecimento de água, esgotamento sanitário, limpeza pública, drenagem pluvial e controle de doenças transmissíveis (HELLER, 2011). No entanto, segundo dados do IBGE (2010), no município de Boa Vista, um pouco mais da metade (54,1%) dispõe de esgotamento sanitário adequado e de acordo com a percepção de risco dos participantes, a ausência de tais serviços também é citada, o que poderá ser coferido mais adiante na tabela 23.

Neste sentido, ao analisarmos as condições socioeconômicas, culturais e ambientais dos participantes, podemos identificar uma população que depende da presença do Estado para sua subsistência não somente do corpo, mas também em essência. Um Estado que não somente controle ou se desresponsabilize por meio do argumento do livre arbítrio, como por

exemplo, a “escolha ou não” pela realização de atividades físicas, mas que além da estrutura de praças, também forneça segurança para que esses espaços possam ser utilizados.

Dessa maneira, torna-se evidente a necessidade da articulação entre as políticas. É nítido que a descentralização das atividades é necessária para a fluidez dos serviços, no entanto, ao se pensar numa gestão que visa gerar condições de bem-estar à sociedade, elementos dos âmbitos socioeconômicos, culturais e ambientais precisam estar entrelaçados, se complementar para que então o equilíbrio necessário seja algo palpável.

4.3. ESTRATÉGIAS EM ATENÇÃO À SAÚDE

Diversas são as formas que o indivíduo pode agir para lidar com situações que afetam sua saúde. Para auxiliar nesse processo, recorre-se a estratégias ou mecanismos que condizem com sua história de vida, crenças pessoais sobre o processo de adoecimento, disponibilidade de serviço, dentre outros.

Em se tratando de políticas públicas da saúde voltadas para o cuidado e prevenção, a UBS e ESF são importantes recursos de assistência à sociedade. No entanto, nem sempre de fácil acesso, como é o caso do local de estudo, em que os moradores precisam se deslocar para outros bairros para conseguir obter os serviços prestados por essas unidades, visto que a unidade do local ainda não foi concluída.

Independentemente da área, a busca por uma UBS e a automedicação prevaleceram entre as estratégias apresentadas. Ao serem questionados sobre quais condutas têm ao identificar algum sintoma ou sentirem algo que lhes cause incômodo na qual eles acreditam que seja necessária alguma intervenção, os resultados apresentados foram os seguintes (Tabela 20).

Tabela 20 - Estratégias utilizadas para cuidados em saúde.

ESTRATÉGIA	SIM	NÃO
Profissional de Saúde	4,2% (n=14)	95,8% (n=319)
Automedicação	48,0% (n=160)	52,0% (n=173)
UBS	62,5% (n=208)	36,9% (n=123)
Familiares	10,8% (n=36)	89,2% (n=297)
Curandeiro	0,3% (n=1)	99,7% (n=332)
Plantas Medicinais	11,4%	88,6%

	(n=38)	(n=295)
Total		333

A partir das estratégias apresentadas, os modelos podem ser representados através da personificação de instituições ou representações de elementos que sejam considerados decisivos para o processo de cura, sendo validados de acordo com as crenças individuais.

Movimentando-se pelos modelos popular e mágico-religioso, encontramos aqui a utilização de plantas medicinais com 11,4% dos participantes e em menor escala, a busca por curandeiro (0,3%), mediante a crença de que ele poderia auxiliar nesse momento, devido à significância que o indivíduo atribui a ele.

Em relação à utilização de plantas medicinais como recursos terapêuticos, em que o conhecimento era tradicionalmente repassado entre famílias/grupos/culturas, observa-se uma alteração quanto a essa realidade. Tais práticas, asseguradas por portarias e políticas públicas, vêm sendo incluídas nos equipamentos de saúde e na formação de profissionais.

Já nos anos 70 a OMS incentivava a inclusão da medicina tradicional e a medicina complementar e alternativa nas políticas públicas nacionais e internacionais. No Brasil, em 2006, o Ministério da Saúde aprovou a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos, que serviu de base em 2009 para o Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos. Já em 2012, elas foram incluídas como práticas integrativas e complementares na atenção básica (BRASIL, 2012).

As vantagens da inclusão de tais práticas reflete na redução dos custos, maior satisfação entre os usuários e equidade em situações de desigualdade social. Levando-se em consideração não somente o público do estudo, mas de um modo geral, uma maior divulgação dessas práticas, inclusive o ensino sobre quando usar, quais plantas em quais condições e o manejo de preparo poderia auxiliar, por exemplo, a reduzir as longas esperas nos postos.

Entretanto, predominante é a validação de como o modelo biomédico e seus recursos são utilizados pelos participantes, que os reconhecem como instrumentos de cura ou alívio da dor, como no caso da automedicação, sendo a segunda estratégia mais citada com 48%. Tal ação sendo realizada através de conhecimentos adquiridos e apropriados pelos indivíduos em relação aos recursos farmacêuticos disponíveis.

Logo, indivíduos que são atravessados por diversos meios de influência buscam formas de manejar o sofrimento e/ou adoecimento ao qual padecem. A partir do entendimento de que para quem sofre a dor vai além de questões biológicas e critérios médicos, têm-se a crítica de Ivan Illich (1975 apud Tesser, 2006) que amplia o conceito de iatrogênese para 03

níveis, englobando a iatrogênese cultural e ampliando a compreensão acerca do processo da medicalização.

Assim, inseridos em uma sociedade que preza pelo bem-estar constante, na qual se incentiva a anestesia incessante de sintomas e sofrimento, em que se entende a saúde como um completo bem-estar físico, mental e social, como então se surpreender com uma população que recorre à automedicação em meio às suas necessidades?

Por consequência, na ausência de uma base cultural ou conhecimento que propicie alternativas, indivíduos aprendem a lidar com sua dor de maneira institucionalizada. Ocorre então uma intervenção da biomedicina, por meio da redefinição das experiências e dos comportamentos humanos, como se fossem problemas médicos, de modo que a medicalização como um processo que utiliza meios medicamentosos para suavizar comportamentos considerados inadequados ou que se encontrem desviantes do padrão comum. Ou ainda como uma forma de encobrir problemas sociais, delegando aos medicamentos a função de curador dos sintomas identificados (TESSER, 2006).

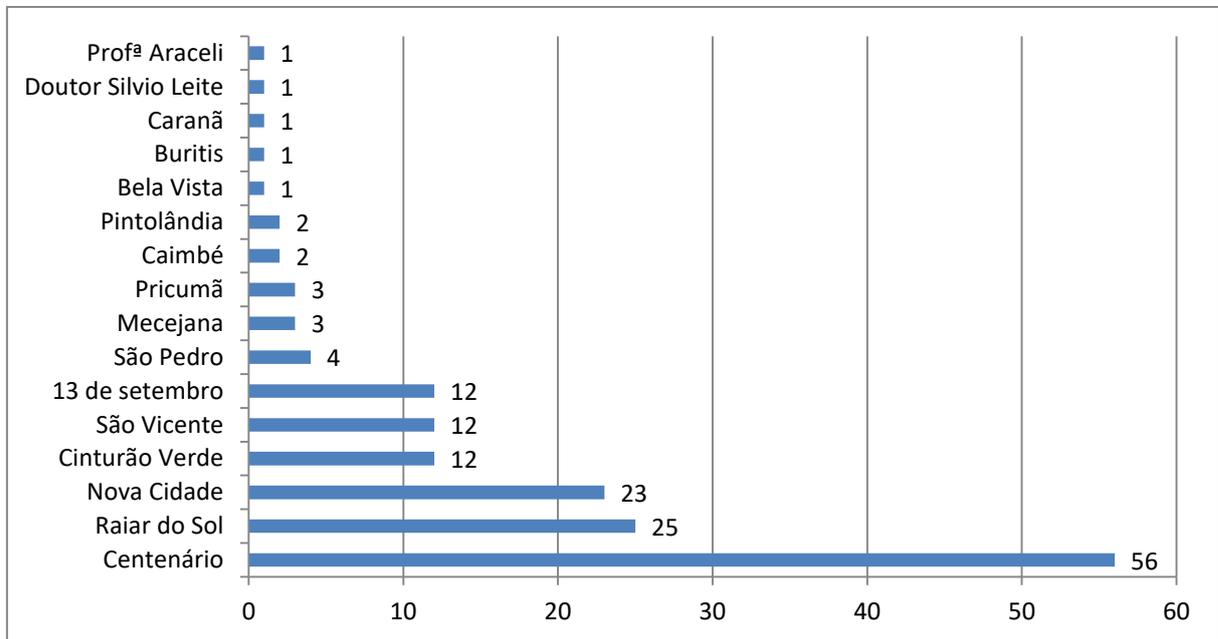
Por exemplo: uma dor de cabeça pode ser um indicativo que o corpo dá ao indivíduo que ele precisa descansar, se alimentar ou algo do tipo. E ao invés dele se perceber e refletir qual possível comportamento dele está ocasionando essa dor para então modificá-la, a resposta automática que realiza é a automedicação para se livrar da dor e seguir em sua rotina. Não há espaço para a manifestação da dor. Não há espaço para uma autorreflexão sobre o seu existir. Ele apenas segue a rotina no automático.

Dando continuidade às estratégias mais utilizadas, apesar das dificuldades no acesso às UBS, a busca por uma em outro bairro para que suas necessidades sejam atendidas é de 62,5%, sendo esta a mais citada. Levando-se em consideração o expressivo número e que a busca ocorre predominantemente quando há necessidade, entende-se então que de certa forma elas são atendidas, na percepção dos participantes.

Entretanto, ao se levar em consideração que as UBS estão no nível primário quanto aos cuidados, e que como porta de entrada e focada também na prevenção e não somente posvenção, deve promover o acesso à saúde dos lugares de vida e trabalho das pessoas, como por exemplo, por meio dos trabalhos com equipes multiprofissionais que realizam as visitas (GOMES et.al., 2011). Dessa forma, diante as demandas contínuas existentes nas UBS será que tal trabalho consegue ser realizado? Será que se existisse de fato, a maior parte da população pesquisada buscaria por tais serviços apenas diante de suas necessidades?

Evidentemente não coube a este trabalho pesquisar a rotina de trabalho das unidades de serviço de saúde próximas ao bairro, mas em meio à frequência por serviços de saúde

Gráfico 5 - Distribuição por bairro das Unidades Básicas de Saúde procuradas pelos moradores do São Bento.



Algumas outras opções foram citadas como recurso ao se buscar serviços de saúde, inclusive a ida a outro município. Observa-se, no entanto, que dentre as alternativas prevalecem hospitais. Um dado semelhante é a busca em decorrência da proximidade com o local de residência, prevalecendo dentre os hospitais, o situado na zona oeste (Tabela 21).

Tabela 21 – Demais locais de busca por serviços de saúde.

LOCAIS	N
Policlínica Cosme e Silva	29
Hospital Geral de Roraima	23
Hospital Coronel Mota	3
Unimed	3
Exército	1
Não sabe	2
Hospital da mulher	1
Município Iracema	1
Total	63

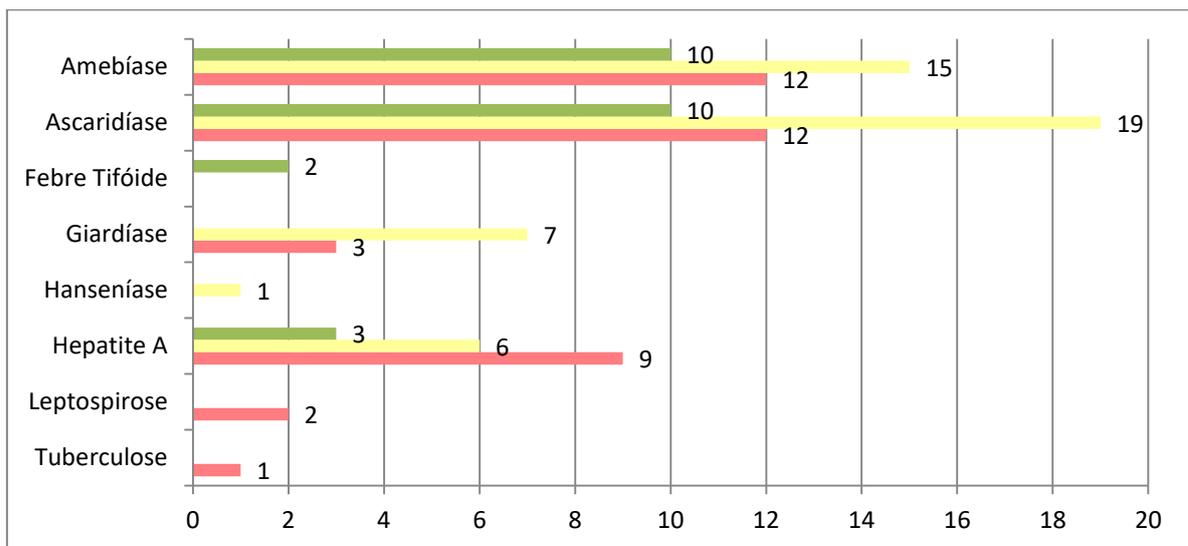
No entanto, em meio a tantos modelos, tantas formas de lidar com o processo de adoecimento, a validação do documento de acesso aos serviços de saúde, a carteirinha do SUS é de propriedade de 97% (n=323) dos participantes. Ou seja, mesmo diante tantas

possibilidades e busca por outras formas, a maioria tem para si o documento que pode validar o acesso às unidades de serviço de saúde público.

Em meio a uma população com tantas particularidades ambientais, buscou-se identificar quais doenças eram as mais recorrentes a partir da autodeclaração dos participantes entre os anos de 2015-2016 tendo como base o questionário de e-SUS. Para melhor visualização das doenças, elas foram agrupadas de acordo com a classificação do CID-10 e o autorelato de incidência será apresentado de acordo com cada grupo. A lista completa das doenças e suas porcentagens no total podem ser consultadas no Anexo C.

De acordo com o relato dos participantes, dentre as doenças infecciosas e parasitárias, as mais citadas foram Amebíase (11,1%) e Ascaridíase (12,3%), levando-se em consideração o número total de participantes (Gráfico 6).

Gráfico 6 - Autodeclaração para doenças infecciosas e parasitárias por área do estudo.



As fontes de infecção a essas doenças estão relacionadas com o contato ou ingestão de água, alimentos que foram contaminados pelos cistos amebianos ou ovos do parasita. Em ambos os casos, a ausência de higiene alimentar.

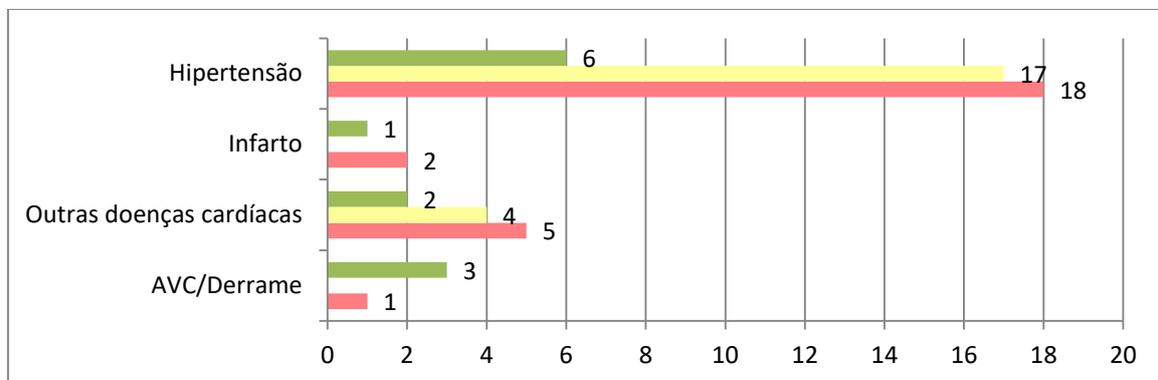
Dentre as principais fontes de infecção para a Amebíase está a ingestão de alimentos ou água contaminados por fezes contendo cistos amebianos, para a sua ocorrência, a ausência de higiene alimentar pode ser um fator de risco. Em relação à ascaridíase, a infecção também ocorre pela ingestão de ovos do parasita decorrentes de solo, água ou alimentos contaminados com fezes humanas (BRASIL, 2004).

Para evitar a incidência dessas doenças, condições mínimas de saneamento devem ser asseguradas à população. A realização de hábitos sanitários (como lavar as mãos antes e após as refeições, lavar bem os alimentos), o acesso à água potável são igualmente importantes para esses cuidados. No entanto, como exigir esses cuidados de uma população com um fornecimento de água por vezes precário, ou seja, o acesso ao recurso que poderia auxiliar nesses cuidados é limitado, como identificado logo abaixo nos riscos apontados pela população.

Assim sendo, trata-se de uma população com carência justamente neste aspecto, de modo que esta carência possa estar influenciando neste alto relato de casos. Além dessa carência, há de se levar em consideração igualmente a presença da lagoa de estabilização da CAERR, que embora seja assegurado aos moradores os cuidados necessários para o manuseio dessa água, eles ainda assim a percebem como um risco para a saúde.

Em relação às doenças do aparelho circulatório (gráfico 7), na liderança em todas as áreas estudadas ficou a hipertensão (12,3%), acompanhada das doenças cardíacas (3,30%).

Gráfico 7 - Autodeclaração para doenças do aparelho circulatório por área do estudo.



Na literatura, as causas para a hipertensão são diversas, desde histórico familiar, tipo de alimentação, sedentarismo, estresse, dentre outros. Dessa forma, o estímulo por meio de políticas públicas voltadas para a realização de atividades físicas, praças, vias de ciclismo são recomendadas nas comunidades (MAGALHÃES, 2014).

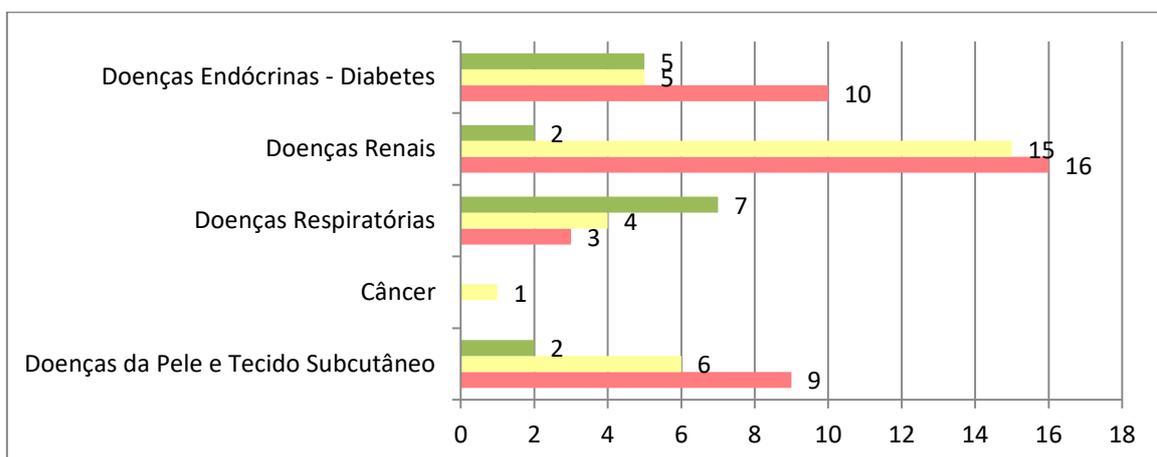
Entende-se também que tais práticas estão relacionadas às escolhas individuais e que uma parte da população independente dos recursos disponíveis, não tenha interesse em práticas de atividades físicas ou lazer. No entanto, a baixa porcentagem também pode ser reflexo da demanda por segurança e manutenção da praça existente.

Ou seja, não é somente fornecer espaços para que hábitos saudáveis possam ser realizados, mas proporcionar a sensação de segurança à população. Nota-se o modo como políticas voltadas para saúde, segurança, educação, cultura e lazer estão entrelaçadas para a efetivação e construção de hábitos e condições promovedoras de saúde. Em meio à sua fragmentação por setores, ações que possam articular tais políticas são essenciais.

Para as demais doenças, as renais (9,9%) e diabetes (6,0%) também apresentaram números expressivos em todas as áreas estudadas (gráfico 8). É preocupante o alto número de doenças renais autodeclaradas, ainda mais se forem associadas aos fatores previmante apontados: uma população com baixa prática de esportes/atividades de lazer, a busca por serviços de saúde apenas quando há necessidade, etc. Em especial por se tratarem de doenças “silenciosas”, de modo que o indivíduo provavelmente as perceberá quando alguns sintomas começarem a se manifestar.

Observa-se uma relação já conhecida da literatura: doenças renais, diabetes e hipertensão. De acordo com a Associação Portuguesa dos Nutricionistas (2017), fatores como a presença de diabetes, hipertensão, envelhecimento da população, além de questões individuais, como histórico familiar são determinantes para a incidência de doenças renais.

Gráfico 8 - Autodeclaração para outras doenças por área do estudo.



Um agravante para tais doenças é que além de poderem gerar danos irreparáveis aos indivíduos que delas padecem, são silenciosas. Sendo assim, suas consequências podem ser observadas não somente na saúde, mas podem interferir na realização de atividades laborais, por exemplo. Dessa forma, eleva-se ainda mais a necessidade de campanhas ou ações preventivas que ajudem na sua identificação. Tais medidas além de gerar qualidade na vida

aos usuários proporcionariam economia aos cofres públicos nos gastos com medicação e internações.

Tabela 22 - Estimativa de prevalência de doenças para cada 1.000 pessoas.

Área Doença	Área Verde (intermediária)	Área Amarela (Usina de Asfalto)	Área Rosa (Lagoa da CAERR)	Global
Amebíase	196,07	127,11	73,17	111,11
Ascaridíase	196,07	161,01	73,17	123,12
Hipertensão	117,64	144,06	109,75	123,12
Doenças cardíacas	39,21	33,89	30,48	33,03
Diabetes	98,03	42,37	60,97	60,06
Doenças Renais	39,21	127,11	97,56	99,09

Dessa forma, observa-se o quão elevada é a estimativa de doenças infecciosas e parasitárias nessa população. Diferentemente do esperado, a estimativa de tais doenças prevalecem nas áreas com maior cobertura quanto ao abastecimento de água e esgoto. Levando-se em consideração a importância da água para a vida e cotidiano de qualquer ser humano, é indispensável que ela seja de boa qualidade, ou ao menos seja tratada pelos que a consomem.

4.4.ENTRE RISCOS E EXPECTATIVAS DE MELHORIAS

Por fim, a presente categoria tem o objetivo de apresentar na visão dos participantes do estudo, quais riscos e melhorias para a saúde eles identificam no bairro. Risco, nesse caso, entendido como o que pode representar perigo para este grupo.

É nítido que em meio a uma amostra com diversas compreensões sobre risco, a variedade e o que iria surgir como prioridade variaria, de acordo com as experiências de cada participante. Assim, a noção de risco, guiando-se pela abordagem sociológica, tem por objetivo “demonstrar que o risco se vivencia no interior de cenários”. A experiência social individual vai subsidiar então para compreensão da construção coletiva sobre tal percepção (FREITAS, 2000:67 apud PERES, 2002).

E tal experiência pode ser influenciada por fatores ambientais, por experiências pessoais, relatos de terceiros, dentre outros como a mídia. O individual também pode ser influenciado pelo risco midiático, como por exemplo, períodos de surtos de doenças, que por noticiarem constatemente os cuidados que se deve ter em relação à determinada doença faz

com que indivíduos, que por vezes nem morem em áreas de risco, adquiram o mesmo hábitos de moradores da área de risco.

A disseminação da medicina social que Foucault (2009) nos apresentou, em que o saber científico se propaga, agora ocorre de forma muito mais acelerada. São veículos de comunicação em massa que cotidianamente repassam informações sobre saúde e bem-estar.

Sendo assim, primeiramente foram questionados se acreditam existir riscos para a saúde no bairro. No total, 80,78% (n=269) responderam de forma positiva. Dentre os riscos, nota-se uma predominância quanto aos riscos ambientais inerentes ao bairro, como a usina e sua fumaça, a lagoa e seu forte odor, a ponto de ser conhecida popularmente como “fossão” e doenças que tem relação justamente com cuidados que são necessários ao ambiente para que sejam prevenidas, como dengue, zyka e chikungunya.

No entanto, no que diz respeito a essas doenças é pertinente frisar uma questão. Elas não apareciam no questionário utilizado na pesquisa, e quando os participantes eram perguntados se tiveram outra doença que não havia sido citada, pouquíssimos citaram dengue, zyka ou chikungunya. Aparentemente, a percepção de risco quanto a essas doenças encontra-se principalmente voltada para os outros ou para o ambiente e a mídia, que tem uma forte campanha de prevenção em relação a elas.

Em comparação à noção de risco quanto aos fatores presentes no ambiente, ela está bem definida para a população, visto a convergência e frequência em suas respostas direcionadas à usina e à lagoa da CAERR (tabela 23).

Tabela 23 - Percepção de riscos no bairro.

RISCOS	N	%
Doenças virais: dengue/ zyka/ chikungunya.	108	40,2%
Fumaça/fuligem da/do: usina/distrito industrial/ carvão/ arrozeiros/ queimadas	98	36,6%
Lagoa caerr – odor	49	18,2%
Lixo ruas	46	17,1%
Criminalidade/ falta de policiamento/ falta de segurança	22	8,1%
Falta constante de agua/ falta rede de esgoto/ falta saneamento básico/ bueiros abertos	20	7,6%
Falta posto de saude / agente de saúde	10	3,8%
Doenças respiratórias	8	3,0%
Drogas / usuários de droga	8	3,0%
Fezes cachorros	3	1,1%
Terrenos baldios	3	1,1%
Chuvas – agua parada/ alagamento/ lamas	3	1,1%
Diarreia/ malária/ mosquitos/ falta de asfalto * 02 de cada	8	2,8%
Alergia/ leptospirose/ poeira/ prob. De trânsito	3	1,2%

* 01 de cada	
Total	269

Analisando a noção de risco mediante a área em que reside o participante, nota-se na tabela 24 ainda a relação entre área de estudo e proximidade com o ponto vulnerável. Ou seja, moradores mais próximos à usina (área amarela) citaram mais vezes a usina ou fumaça originária deca, enquanto os moradores da área rosa, que ficam próximos a lagoa citaram-na mais vezes. Na área verde, que fica entre os dois pontos, os riscos mais citados foram doenças (Dengue com 29% e Chikungunya com 24%).

Observa-se que a senso-percepção ajuda a nortear o entendimento a respeito do risco. O sentir odor da fumaça e da lagoa é fundamental para tal identificação, assim como ver o lixo nas ruas também influencia sobre o que pode ser prejudicial. Ou seja, os riscos estão ligados ao sentido no cotidiano, ao que concretamente incomoda em seu ambiente (tabela 24).

Tabela 24 – Percepção de riscos por área de estudo.

RISCOS BAIRRO	Amarelo (Usina)		Rosa (Lagoa da CAERR)		Verde (Intermediária)		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Usina/ fumaça	48	47%	28	18%	4	10%	80	27%
Dengue	14	14%	43	28%	12	29%	69	23%
Lagoa caerr	11	11%	30	20%	5	12%	46	15%
Lixo nas ruas	11	11%	28	18%	4	10%	43	14%
Zyka	5	5%	13	8%	7	17%	25	8%
Criminalidade	12	12%	8	5%	0	0%	20	7%
Chikungunya	1	1%	3	2%	10	24%	14	5%

Um ponto que cabe destacar a respeito das doenças citadas pelos participantes. No questionário foi perguntado se ao longo do período 2015-2016 eles tiveram outra doença que não tenha sido perguntada, e embora a maior parte tenha respondido que não, eles a identificam como um risco presente no bairro, possivelmente então por meio de conhecidos e/ou vizinhos ou até mesmo devido a grande veiculação na mídia que alertam sobre tais doenças.

Similarmente ao entendimento sobre riscos, na outra polaridade, perguntou-se então quais possíveis melhorias poderiam ser realizadas para beneficiar a saúde dos moradores do bairro. Neste quesito, seja por resultado geral ou específico por área de estudo, o mais recorrente é o posto de saúde para o bairro (tabelas 25 e 26).

Tabela 25 – Percepção predominante de melhorias para o bairro.

MELHORIAS	N	%
Posto de saúde	258	77,4%
Policimento / segurança	73	21,9%
Escola (creche/infantil/médio/ deficiente visual)	56	16,8%
Tirar usina / reduzir fumaça	34	10,2%
Limpeza das ruas/ coleta regular	26	7,8%
Asfalto/ quebra molas	18	5,4%
Saneamento básico/ rede de esgoto/ rede de água (diminuir faltas)/ fechar bueiros	18	5,4%
Opções de lazer / manutenção da praça	14	4,2%
Tirar lagoa caerr – odor	9	2,8%
Ações: dentistas/ saúde preventiva/ agentes de saúde/ palestras/ fiscalização epidemias	7	2,1%
Mobilidade (via de ligação com centenário/ viaduto / transp. Público)	5	1,5%
Campanhas: Conscientização limpeza/ saúde/ queimadas/	5	1,5%
Carrocinha para cachorros / moradores prenderem cachorros	2	0,6%
Calçadas/ dedetização/ feira/ iluminação/ regularizar nova invasão/ tirar nova invasão * 01 de cada	6	1,8%
Total	232	

Tabela 26 - Percepção de melhorias por área.

Melhorias	Amarelo (Usina)		Rosa (Lagoa da CAERR)		Verde (Intermediário)		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Posto de saúde	98	57%	119	57%	39	72%	256	59%
Policimento/ segurança	29	17%	34	16%	10	18%	73	21,9%
Tirar usina	21	12%	4	2%	2	4%	27	6%
Limpeza ruas	7	4%	15	7%	0	0%	22	5%
Creche/escola	17	10%	19	9%	3	6%	39	9%
Asfalto	0	0%	16	8%	0	0%	16	4%

O posto de saúde é predominante em todas as áreas e reforça o entendimento de como equipamentos de serviços de saúde e a validação do saber profissional imperam em meio às demais questões. Dessa forma, a ausência do equipamento de saúde naquele espaço não invalida a construção social existente pelos participantes quanto ao seu valor como elemento favorável a condições de saúde e bem-estar.

Embora seja um bairro com inúmeras demandas e os seus moradores consigam identificar outras que possam interferir na saúde, a preocupação em ter um local no bairro no qual eles possam recorrer diante de suas necessidades, pode inclusive retratar que visto a

complexidade para se modificar o que já era existente no bairro, como a Usina e a Lagoa, que ao menos seja fornecido pelo Estado uma forma de poder se cuidar.

Portanto, possibilitar o acesso a políticas que favoreçam e melhorem as condições de saúde é essencial para que em meio a inúmeras desigualdades, elas possam ao menos ser amenizadas. Embora pela constituição todos devam ser tratados de forma igual, não há como defender igualdade de tratamento para pessoas que não estão em condições de igualdade econômicas e sociais, e em diversos outros aspectos. Nestes casos, o tratar de forma desigual é necessário para que eles possam ter uma proximidade de tratamento similar aos demais.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo tem extrema relevância acadêmica e social. Lado a lado, com a intenção de que academia e sociedade se aproximem numa mesma linguagem. Ao se estudar a percepção de uma população sobre sua condição de saúde é demonstrar que seu saber é relevante, é tentar dar visibilidade ao sentir.

Diante das inúmeras temáticas pelas quais o estudo atravessou, muitos questionamentos foram levantados, alguns provavelmente foram relegados ao fundo em meio a tantos pontos que foram destacados. É certa a indispensabilidade de estudos complementares para que algumas questões possam ser fechadas, como por exemplo, qualidade da água fornecida à população do bairro São Bento e o nível de poluição do ar concentrado naquela área, levando-se em consideração o resultado de algumas doenças a partir do autorrelato dos participantes e da percepção do quanto a fumaça da usina pode ser prejudicial aos moradores do bairro.

Dentre aspectos que se sobressaltaram, foi constatada a predominância de uma população com um estudo mediano-baixo, no entanto isso não diminui quão rica e sábia são suas vivências para a compreensão do ambiente em que vivem. Ambiente este tido como nocivo, diante a presença de elementos em sua área geográfica, mas que apesar disso é vivenciado como lar, e que embora apresente riscos, também é passível de melhorias.

Outro ponto prevaemente não somente no bairro, como no município, estado e país a problemática quanto à articulação entre as políticas públicas. Apesar das estratégias e ações pensadas em conferências, de leis, cartilhas, debates de estudiosos sobre tema, há ainda uma ausência de conexão entre teoria e prática.

Tal ausência reflete numericamente nos problemas identificados ao longo do estudo: carência de cobertura em serviços essenciais, como saneamento, educação, saúde, lazer, segurança, etc. Ausentes e ao mesmo tempo extremamente essenciais para a promoção da saúde, de modo que medidas que possam controlar essas alterações ambientais precisam ser amplamente adotadas.

Em um país como o Brasil, com dimensões continentais e tamanhas variações quanto a clima, solo, vegetação, etc, são obstáculos que dificultam ainda mais em ações que consigam abranger populações tão diferentes, não somente no quesito socioeconômico.

Porém, ao se pensar em ação, tem que se ter em mente processo, movimento, algo que precisa ser continuamente nutrido e adaptado a novos ciclos que invariavelmente surgirão.

Assim, são necessárias medidas ou ações que proporcionem a educação continuada e de preferência com estratégias de cuidados acessíveis, que possam ser realizadas pelos moradores no seu cotidiano e então ajudar a prevenir futuras doenças, sendo este um dos principais objetivos da atenção básica.

Por fim, para além de emponderar a população, promover a conscientização e informação de seus direitos, é necessário que neste processo tenha espaço para uma escuta genuína e ativa de suas demandas, na esperança de que tais dificuldades possam ser solucionadas. Para isso, é fundamental que a população seja mais participativa nas ações que envolvam a construção de políticas públicas e não somente em receber seus benefícios. Integrar para fortalecer os ideais a serem alcançados. É um ciclo: a população precisa ver que de fato as políticas podem ser aliadas como agentes de transformação e ao mesmo tempo, se engajarem para fazerem parte dessa mudança. A partir dessa união, a efetividade pode enfim ser alcançada.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AKERMAN, M. et.al. Saúde e desenvolvimento: Que conexões?. In: CAMPOS, G.W.S. et.al. **Tratado de Saúde Coletiva**. 2 ed. São Paulo: Hucitec Editora, 2008. p.111-136.

ALMEIDA FILHO, N. A problemática teórica da determinação social da saúde (nota breve sobre desigualdades em saúde como objeto de conhecimento). **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 33, n. 83, p. 349-370, set./dez. 2009. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406345800003>>. Acesso em: 15 jul.2017.

_____. **O Que é Saúde?**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011. p.156.

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DOS NUTRICIONISTAS. **Manual de Nutrição e Doença Renal**. Porto, 2017. 42p.

AYRES, J. R. C. M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saude soc.**, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 16-29, dez. 2004 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010412902004000300003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 8 abr. 2018.

BADZIAK, R. P. F.; MOURA, V. E. V. Determinantes sociais da saúde: um conceito para efetivação do direito à saúde. **Revista de Saúde Pública de Santa Catarina**. Santa Catarina, v. 3, n. 1, p.69-79, 2010. Disponível em <<http://revista.saude.sc.gov.br/index.php/inicio/article/view/51/114>>. Acesso em: 15 jul.2017.

BASTOS, F. I. **Saúde em questão**. organização Nísia Trindade Lima. – São Paulo: Claro Enigma; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011. p.110.

BARROS, J. A. C.. Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico?. **Saude soc.**, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 67-84, Julho, 2002.

BRASIL, Ministério da Saúde. 8ª Conferência Nacional de Saúde. In: **Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: MS, 1986.

_____. Ministério da Saúde. **ABC do SUS – Doutrinas e Princípios**. Ministério da Saúde, Secretária Nacional de Assistência à Saúde. Brasília, 1990a.

_____. **As Cartas da Promoção da Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Projeto Promoção da Saúde. – Brasília, 2002a.

_____. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988, com alterações determinadas pelas Emendas Constitucionais de revisão nº 1 a 6/98, pelas Emendas Constitucionais nº 1/92 a 73/2013 e pelo Decreto Legislativo nº 186/2008. – Brasília: Senado Federal, 2013.

_____. **Doenças infecciosas e parasitárias: guia de bolso** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – 4. ed. ampl.– Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Seminário Internacional Tendências e Desafios de Saúde nas Américas. **O Sistema Público de Saúde Brasileiro** / Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Práticas integrativas e complementares: plantas medicinais e fitoterapia na Atenção Básica**/Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012. 156 p.

_____. **Decreto n. 6.902-E**, de 16 de fevereiro de 2006. Rerratifica o Decreto nº 6.837-E de 26 de dezembro de 2005, que declara de Utilidade Pública para fins de desapropriação, a área de terras remanescente de 427,7415 ha, do imóvel denominado “AUAIZINHO” situado na Gleba Cauamé, de propriedade da DIOCESE DE RORAIMA no município de Boa Vista-RR, e dá outras providências. In: Diário Oficial do Estado de Roraima, Boa Vista, n. 281, p. 3, 22 de fevereiro de 2006.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Contagem Populacional. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/painel/populacao.php?codmun=140010>. Acesso em: nov. 2016.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/painel/historico.php?codmun=140010>.

_____. **Lei No. 8080/90**, de 19 de setembro de 1990. Brasília: DF. 1990b. Disponível em https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8080.htm.

_____. **Portaria nº 2.488**, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 2011.

_____. **Portaria nº 2.436** de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 2017.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93. Abr. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a06.pdf>>. Acesso em: 15 jul.2017.

CARVALHO, AI. Determinantes sociais, econômicos e ambientais da saúde. In FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: população e perfil sanitário [online]**. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, v 2, . p. 19-38, 2013.

COELHO, M.T.A.D.; ALMEIDA FILHO, N. Normal-Patológico, Saúde-Doença: Revisitando Canguilhem. **Revista Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.9, n 1, p. 13-36. 1999. Disponível em: <

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73311999000100002&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 04 agost. 2016.

COHEN, S.C. et al . Habitação saudável e ambientes favoráveis à saúde como estratégia de promoção da saúde. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 191 - 198, Mar. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000100022&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 04 agost. 2016.

COHN, A. Caminhos da reforma sanitária. **Lua Nova**, São Paulo, n. 19, p. 123-140, Nov. 1989. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-64451989000400009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 05 abr. 2018.

CORDINI JR, L.; PAULUS JR, A. Políticas Públicas de Saúde no Brasil. **Revista Espaço para a Saúde**. Londrina, v.8, n.1, dez.2006. p.13-19. Disponível em <<http://files.tvs4.webnode.com/200000244-78e4379de1/Pol%C3%ADticas%20P%C3%ABlicas%20de%20Sa%C3%BAde%20no%20Brasil.pdf>>. Acesso em: 02 jan. 2018

CUTOLO, L. R. A.. Modelo Biomédico, Reforma Sanitária e Educação Pediátrica. **Arquivos Catarinenses de Medicina**. Florianópolis, v.35, n 4, p.16-24. 2006. Disponível em: <<http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/392.pdf>>. Acesso em: 03 jan. 2018.

CZERESNIA, D.; MACIEL, M.G.S.; OVIEDO, R.A.M. **Os sentidos da saúde e da doença**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2013. p.119.

DEFANTE, L.R; NASCIMENTO, L.D.O; LIMA-FILHO, D.O. Comportamento de consumo de alimentos de famílias de baixa renda de pequenas cidades brasileiras: o caso de Mato Grosso do Sul. **Interações**. Campo Grande, v. 16, n. 2, p. 265-276, jul./dez. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-70122015000200265&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 27 fev. 2018.

DEJOURS, C. Por um novo conceito de saúde. **Revista Brasileira da Saúde Ocupacional**, v.14, n.54, p. 7-11. Abr-jun. 1986. Disponível em:<<http://www.fundacentro.gov.br/arquivos/rbso/Artigos%2054/V14%20n54-02.pdf>>. Acesso em: 27 de set.2016.

DE MARCO, M.A. **A face humana da medicina: do modelo biomédico ao modelo biopsicossocial**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003. p.269.

FOUCAULT, M. O nascimento da medicina social. Em **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro, Graal, 2009. p.46-56

GARBOIS, J.; SODRE, F.; DALBELLO-ARAUJO, M.. Determinantes sociais da saúde: o “social” em questão. **Saude soc.**, São Paulo, v. 23, n. 4. p. 1173-1182. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902014000401173>. Acesso em: 21 de dezembro de 2017.

GOMES, K.O. et al . Atenção Primária à Saúde - a "menina dos olhos" do SUS: sobre as representações sociais dos protagonistas do Sistema Único de Saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, p. 881-892. 2011. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232011000700020&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 13 de novembro de 2017.

HENRIQUE, Márcio Couto. Folclore e medicina popular na Amazônia. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**. Rio de Janeiro, v.16, n.4, p.981-998, out.- dez. 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702009000400008&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 15 de setembro de 2017.

HELLER, L. Relação entre saúde e saneamento na perspectiva do desenvolvimento. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 2, p. 73-84, 1998. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81231998000200007&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 12 de maio de 2017.

HOURCADE, H.; GUTIERREZ, G.L. Qualidade de vida e os estudos sobre políticas públicas de lazer. In: VILARTA, R. (Org.). **Qualidade de vida e políticas públicas: saúde, lazer e atividade física**. Campinas, SP: IPES Editorial, 2004.

HULLEY, S. B. et al. **Delineando a pesquisa clínica**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2015. p.386.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Fundamentos de Metodologia Científica**. 6ª ed. – 7. reimpr. – São Paulo: Atlas, 2009. p.315.

LEITE, F.T. **Metodologia Científica: métodos e técnicas de pesquisa: monografias, dissertações, teses e livros**. Aparecida, São Paulo: Idéias & Letras, 2008. p.320.

MAGALHÃES, L.B.N.C. Epidemiologia da hipertensão arterial no Brasil. **Revista Hipertensão**. São Paulo, v 17, n 3- 4, julho/dezembro, 2014. 132-137. Disponível em: <<http://www.sbh.org.br/download/revista-2014-3-4.pdf>>. Acesso em: 03 fev. 2018.

OLIVEIRA, M. A. C.; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Rev. bras. enfermagem**, Brasília, v. 66, n. spe, p. 158-164. Set. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v66nspe/v66nspea20.pdf>>. Acesso em: 13 de novembro de 2017.

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Declaração política do Rio sobre Determinantes Sociais da Saúde**. Rio de Janeiro, 2011.

_____. **Documentos Básicos**. Con las modificaciones adoptadas hasta el 31 de diciembre de 2014. 48 ed, 2014.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. Regional Status Report on Alcohol and Health in the Americas. Washington, DC : PAHO, 2015.

PEREIRA, T.T.S.O.; BARROS, M. N. S.; AUGUSTO, M. C. N. A. O cuidado em saúde: o paradigma biopsicossocial e a subjetividade em foco. **Mental**, Barbacena, v. 9, n. 17, p. 523-536. dez. 2011. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272011000200002>. Acesso em: 13 de agosto de 2016.

PERES, F. Onde mora o perigo? Percepção de riscos, ambiente e saúde. In: MINAYO, M.C.S. **Saúde e Ambiente sustentável: estreitando nós**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002. p. 135-142.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa Social: Métodos e Técnicas**. 3º ed. São Paulo: Editora Atlas, 2012. p.329.

SEBRAE/MG. **Manual de Políticas Públicas: conceitos e práticas**. Belo Horizonte: Sebrae/MG, 2008. Disponível em: <
<http://www.mp.ce.gov.br/nespeciais/promulher/manuais/MANUAL%20DE%20POLITICAS%20P%C3%9ABLICAS.pdf>>.

SCLIAR, Moacyr. História do conceito de saúde. **Physis**. Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, Abr. 2007. p. 29-41. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a03.pdf>>. Acesso em: 12 ago. 2016.

SEGRE, M.; FERRAZ, F. C. O conceito de saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 31, n. 5, p. 538-542, Out. 1997. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101997000600016&lng=en&nrm=iso&tlng=pt> . Acesso em: 12 ago.2016.

SILVEIRA JR, A.M. Sistema Único de Saúde (SUS): um breve histórico de sua criação aos desafios atuais. **SaBios: Revista de Saúde e Biologia**. v. 10, n.2, p.75-79, Maio-Agos. 2015. Disponível em:
<http://revista.grupointegrado.br/revista/index.php/sabios2/article/view/1268/702>>. Acesso em: 13 nov.2017.

SOUZA, C. Políticas Públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias**. Porto Alegre, ano 8, n.16, jul/dez. 2006. p. 20-45. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/soc/n16/a03n16>>. Acesso em: 13 nov. 2017.

TEIXEIRA, C. **Os princípios do Sistema Único de Saúde**. Texto de apoio elaborado para subsidiar o debate nas Conferências Municipal e Estadual de Saúde. Salvador, Bahia. 2011.

TESSER, C.D. Medicalização social (I): o excessivo sucesso do epistemicídio moderno na saúde. **Rev. Comunicação, Saúde, Educação**. v.9, n.18, p. 61-76, 2006. Disponível em: <
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832006000100005&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 14 ago.2016.

ZORZANELLI, R.T.; ORTEGA, F.; BEZERRA JR, B. Um panorama sobre as variações em torno do conceito de medicalização entre 1950-2010. **Rev. Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 19, n. 6, p. 1859-1868, jun. 2014. Disponível em: <
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000601859&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 14 ago. 2016.

ANEXOS



Anexo A – Modelo de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
Universidade Federal de Roraima - UFRR Autorização para participação em estudo
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do Projeto: Saúde e comunidade – Estudo da percepção das condições de saúde de bairro periférico de uma capital do extremo norte

Pesquisador Responsável: **Gabriela Santana da Cruz**, mestranda em Ciências da Saúde pelo PROCISA- UFRR.

Você está sendo convidado(a) para participar da pesquisa de dissertação “Saúde e comunidade – Estudo da percepção das condições de saúde de bairro periférico de uma capital do extremo norte”. Este projeto tem o **objetivo** de estudar as condições de saúde e doença em moradores do bairro São Bento. Para tanto, será necessário realizar os seguintes procedimentos: autorizar a entrevista mediante a assinatura do TCLE e consequentemente divulgação apenas dos dados coletados durante aplicação de questionário, de forma que sua identidade será protegida. Assim, sua participação consiste em responder a um instrumento sobre saúde, estratégias de cuidados e algumas questões para a caracterização socioeconômica, cujas instruções de preenchimento serão apresentadas a seguir. Sua participação é voluntária e não haverá compensação em dinheiro. Você poderá ser convidado(a) a participar de uma nova entrevista dentro de 02 meses. Durante a execução do projeto. É válido ressaltar que as perguntas não serão invasivas à sua intimidade e o seu sigilo será protegido. Todavia, a participação na pesquisa, assim como responder as perguntas que serão feitas pode envolver **riscos mínimos**, tais como desconforto resultante da exposição de opiniões pessoais por responder questões que envolvam as próprias ações/opiniões. Você terá a liberdade de não responder as perguntas quando as considerar constrangedoras ou incômodas, podendo interromper o preenchimento do instrumento a qualquer momento. Em contrapartida, como principal **benefício**, sua participação nessa pesquisa auxiliará para a produção de dados científicos relacionados à temática. Como possíveis benefícios secundários, esses dados poderão ser utilizados futuramente no desenvolvimento de produção científica e ações voltadas para as áreas de saúde e comunidade.

Após ler e receber explicações sobre a pesquisa, você tem o direito de:

1. receber resposta a qualquer pergunta e esclarecimento sobre os procedimentos, riscos, benefícios e outros relacionados à pesquisa;
2. retirar o consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo. Sua recusa ou desistência não lhe trará nenhum prejuízo e você terá direito a indenização por eventuais danos resultantes da sua participação nesta pesquisa.
3. não ser identificado e ser mantido o caráter confidencial das informações relacionadas à privacidade.
4. procurar esclarecimentos com o Gabriela Santana da Cruz, por meio do número de telefone (095) 98104-8305 ou na Av. Cap. Ene Garcez, nº 2413, Bairro Aeroporto (Campus do Paricarana), CEP: 69.310-000 - Boa Vista – RR Bloco do CEDUC-UFRR, na secretaria do Curso de Psicologia (o prédio do CEDUC fica localizado ao lado do Colégio de Aplicação), em caso de dúvidas ou notificação de acontecimentos não previstos.

Eu, _____, declaro que entendi os objetivos, riscos, benefícios da pesquisa, estar ciente do anteriormente exposto e que fui informado de que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFRR, **CAAE:** 70048917.5.0000.5302 e autorizo a divulgação dos resultados e conclusões da pesquisa por meio de publicações científicas, tais como resumo em anais, capítulos de livro, artigos e dissertação. Sendo assim, concordo voluntariamente em participar desta pesquisa, assinando este consentimento em duas vias, ficando com a posse de uma delas.

Boa Vista-RR, _____ de ____ de 2017.

Assinatura do participante da pesquisa:

Eu, Gabriela Santana da Cruz, declaro que forneci todas as informações referentes à pesquisa ao participante, de forma apropriada e voluntária.

Boa Vista-RR, _____ de ____ de 2017.

Assinatura do pesquisador: _____

Você receberá uma via deste termo com o telefone e o e-mail do pesquisador responsável, caso queira tirar dúvidas sobre o projeto ou sua participação. **Contato da pesquisadora (24 horas por dia e 7 dias por semana):** Gabriela Santana da Cruz | gabrielasacruz@gmail.com | (95) 98104-8305.

Endereço do CEP/UFRR:

Av. Cap. Ene Garcez, nº 2413, Bairro Aeroporto (Campus do Paricarana), CEP: 69.310-000 - Boa Vista – RR Bloco da PRPPG-UFRR, última sala do corredor em forma de T à esquerda (o prédio da PRPPG fica localizado atrás da Reitoria e ao lado da Diretoria de Administração e Recursos Humanos - DARH)

E-mail: coep@ufr.br / Telefone: (95) 3621-3112 Ramal

QUESTIONÁRIO AUTO-REFERIDO DE CONDIÇÕES SOCIOECONÔMICAS

Casa:	Questionário	Data: / /
1. Morou no Bairro São Bento nos anos 2015-2016?	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> NÃO	
2. Mora no bairro há quantos anos?	<input type="radio"/> Menos de 01 <input type="radio"/> Entre 1 e 3 <input type="radio"/> Entre 4 e 7 <input type="radio"/> Entre 8 e 11 <input type="radio"/> Mais	

3. Responsável Familiar: Sim Não

4. Data de Nascimento: / / 5. Sexo: Masculino Feminino 6. RAÇA/COR: Branca Parda Preta Amarela Indígena

INFORMAÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS

7. Nacionalidade: Brasileira Naturalizado Estrangeiro País de Nascimento: _____

Município de Nascimento: _____

8. Quantos moradores na casa? 1 a 3 4 a 6 7 a 10 11 a 13 Mais

9. Renda Familiar (em salários mínimos*)

Até 1 salário 01 a 02 salários 02 a 04 salários 05 a 07 salários Mais de 08 salários

10. Ocupação _____

11. ESCOLARIDADE

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="radio"/> Pré-escola | <input type="radio"/> Ensino Médio Incompleto | <input type="radio"/> Ensino Superior Incompleto |
| <input type="radio"/> Classe Alfabetizada | <input type="radio"/> Ensino Médio EJA (Supletivo) | <input type="radio"/> Ensino Superior Completo |
| <input type="radio"/> Ensino Fundamental 1ª a 4ª séries | <input type="radio"/> Ensino Médio Completo | <input type="radio"/> Especialização |
| <input type="radio"/> Ensino Fundamental 5ª a 8ª séries | <input type="radio"/> Ensino Técnico de Nível Médio | <input type="radio"/> Mestrado |
| <input type="radio"/> Ensino Fundamental Especial | <input type="radio"/> Ensino Técnico de Nível Médio Incompleto | <input type="radio"/> Doutorado |
| <input type="radio"/> Ensino Fundamental - EJA | <input type="radio"/> Ensino Profissional de Nível Técnico | <input type="radio"/> Nenhum |
| <input type="radio"/> Ensino Fundamental EJA – Séries iniciais (1ª a 4ª) | <input type="radio"/> Ensino Profissional de Nível Técnico Incompleto | <input type="radio"/> Outro _____ |
| <input type="radio"/> Ensino Fundamental EJA – Séries Finais (5ª a 9ª) | | |

12. SITUAÇÃO NO MERCADO DE TRABALHO

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="radio"/> Empregador | <input type="radio"/> Assalariado com carteira de trabalho | <input type="radio"/> Assalariado sem carteira de trabalho |
| <input type="radio"/> Autônomo com previdência social | <input type="radio"/> Autônomo sem previdência social | <input type="radio"/> Aposentado/Pensionista |
| <input type="radio"/> Desempregado | <input type="radio"/> Não trabalha | <input type="radio"/> Outro _____ |

13. QUE TIPO DE SERVIÇO DE SAÚDE UTILIZA COM MAIS FREQUÊNCIA? Público Privado Convênio

14. POSSUI PLANO DE SAÚDE PRIVADO? Sim Não

15. COM QUE FREQUÊNCIA BUSCA ATENDIMENTO EM SERVIÇO DE SAÚDE?

- | | |
|---|--|
| <input type="radio"/> Muito (9 vezes ou mais ao ano) | <input type="radio"/> Exporadicamente |
| <input type="radio"/> Frequentemente (6 a 8 vezes ao ano) | <input type="radio"/> Somente quando sente necessidade |
| <input type="radio"/> Pouco (1 a 5 vezes ao ano) | |

16. DESEJA INFORMAR ORIENTAÇÃO SEXUAL / IDENTIDADE DE GÊNERO?

Sim Não

SE SIM, QUAL(is)?

- | | | | |
|-------------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------|
| <input type="radio"/> Heterossexual | <input type="radio"/> Lésbica | <input type="radio"/> Travesti | <input type="radio"/> Outro |
| <input type="radio"/> Gay | <input type="radio"/> Bissexual | <input type="radio"/> Transsexual | |

17. TEM ALGUMA DEFICIÊNCIA?

Sim Não

- | | | |
|--------------------------------|---|-----------------------------|
| <input type="radio"/> Auditiva | <input type="radio"/> Intelectual/Cognitiva | <input type="radio"/> Outra |
| <input type="radio"/> Visual | <input type="radio"/> Física | |

* Salário Mínimo em janeiro de 2017 – 937,00 (Lei nº 13.152/2015).

QUESTIONÁRIO AUTO-REFERIDO DE SITUAÇÕES DE SAÚDE E CUIDADOS

18. ESTÁ GESTANTE <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		18.1. SE SIM, QUAL É A MATERNIDADE DE REFERÊNCIA?	
19. SOBRE SEU PESO, VOCÊ SE CONSIDERA? <input type="radio"/> Abaixo do Peso <input type="radio"/> Peso Adequado <input type="radio"/> Acima do Peso		29. TEM DOENÇA RESPIRATÓRIA / NO PULMÃO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não 29.1 SE SIM, INDIQUE QUAL(IS). ** <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Pneumonia <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> Não Sabe	
20. ESTÁ FUMANTE? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		30. ESTÁ COM HANSENÍASE? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
21. FAZ USO DE ÁLCOOL? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		31. ESTÁ COM TUBERCULOSE? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
22. FAZ USO DE OUTRAS DROGAS? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		32. TEM OU TEVE CÂNCER? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
23. TEM HIPERTENSÃO ARTERIAL? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		33. TEVE ALGUM PROBLEMA DE PELE? 33.1 SE SIM, QUAL E POR QUAL CAUSA? <input type="text"/>	
24. TEM DIABETES? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		34. Fez ou faz tratamento com psiquiatra? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
25. TEVE AVC / DERRAME? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		35. ESTÁ ACAMADO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
26. TEVE INFARTO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		36. ESTA DOMICILIADO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
27. TEM DOENÇA CARDÍACA / DO CORAÇÃO? 27.1 SE SIM, INDIQUE QUAL(IS). ** <input type="checkbox"/> Insuficiência Cardíaca <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> Não Sabe		37. ALGUMA INTERNAÇÃO NOS ÚLTIMOS 12 MESES? 37.1 SE SIM, QUAL A CAUSA <input type="text"/>	
28. TEM OU TEVE PROBLEMAS NOS RINS? 28.1 SE SIM, INDIQUE QUAL(IS). ** <input type="checkbox"/> Insuficiência Renal <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> Não Sabe		<input type="radio"/> <input type="radio"/>	
38. OUTRAS CONDIÇÕES DE SAÚDE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			

39. TEM OU TEVE GIARDÍASE? SIM <input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/>		48. PRÁTICA ALGUM ESPORTE? SIM <input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> SE SIM, QUAL? 48.1. COM QUE FREQUÊNCIA/SEMANA? <input type="radio"/> 1 VEZ <input type="radio"/> 2 OU 3 VEZES <input type="radio"/> MAIS DE 3 VEZES	
40. TEM OU TEVE HEPATITE A? SIM <input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/>		49. PRÁTICA ATIVIDADES DE LAZER? <input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO 49.1 SE SIM, QUAL? <input type="radio"/> 1 VEZ <input type="radio"/> 2 OU 3 VEZES <input type="radio"/> MAIS DE 3 VEZES	
41. TEM OU TEVE AMEBÍASE OU DISENTERIA AMEBIANA? SIM <input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/>		50. QUANTAS VEZES SE ALIMENTA AO DIA? <input type="radio"/> 1 VEZ <input type="radio"/> 2 OU 3 VEZES <input type="radio"/> MAIS DE 3 VEZES	
42. TEM OU TEVE FEBRE TIFÓIDE? SIM <input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/>		51. TEM ACESSO A HIGIENE PESSOAL? SIM <input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> 51.1 SE SIM, INDIQUE QUAIS? ** BANHO <input type="checkbox"/> HIGIENE BUCAL <input type="checkbox"/> ACESSO AO SANITÁRIO <input type="checkbox"/> OUTROS <input type="checkbox"/>	
43. TEM OU TEVE CÓLERA? SIM <input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/>		<input type="checkbox"/> REDE DE ESGOTO <input type="checkbox"/> ÁGUA ENCANADA	
44. TEM OU TEVE ASCARIDÍASE OU LOMBRIGA? SIM <input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/>			
45. TEM OU TEVE LEPTOSPIROSE? SIM <input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/>			
46. RECEBE ALGUM BENEFÍCIO? SE SIM, QUAL? <input type="text"/>			

QUESTIONÁRIO AUTO-REFERIDO DE ESTRATÉGIAS E PERCEPÇÃO

57. AO IDENTIFICAR UM SINTOMA, QUAL SUA AÇÃO?

- AUTOMEDICAÇÃO
- ATENDIMENTO EM UBS

EM CASO DE BUSCAR UBS, VAI EM QUAL UNIDADE?

1	2	3
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

- AUXÍLIO DE CUIDADOS FAMILIARES
- ATENDIMENTO PROFISSIONAL DA
- SAÚDE ATENDIMENTO CURANDEIRO
- USO DE PLANTAS MEDICINAIS

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

58. QUAIS RISCOS PARA A SAÚDE VOCÊ PERCEBE NO BAIRRO?

59. QUAIS MELHORIAS VOCE ACREDITA QUE PODERIAM BENEFICIAR OS MORADORES EM

60. VOCÊ TEM CARTEIRINHA DO SUS?

SIM NÃO

Anexo C – Morbidade Hospitalar CID-10 e Doenças autodeclaradas das 03 áreas.

DOENÇAS	SIM	NÃO	TOTAL
INFECCIOSAS E PARASITÁRIAS			
Amebíase/ Disenteria	11,1% (n=37)	88,9% (n=296)	333
Amebiana	12,3% (n=41)	87,7% (n=292)	333
Ascaridíase	0,6% (n=2)	99,4% (n=331)	333
Cólera	0,9% (n=3)	99,1% (n=330)	333
Febre Tifóide	3,0% (n=10)	97,0% (n=323)	333
Giardíase	0,3% (n=1)	99,7% (n=332)	333
Hanseníase	5,4% (n=18)	94,6% (n=315)	333
Hepatite A	0% (n=0)	100% (n=333)	333
Leptospirose	0,3% (n=1)	99,7% (n=332)	333
Tuberculose			
DOENÇAS DO APARELHO CIRCULATORIO			
Hipertensão	12,3% (n=41)	87,7% (n=292)	333
Infarto	0,9% (n=3)	99,1% (n=330)	333
Doenças Cardíacas	3,3% (n=11)	96,7% (n=322)	333
AVC/Derrame	1,2% (n=4)	98,8% (n=329)	333
DOENÇAS ENDÓCRINAS			
Diabetes	6,0% (n=20)	94,0% (n=313)	333
DOENÇAS DO APARELHO GENITURINÁRIO			
Doenças Renais	9,9% (n=33)	90,1% (n=300)	333
Doenças Respiratórias	4,2% (n=14)	95,8% (n=319)	333
Câncer	0,3% (n=1)	99,7% (n=332)	333
Doenças da Pele e do tecido subcutâneo	5,1% (n=17)	94,9% (n=316)	333