

RELATO DE EXPERIÊNCIA

INIQUIDADES E EXCLUSÃO SOCIAL EM UM PSF DO MUNICÍPIO DE JABOATÃO DOS GUARARAPES

Inequities and social exclusion in the family health program of Jaboatão dos Guararapes

Verônica Galvão Freires Cisneiros¹, Glayse Marques da Cunha do Amaral², Maria Lúcia da Silva Oliveira³,
Dayse Marques da Cunha⁴, Maria Rejane Ferreira da Silva⁵

RESUMO

Este trabalho relata a experiência das pesquisadoras que atuam na comunidade residente na área adscrita a um PSF do município de Jaboatão dos Guararapes, estado de Pernambuco. Nessa área, observaram-se escassos níveis de coesão social, baixa participação política e frágeis redes de apoio social coexistentes com iniquidades de renda e exclusão social, em um grupo populacional aparentemente homogêneo. Este relato descreve uma pesquisa-ação-participante, concebida com o objetivo de reduzir as diferenças entre dois grupos comunitários residentes em uma mesma área de cobertura do PSF, e promover equidade de acesso aos serviços de saúde. Inicialmente, buscou-se levantar dados populacionais para, em seguida, o território ser conhecido e a comunidade ouvida. A tentativa de compreensão da dinâmica social existente no território do Programa Saúde da Família foi uma tarefa complexa, que exigiu, de modo cooperativo, a interação das pesquisadoras com os membros da comunidade nas diversas situações investigadas. Após oito meses, observou-se que nem sempre as instituições levam em conta o desenvolvimento socio-sanitário da localidade, a dinâmica social do espaço e o princípio da equidade ao definir os territórios do PSF. Do mesmo modo, acredita-se que, com o esforço realizado neste tipo de estudo, é possível transformar a realidade local, caso as equipes de

ABSTRACT

This is a report of the experience of researchers who work in the catchment area of the Family Health Program (FHP) in the municipality of Jaboatão dos Guararapes, Pernambuco, Northeastern Brazil. In an apparently homogeneous population, we observed low levels of social cohesion, low political participation and weak social safety nets, along with income inequity and social exclusion. We describe an actively participating research developed with the aim to bridge the gap between two communities living in the same FHP catchment area, and promote equitable access to the health services. Population data were obtained, the territory was known and the community was listened. The attempt to understand the social dynamic prevailing in the FHP territory was a hard task, which demanded the cooperative interaction of the researchers with the community members in the several situations investigated. After 8 months, we observed that not always do the institutions take into account the social and sanitary development of the locality, the social dynamic of the space and the equity principle, when defining the FHP territories. We believe that the effort demanded by this type of study may transform the

¹ Verônica Galvão Freires Cisneiros, Médica. Estudante do Curso de Especialização em Saúde Pública Gestão de Sistemas e Ações de Saúde/FENSG. Universidade de Pernambuco, Especialista em Saúde da Família pela Faculdade de Ciências Médicas de Campina Grande/PB. E-mail: veronica.cisneiros@gmail.com

² Glayse Marques da Cunha do Amaral, Odontóloga. Estudante do Curso de Especialização em Saúde Pública Gestão de Sistemas e Ações de Saúde/FENSG. Universidade de Pernambuco, Especialista em Saúde da Família pela Faculdade de Ciências Médicas de Campina Grande/PB.

³ Maria Lúcia da Silva Oliveira, Psicóloga. Estudante do Curso de Especialização em Saúde Pública Gestão de Sistemas e Ações de Saúde/FENSG. Universidade de Pernambuco.

⁴ Dayse Marques da Cunha, Médica. Estudante do Curso de Especialização em Saúde Pública Gestão de Sistemas e Ações de Saúde/FENSG. Universidade de Pernambuco.

⁵ Maria Rejane Ferreira da Silva, Enfermeira. Doutora em Saúde Pública. Professora da Universidade de Pernambuco. Pesquisadora colaboradora da FIO-CRUZ/PE. Coordenadora do GRAAL/UPE.

saúde da família atuem positivamente na promoção do acesso à saúde, combatendo os efeitos exclusivos que as desigualdades sociais produzem em seus territórios.

PALAVRAS-CHAVE: Programa Saúde da Família; Iniquidade Social; Saúde Pública; Equidade.

INTRODUÇÃO

Como parte do processo da reforma sanitária, a Constituição Cidadã, promulgada em 1988, redefiniu a política de saúde no Brasil através do art. 196, que coloca a saúde como “direito de todos e dever do estado” e instituiu o Sistema Único de Saúde - SUS, cujas bases filosóficas são a universalidade de acesso, a integralidade, a equidade e a participação social. Esse sistema foi estruturado segundo princípios organizativos que garantam regionalização, hierarquização e descentralização político-administrativa. No entanto, apenas a partir de 1990, foi editada uma série de normativas na perspectiva de materialização dos princípios constitucionais, de acordo com a Lei 8080.^{1:1}

Com a intenção de ampliar a cobertura da assistência, melhorar o acesso da população aos serviços de saúde e incrementar ações de prevenção e promoção da saúde, o Ministério da Saúde (MS) criou, em 1991, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS. Posteriormente, em 1994, lançou o Programa de Saúde da Família como uma política nacional de Atenção Básica, com natureza organizativa e substitutiva do modelo tradicional, focalizado na figura de médicos especialistas. Em virtude do grande potencial para a estruturação da Atenção Básica, o MS o define hoje como estratégia de saúde da família.

As Unidades de Saúde da Família, seguindo o princípio da equidade, vêm sendo prioritariamente implantadas, considerando os fatores de risco social, como concentração de pobreza e exclusão social. É nesse contexto, no qual se procura garantir o direito à saúde (embora haja limitações para se assegurar o direito à qualidade de vida), que as equipes de saúde da família detêm a responsabilidade sanitária de uma população residente em uma área geograficamente delimitada. Segundo Barcellos, “Um território vai muito mais além que uma extensão geométrica, se caracteriza por um perfil demográfico, epidemiológico, administrativo, tecnológico, político, social e cultural em permanente construção.”^{2:51}

Nesses territórios, existe um constante desafio para a aplicação dos princípios doutrinários do SUS. Há a dificuldade de garantia de acesso universal em municípios com baixa cobertura de atenção básica e número de usuários

local reality, as long as the family health teams positively promote access to health, fighting the particular effects that social inequalities produce in their territories.

KEY WORDS: Family Health Program; Social Inequity; Public Health; Equity.

acima do previsto para as equipes, o que gera demandas reprimidas; há a falta de capacitação de equipes e gestores para a estratégia de saúde da família, o que dificulta a prática da equidade, que procura tratar desigualmente os desiguais. E, dentro desse contexto, ainda permanece o desafio de se estabelecer uma prática de integralidade, que se propõe a assistir o indivíduo como um todo com uma atuação intersetorial.

Em geral, em todo início de implantação de uma unidade de saúde da família, as equipes procuram o conhecimento da geografia local através da elaboração de um mapa da área. No entanto, o mapa, apesar de ser um importante recurso para o planejamento de atividades, não deve estar dissociado da concepção de território. Nesse sentido, recorreremos à reflexão de McWhinney sobre a habilidade de abstração que utiliza ambas as noções:

A importância da abstração no entendimento humano é esclarecida pela metáfora usada por Alfred Korzybsky (1958) sobre o mapa e o território. Fazemos um mapa ao abstrair algumas características de um território e ignorar as outras. As características que abstraímos dependem do propósito do mapa: topográfico, geológico, etnográfico, entre outros. Para ser útil, o mapa deve ter a mesma estrutura do território, porém, nas palavras do aforismo de Korzybsky, “o mapa não é o território”. Conhecer o mapa não é o mesmo que conhecer o território. Um nativo da região do território conhece-o por meio de sua vivência e identificação com este território.^{3:98}

Milton Santos diferencia ainda território, espaço, paisagem, população e suas relações. Ele utiliza o termo espaço, no sentido amplo, como a conjunção entre a paisagem, a sociedade e a configuração territorial. Considera também que o território se transforma em espaço à medida que se sucedem as ocupações históricas.

A paisagem é diferente do espaço. A primeira é a materialização de um instante da sociedade. Seria, numa comparação ousada, a realidade de homens fixos, parados como numa fotografia. O espaço resulta do casamento da sociedade com a paisagem.^{4:25}

O espaço geográfico é um conjunto indissociável de sistemas de objetos (fixos) e de ações (fluxos) que se apresentam como testemunhas de uma história escrita pelos processos do passado e do presente.^{4,28}

Neste trabalho, descreve-se a experiência vivenciada por uma equipe de saúde da família, responsável por uma população carente em seus aspectos socioeconômicos e culturais, moradores de um espaço de territorialidade, cujos conflitos interferiam nas ações da equipe e eram promotores de exclusão da assistência à saúde para um determinado grupo residente na área.

DESENVOLVIMENTO

Neste item, descrevem-se quatro fases da experiência vivenciada pelas autoras. Na primeira, é narrada a situação encontrada no território. Na segunda, são descritos o levantamento de informações e o mapeamento da área; em seguida, realizou-se a escuta da comunidade para o estudo da dinâmica social e histórica; e, por fim, criaram-se estratégias de intervenção, que resultaram na reorganização territorial da área adscrita.

A SITUAÇÃO ENCONTRADA

Jaboatão dos Guararapes, situado no litoral da região metropolitana do Recife, é o segundo maior município do estado de Pernambuco, com 256 km². De acordo com estimativa do IBGE, em 2007, havia uma população de 665.387 habitantes, sendo 63,12% residentes em área urbana e 36,88%, em área rural. Entre as seis regionais do município, a sexta abriga a comunidade onde foi desenvolvido este trabalho e é localizada no bairro de Piedade com aproximadamente 4500 pessoas. Dados do censo do IBGE, no ano 2000, detectam que há extremas desigualdades sociais entre os moradores desse bairro. Por exemplo, o indicador de “rendimento nominal mensal por pessoa responsável por domicílio particular permanente” na área estudada é de R\$ 272,90 (enquanto a 3 km, na beira-mar do bairro, esse valor é de R\$ 8238,95), 34% da população vivem com menos de um salário-mínimo e 12% com mais de vinte. O índice de condições de vida (ICV) é composto por 18 indicadores, que refletem as dimensões: renda, educação, infância, habitação e longevidade, variando de 0 a 1. Nessa regional, existem áreas com ICV desde baixo risco a muito alto risco. O ICV foi desenvolvido pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) e pela Fundação João Pinheiro.

Em 2008, as autoras iniciaram suas atividades na USF. Nos seis primeiros meses de trabalho, identificaram vários problemas que dificultavam o desenvolvimento das atividades da equipe. O que mais chamou a atenção foi a exclusão de uma parte da população ao direito à assistência à saúde na USF. Essa exclusão foi promovida por grupos da comunidade e aceita pelos profissionais de saúde da família.

Salienta-se que esse problema interferia nos processos de trabalho e eram desencadeadores de tensão interna na equipe e na comunidade.

Foram observados excesso e má distribuição de usuários por Agente Comunitário de Saúde (ACS), uma média de 200 famílias por trabalhador, quando o preconizado pelo MS é 150, chegando um dos agentes a ter sob seus cuidados 1000 usuários, quando o estimado é 750. E, apesar da responsabilidade sanitária no território adscrito, havia famílias sem acesso aos serviços prestados, o que era dificultado ainda pelos agendamentos de consulta, que não contemplavam as diferenças populacionais entre as microáreas.

As visitas domiciliares médicas eram indicadas pelo ACS, sem discussão prévia em equipe, ora assumindo caráter de intromissão, ora de negligência. Não havia acolhimento aos usuários, isto é, não havia uma escuta qualificada das necessidades diariamente demandadas pela população. Desse modo, o ambiente de trabalho, com todos esses problemas, era palco de constantes conflitos.

Diante dessa situação, as autoras decidiram iniciar um trabalho na perspectiva de compreender a dinâmica funcional da Unidade, bem como o contexto social, histórico e geográfico da área, de modo a promover não só a reestruturação do processo de trabalho, mas também a inclusão da população desassistida.

LEVANTAMENTO DE INFORMAÇÕES E MAPEAMENTO DA ÁREA

A **primeira iniciativa** foi o **levantamento de dados populacionais** feito a partir da análise de estudos sociossanitários de anos anteriores, realizados pelas autoras. A leitura desses dados possibilitou a compreensão do território e dos problemas ali existentes. Constatou-se que essa população de aproximadamente 4500 pessoas estava distribuída em cinco microáreas, identificadas de 1 a 5. Nas de número “5” e “2”, residia o maior número de usuários constituídos predominantemente por adultos jovens e crianças. Apesar da pouca implantação de programas sociais em toda a comunidade, nas microáreas “5” e “2”, observava-se o maior número de famílias desassistidas. Essa situação ocorria porque, em geral, faltava àquelas pessoas

a documentação necessária ao ingresso nos programas sociais. Todos os ACSs resistiam a se responsabilizar por essas duas microáreas por serem as mais problemáticas e conflituosas. Além disso, os agendamentos das consultas eram realizados em horários específicos para cada uma das microáreas, a fim de evitar conflitos entre moradores dentro da unidade de saúde.

No território, a inexistência de rede de esgoto constituía um importante problema de saúde pública. Porém, na microárea “5”, a situação era mais grave em razão de 79,5% das famílias depositarem seus dejetos a céu aberto, enquanto, nas outras microáreas, 98,5% da população utilizavam fossa. Todos os residentes do território procuravam prioritariamente, por assistência à saúde no PSF, no entanto os residentes nas microáreas “1” e “4” procuravam em menor número sob a alegação de distância da Unidade aliada à falta de segurança na área.

Segundo diagnóstico situacional feito pelas pesquisadoras, em outro momento, pode-se fazer uma revisão dos indicadores, observando-se que a Taxa Bruta de Natalidade vinha diminuindo ao longo do tempo e o número de óbitos infantis permanecia estável. Da população economicamente ativa em toda a comunidade, ou que vinha procurando emprego no último ano do período pesquisado, 42% eram desempregados ou biscateiros, 20% trabalhavam informalmente, 26% estavam no mercado formal, 6% eram de aposentados e 6% trabalhavam como catadores de lixo. Ressalta-se que os empregados do mercado formal residiam predominantemente na microárea “1”, enquanto desempregados e catadores de lixo na microárea “5”.

Durante essa fase, também se detectou uma defasagem entre o número de moradores cadastrados, que era maior que o encontrado na pesquisa, o que sugere uma inserção de não residentes.

Por outro lado, ignorando a realidade local, a gestão municipal exigia medidas que criavam obstáculos à inclusão de moradores desassistidos, como a manutenção de 187 famílias por ACS, a preservação do território delimitado, a não aceitação de permuta de parte do território entre PSFs contíguos, bem como a recusa na criação de novas equipes.

O **segundo passo** foi levantar o mapa do território. Foram obtidos mapas através do IBGE e imagens de satélite disponíveis na internet. Essas informações foram confrontadas com as ruas, becos e travessas do território para a composição de um mapa próximo da realidade da região adscrita. As informações relativas à ocupação de casas em cada rua, terrenos e casas em construção foram obtidas em campo pelas autoras, e registradas para melhorar

a estimativa da população residente. Com a colaboração dos agentes comunitários de saúde, realizou-se a atualização das informações constantes na ficha “A”, que contém os dados de identificação da família, condições de moradia e saneamento, morbidade autorreferida, dentre outros, que integram o Sistema de Informação da Atenção Básica, normatizado pelo Ministério da Saúde.

A partir da análise do Índice de Condições de Vida – ICV, do distrito I, foi verificado que a comunidade se localiza em área de alto risco, limitando-se ao sul com uma região de acentuado alto risco sem cobertura de PSF. O ICV está sendo proposto como método para identificação de diferenciais nos níveis de qualidade de vida e envolve longevidade, educação, renda, infância e habitação, sendo classificado de 0 (pior condição) a 1 (melhor condição).

ESCUTA DA COMUNIDADE - O ESTUDO DA DINÂMICA SOCIAL E HISTÓRICA

Na terceira fase, procuraram-se os espaços para interação com as populações residentes, de maneira que se pudessem conhecer os problemas relacionados ao PSF. Realizaram-se reuniões com pequenos grupos de moradores e com as ACSs. Nessas reuniões, relataram-se informações relativas à história da comunidade, no sentido de se conhecer a origem das diferenças sociais ali existentes.

No local, havia duas populações que se mantinham em conflito. A comunidade, aqui denominada “A”, residia próxima a um outro PSF, porém não em sua área de abrangência. A outra, denominada “B”, residia em uma área de invasão, em condições de extrema pobreza e ocupava a extremidade do território, em uma Vila construída especificamente para abrigar essa população. No ano 2000, ambas reivindicavam a construção de um PSF. Na época, a comunidade “B” condicionou sua transferência da invasão para a Vila à construção de um PSF nesse espaço. No entanto, apenas uma Unidade de Saúde da Família foi construída para atender ao pleito de ambas, fato que acentuou ainda mais os conflitos ali existentes.

Todos os dados coletados foram importantes, porém aqueles que resgataram a história foram fundamentais para a compreensão das territorialidades ali existentes.

ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO

Durante oito meses de trabalho, realizaram-se visitas e encontros com ambas as populações e com a equipe de trabalho. Detectou-se que, na área, havia uma população de 4659 moradores, com uma estimativa de crescimento

populacional de curto prazo, por causa da existência de terrenos, unidades habitacionais desocupadas e em construção.

Em conjunto com os moradores, o território foi dividido em oito microáreas classificadas de acordo com as condições socio sanitárias, com uma média de 162 famílias cada e, aproximadamente, 630 usuários. As informações das cinco microáreas anteriores foram preservadas em arquivos para estudos futuros de indicadores.

Decidiu-se também elevar o número de agentes comunitários nas áreas em que os indicadores sociais e de saúde estudados apontavam uma maior necessidade de assistência, passando a microárea “5” a dispor de cinco ACSs e a microárea “2”, de três ACSs.

Os ACSs que não tinham interesse em assumir as microáreas “5” e “2” observaram que o trabalho, antes excessivo, cheio de tensões e conflitos seria dividido de modo equitativo entre a equipe. As visitas domiciliares foram organizadas de modo que mais trabalhadores estivessem circulando em áreas de risco, minimizando questões de segurança.

Após essas medidas, obtiveram-se os seguintes resultados: diminuição das barreiras de acesso à população “B”, sob clima de exclusão na Unidade; pactuação da garantia de atendimento às pessoas não residentes, mas hospedadas em residências dos comunitários, caso necessitassem; garantia de consultas iniciais e de seguimento apenas para os residentes, o que resultou em um incentivo aos moradores em declarar os reais residentes em suas habitações. O agendamento das consultas foi aberto para todas as microáreas de forma igualitária, e esse fato possibilitou o encontro dos residentes de todas as microáreas na recepção da USF.

Um resultado adicional do trabalho foi a reorganização do arquivo de prontuário das famílias, com rótulos de identificação de conteúdo, sequenciados por microáreas, além da confecção de novas carteiras de acesso para os usuários. As fichas “A” foram atualizadas e organizadas em pastas por rua e por microárea, com a locação das casas em cada rua à frente de cada pasta. Desse modo, qualquer trabalhador, mesmo inexperiente, podia localizar prontuários e fichas dos comunitários que procuravam a Unidade.

CONCLUSÕES

A experiência aqui relatada pode sugerir que nem sempre as instituições e equipes de saúde da família consideram a dinâmica social dos espaços nos estudos para implantação de um PSF. Nesse sentido, o planejamento das ações na atenção básica deve resultar, em parte, da observação e do registro da maneira como as pessoas vivem, como se relacionam, seus credos, cultura, geografia do local, fluxo de movimentação, como adoecem e se recuperam. E, do mesmo modo, não se pode prescindir de ações interseoriais, bem como da participação popular, sem a qual não haveria a compreensão da territorialidade.

A inserção de uma unidade de saúde da família em um território permite conhecer a forma como a população se organiza, reage aos seus problemas sociais e de saúde. Assim, é possível atuar de maneira que haja, paulatinamente, transformações num processo vivo e dinâmico a serviço do direito à saúde e à vida.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da saúde. Lei nº 8080 de 19 de setembro de 1990. Brasília, DF: MS; 1990.
2. Barcellos C, Pereira MP. O Território no Programa Saúde da Família. *Hygeia*. 2006 jun; 2(2):47-55.
3. McWhinney IR, Freeman T. Manual de Medicina de Família e Comunidade. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2009.
4. Santos M. *Metamorfoses do Espaço Habitado*. São Paulo: Hucitec; 1988.

Recebido: agosto de 2010

Aprovado: outubro de 2010
