

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COMUNITÁRIA
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA**



ALEXANDRE DE LIMA SANTOS

**A COMUNIDADE DO MANGUE DO BAIRRO VILA VELHA,
FORTALEZA/CE: O TERRITÓRIO E O COTIDIANO VIVIDO A
PARTIR DA PERSPECTIVA DOS MORADORES E DOS
PROFISSIONAIS DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (PSF)**

FORTALEZA – CEARÁ

2008

ALEXANDRE DE LIMA SANTOS

**A COMUNIDADE DO MANGUE DO BAIRRO VILA VELHA,
FORTALEZA/CE: O TERRITÓRIO E O COTIDIANO VIVIDO A
PARTIR DA PERSPECTIVA DOS MORADORES E DOS
PROFISSIONAIS DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (PSF)**

ORIENTADOR

PROF. DRA. RAQUEL MARIA RIGOTTO

**Dissertação apresentada ao Mestrado em
Saúde Pública da Universidade Federal
do Ceará (UFC) como requisito parcial
para obtenção do título de Mestre em
Saúde Pública.**

FORTALEZA – CEARÁ

2008

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COMUNITÁRIA
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA**

FOLHA DE AVALIAÇÃO

Título da Dissertação

**A COMUNIDADE DO MANGUE DO BAIRRO VILA VELHA, FORTALEZA/CE:
O TERRITÓRIO E O COTIDIANO VIVIDO A PARTIR DA PERSPECTIVA DOS
MORADORES E DOS PROFISSIONAIS DO PROGRAMA DE SAÚDE DA
FAMÍLIA (PSF)**

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dra. Raquel Maria Rigotto (Orientadora)

Prof. Dr. Antônio Jeovah de Andrade Meireles

Prof. Dr. Tarcísio Márcio Magalhães Pinheiro

Prof. Dra. Maria Vaudelice Mota

Saiba reconhecê-lo na tua caminhada, e ele dirigirá os teus passos...!

(Provérbios 3,6)

AGRADECIMENTOS

Ao bom Deus, razão primeira de todas as coisas.

À minha família, sem a qual nada disso teria acontecido.

À minha mãe, Maria José de Lima Santos, uma história de vida que daria um livro.

Ao meu pai, Francisco Assis dos Santos, por tudo de bom que herdei de você.

Aos meus avós maternos, Francisco Ramos de Lima (*in memoriam*) e Antônia de Freitas Lima (*in memoriam*), que o bom Deus cuide de vocês.

À minha tia materna, Maria de Fátima Lima Ramos (Iá), tia-mãe maravilhosa. Mudou minha vida para sempre...!

À minha tia materna, Maria Zeli Ramos de Lima (Clá), tia-mãe maravilhosa.

À minha tia materna, Zélia Maria Ramos de Lima, mãe do Jorginho e da Nana.

À minha irmã, Paulinha, irmã de todas as horas.

Ao meu irmão, Assizinho, por tudo que você representa para mim.

À minha irmã, Diana, a caçula.

À minha Orientadora do Mestrado, Profa. Raquel Rigotto, que cuidou de mim o tempo todo.

Ao Prof. Dr. Alcides, Coordenador do Mestrado em Saúde Pública da UFC, pelo apoio de sempre.

Aos meus colegas de turma do mestrado, um grande abraço a todos vocês.

Aos meus residentes de Medicina de Família e Comunidade do Sistema Municipal Saúde-Escola (SMSE) da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) da Prefeitura Municipal de Fortaleza (PMF), um grande abraço para todos vocês.

Aos meus alunos da Especialização em Saúde da Família do Sistema Municipal Saúde-Escola (SMSE) da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) da Prefeitura Municipal de Fortaleza (PMF), um grande abraço para todos vocês.

Aos Preceptores da Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade do Sistema Municipal Saúde-Escola (SMSE) da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) da Prefeitura Municipal de Fortaleza (PMF), um grande abraço para todos vocês.

Aos meus alunos da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará (FAMED/UFC), um grande abraço a todos vocês.

Aos profissionais do Programa de Saúde da Família (PSF) do Centro de Saúde da Família João Medeiros.

À comunidade do mangue do bairro Vila Velha.

Ao amigo-irmão Rodrigo Bonet (presença constante, desde o começo...!) e sua esposa Natália dos Santos Leite (grande amiga).

Ao amigo-irmão da Faculdade de Medicina, Felipe de Oliveira Magalhães (Felipão), padrinho da Mariana (nossa filhinha) e sua futura esposa, Eveline (Vevé, grande amiga).

Aos demais amigos da Faculdade de Medicina, grande abraço para todos vocês.

Aos meus sogros, Seu William (o Jovem...!) e Dona Édila (do coração do tamanho do mundo), por me acolherem tão bem.

À Eloina (Lói), por tudo que você faz por mim, pela Karla e pela Mariana.
Grande abraço, Lói...!

Aos amigos do Núcleo TRAMAS/UFC: Claudinha, Islene, Jeanny, Georgiana,
Lino, Marcelo, Vanira, Graça, Lara, Vanessa, Gemmelle.

Ao Gemmelle, muito obrigado pela força que você me deu....!

Ao Marco Túlio, amigo-irmão, por tudo que você fez (e faz) por mim. Uma
figura realmente especial...!

À Tatiana (Tati), médica de família simplesmente exemplar e grande amiga.

À Tati, minha cunhada, por cuidar do meu irmão e pela pessoa que você é.

Ao meu cunhado, Marcelo, e seu filhinho (meu sobrinho) Cauã.

Ao Dudu, amigo-irmão, pelo sorriso farto e gratuito.

Ao amigo-irmão Mozart Araújo. Foi você quem começou tudo isso, lembra...?

A minha esposa, Karla, você salvou minha vida...!!! E ainda me deu a Marianinha...!!! Te amo, meu amor...!!!

A minha filhinha, Marianinha, minha bububu...!!!

A Dóris, nossa linda cachorrinha...!!!

Eu amo vocês...!!!

LISTA DE TABELAS

TABELA 5.1 – Impactos sócio-ambientais evidenciados na Área de Proteção Ambiental (APA) do Estuário do Rio Ceará após a expansão urbana da cidade de Fortaleza. Página 105.

TABELA 5.2 - População residente no bairro Vila Velha, por ano. Página 112.

TABELA 5.3 – Evolução do quantitativo populacional absoluto da Secretaria Executiva Regional I (SER I). Página 125

TABELA 5.4 – Quantitativo populacional absoluto, por bairros, da Secretaria Executiva Regional I (SER I), no ano de 2006. Página 125.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 5.1 – Zoneamento ambiental do Estuário do Rio Ceará. Página 99.

FIGURA 5.2 – Unidades geológicas/geomorfológicas da Área de Proteção Ambiental (APA) do Estuário do Rio Ceará. Página 100.

FIGURA 5.3 – Foto aérea evidenciando a desembocadura do Rio Ceará (Agosto de 1968), ainda sem os efeitos atuais do intenso crescimento da porção oeste da cidade de Fortaleza. Página 103.

FIGURA 5.4 – Região observada na FIGURA 5.3 no ano de 2008. Atentar para a “pressão urbana” exercida por Fortaleza sobre a margem direita do Rio Ceará. Página 103.

FIGURA 5.5 – Proposta de Zoneamento Ambiental para a Área de Preservação Ambiental (APA) do Estuário do Rio Ceará. Página 109.

FIGURA 5.6 – Foto aérea evidenciando a ocupação das antigas áreas de salinas em trecho da planície de inundação do Rio Ceará. Página 114.

FIGURA 5.7 – Foto aérea evidenciando o local de apoio para o atendimento da equipe da Estratégia de Saúde da Família do Centro de Saúde da Família João Medeiros. Página 115.

FIGURA 5.8 – Parcelamento da área do município de Fortaleza, segundo a Lei de Uso e Ocupação do Solo (Lei nº 7987 de 23 de Dezembro de 1996), evidenciando a Micro-Zona Urbanizada 4, onde está localizado o bairro Vila Velha. Página 119.

FIGURA 5.9 – Relações entre os limites da Micro-Zona Urbanizada 4 e a SER I (Secretaria Executiva Regional I). Página 119.

FIGURA 5.10 - Bairros integrantes da Micro-Zona Urbanizada 4. Página 120.

FIGURA 5.11 – Áreas Especiais da Micro-Zona Urbanizada 4. Página 120.

FIGURA 5.12 – Percentual de domicílios com abastecimento de água, por setor censitário, da Micro-Zona Urbanizada 4. Página 121.

FIGURA 5.13 – Percentual de domicílios ligados à rede de esgotos, por setor censitário, da Micro-Zona Urbanizada 4. Página 121.

FIGURA 5.14 – Percentual de domicílios com coleta de lixo, por setor censitário, da Micro-Zona Urbanizada 4. Página 122.

FIGURA 5.15 – Renda domiciliar média (salário mínimo), por setor censitário, da Micro-Zona Urbanizada 4. Página 122.

FIGURA 5.16 – Mapa das Secretarias Executivas Regionais (SER) do município de Fortaleza. Página 123.

FIGURA 5.17 – Mapa da Secretaria Executiva Regional I, por bairros. Página 124.

FIGURA 5.18 – Mapa da Secretaria Executiva Regional I (SER I), segundo classificação de risco por micro-áreas. Página 129.

FIGURA 5.19 – Mapa do bairro Vila Velha, por micro-áreas. Página 130.

FIGURA 5.20 – Foto aérea evidenciando a Área de Proteção Ambiental (APA) do Estuário do Rio Ceará no limite dos municípios de Fortaleza e Caucaia. Página 131.

FIGURA 5.21 – Foto aérea evidenciando os limites do bairro Vila Velha, no extremo oeste do município de Fortaleza, e suas relações espaciais com a Área de Proteção Ambiental (APA) do Estuário do Rio Ceará. Página 131.

FIGURA 5.22 – Foto aérea evidenciando os limites do conjunto das micro-áreas de risco 1, correspondente à comunidade do mangue do bairro Vila Velha, e suas relações espaciais com a Área de Proteção Ambiental (APA) do Estuário do Rio Ceará. Página 132.

LISTA DE FOTOGRAFIAS

FOTO 5.1 – Aspectos de uma moradia no Conjunto Vila Velha IV, às margens do Rio Ceará. Página 115.

FOTO 5.2 – Aspectos de uma moradia no Conjunto Vila Velha IV. Observar a área coberta por água correspondente às antigas salinas. Página 116.

FOTO 5.3 – Aspectos de uma moradia no Conjunto Vila Velha IV, às margens do Rio Ceará. Página 116.

FOTO 5.4 – Aspectos de uma moradia no Conjunto Vila Velha IV, às margens do Rio Ceará. Observar a grande quantidade de entulho utilizada pelos moradores da comunidade para aterrar o mangue. Página 117.

LISTA DE SIGLAS

ABRASCO – Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

ACS – Agente Comunitário de Saúde

APA – Atenção Primária Ambiental

APA – Área de Preservação Ambiental

APS – Atenção Primária em Saúde

APSA – Atenção Primária em Saúde Ambiental

CAB – Coordenação da Atenção Básica

CETESB – Companhia Estadual de Tecnologia em Saneamento Ambiental

CGVAM – Coordenação Geral de Vigilância Ambiental em Saúde

CNUMAD – Conferência das Nações Unidas para o Meio Ambiente e o Desenvolvimento

COPESA – Comissão Permanente de Saúde Ambiental

CSF – Centro de Saúde da Família

DLIS – Desenvolvimento Local Integrado e Sustentável

DRI – Desenvolvimento Rural Integrado

EPA – Environmental Protection Agency

ESF – Estratégia de Saúde da Família

FEEMA – Fundação Estadual de Engenharia de Meio Ambiente

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONG – Organização Não-Governamental

OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PDP – Plano Diretor Participativo

PMF – Prefeitura Municipal de Fortaleza

PRMMFC – Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade

PSF – Programa de Saúde da Família

RBHS – Rede Brasileira de Habitação Saudável

RMF – Região Metropolitana de Fortaleza

SEINFRA – Secretaria Estadual de Infra-Estrutura

SEINF – Secretaria Municipal de Infra-Estrutura

SEMAM – Secretaria Municipal de Meio Ambiente e Controle Urbano

SEMACE – Secretaria Estadual de Meio Ambiente

SEPLA – Secretaria Municipal de Planejamento e Orçamento

SINVAS – Sistema Nacional de Vigilância Ambiental em Saúde

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SMSE – Sistema Municipal de Saúde-Escola

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

UFC – Universidade Federal do Ceará

RESUMO:

A COMUNIDADE DO MANGUE DO BAIRRO VILA VELHA, FORTALEZA/CE: O TERRITÓRIO E O COTIDIANO VIVIDO A PARTIR DA PERSPECTIVA DOS MORADORES E DOS PROFISSIONAIS DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (PSF).

Este trabalho objetivou estudar a comunidade do mangue do bairro Vila Velha, localizada no extremo oeste da cidade de Fortaleza/CE, a partir do ponto de vista dos moradores da comunidade selecionados como informantes-chave e dos profissionais do Programa de Saúde da Família (PSF) do Centro de Saúde da Família João Medeiros, responsáveis pela assistência à saúde da comunidade em questão. Intentamos focar a comunidade do mangue do bairro Vila Velha a partir de três “lentes” principais: primeiramente, situando a mesma como estando localizada em uma vasta extensão de terra da Área de Proteção Ambiental (APA) do Estuário do Rio Ceará, mais precisamente, na margem direita da planície flúvio-marinha do Rio Ceará, recurso hídrico este que divide os municípios de Fortaleza e de Caucaia. Desta forma, a comunidade sofre com o risco de enchentes pelas oscilações de maré do Rio Ceará, sobretudo durante a estação chuvosa, o que a caracteriza como uma das principais áreas de risco do município de Fortaleza. Em seguida, abordamos a comunidade como fazendo parte do bairro Vila Velha, um dos bairros mais populosos e problemáticos de Fortaleza em virtude da carência de serviços urbanos básicos em importantes porções do bairro, como a deficiente coleta de lixo, abastecimento de água e de rede coletora de esgotos domésticos. O bairro Vila Velha vem experimentando, em anos recentes, intenso processo de ocupação populacional de suas porções mais próximas à planície de inundação do Rio Ceará, onde se localiza a comunidade que abordamos em nosso estudo. Por fim, enfocamos a comunidade do mangue do bairro Vila Velha como sendo formada pelas micro-áreas de números 068, 069, 070 e 071, micro-áreas classificadas como sendo de risco 1 pela Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura Municipal de Fortaleza (SMS/PMF) e, assim sendo, área prioritária de assistência à saúde do Centro de Saúde da Família João Medeiros, unidade básica de saúde que exerce responsabilidade sanitária no bairro Vila Velha. Desta forma, intentamos evidenciar a comunidade do mangue do bairro Vila Velha não somente como um território de atuação das equipes de saúde da família, determinado pelo processo de territorialização em saúde para a operacionalização das ações programáticas do Programa de Saúde da Família (PSF), mas principalmente, do ponto de vista do cotidiano vivido localmente, ou lugar, articulado a outras realidades, tais como o crescimento e urbanização recentes da cidade de Fortaleza e os conflitos sócio-ambientais gerados a partir da ocupação, por famílias extremamente carentes, de grande parte da Área de Proteção Ambiental (APA) do Estuário do Rio Ceará. Em nosso estudo, utilizamos a pesquisa de natureza qualitativa do tipo descritiva para acessarmos, através de entrevistas semi-estruturadas, as visões dos moradores acerca das condições de vida e de moradia, das condições de saúde e da moradia em área de preservação ambiental; e as visões dos profissionais acerca das condições de vida e de moradia, das condições de saúde, dos processos de territorialização em saúde e das políticas públicas de saúde ambiente.

ABSTRACT:

A MANGROVE COMMUNITY OF THE VILA VELHA NEIGHBORHOOD, IN THE CITY OF FORTALEZA/CE: TERRITORY AND DAILY LIFE EXPERIENCES FROM THE POINT OF VIEW OF DWELLERS AND PROFESSIONALS OF THE FAMILY HEALTH PROGRAM (FHP).

This paper aims to study the mangrove community in the Vila Velha neighborhood, located in the extreme West of the City of Fortaleza/CE, from the point-of-view of the community dwellers selected as key-informants and from the health care professionals from the Family Health Program (FHP) from the João Medeiros Family Health Center, who are in charge of providing health care services to the community. This paper shall focus on the mangrove community of Vila Velha from three main "lenses": firstly, the setting of the community located in a vast piece of land in an Environmental Protection Area (APA in Portuguese) amidst an Estuary belonging to the Ceará River, more precisely, on the right bank of the marine-fluvial embayment of the Ceará River, a body of water which divides the municipalities of Fortaleza and Caucaia. Thus, the community suffers with the risk of floods due to the varying tides of the river, mainly during the rainy season, which characterizes this area of study as one of the areas of highest risk in the City of Fortaleza. As part of the investigation, the community is considered to be part of the Vila Velha neighborhood, one of the most populated and problematic neighborhoods in Fortaleza due to the major lack of basic urban services throughout the neighborhood, such as solid waste collection, water supply and sewage disposal. The Vila Velha neighborhood has experienced, in recent years, an intensive process of people settling close to the flood plains of the Ceará River, where the community in question is located. Finally, a special focus is given to the mangrove community of Vila Velha which is comprised of micro-areas 068, 069, 070 and 071, micro-areas classified as having risk level 1 according to the Municipal Health Department of Fortaleza (SMS/PMF) therefore, considered to be a health care priority area belonging to the João Medeiros Family Health Center, a primary health care center which is responsible for the public health of Vila Velha. Thus, the mangrove community of Vila Velha is not only a territory where the family health teams operate, determined by the health territorialization process involved in the pragmatic action of the Family Health Program (PSF), but more so, from daily life experiences, locally, or as a place, connected to other realities such as the recent growth and urbanization of the City of Fortaleza and the social-environmental conflicts stemming from the occupation of extremely poor families, of a major part of the Environmental Protection Area (APA) in the Estuary of the Ceará River. In this paper, qualitative research methodology has been used, through the use of semi-structures interviews, in order to tap into the vision of the community dwellers, regarding their living and housing conditions, health and living conditions in an area of environmental protection; as well as the point-of-view of the health care professionals in terms of the living, housing and health conditions, as well as the territorialization process in health and in terms of environmental health public policies.

SUMÁRIO

1. Problematizando as inter-relações entre a saúde e o ambiente no território	21
1.1 Introdução	21
1.2 Objetivos geral e específicos	28
1.3 As trilhas metodológicas	29
2. O desenvolvimento do campo da saúde ambiental e as políticas públicas de saúde e ambiente	37
2.1 As inter-relações entre a saúde e o ambiente na história	37
2.2 O conceito ampliado de saúde e a promoção da saúde	44
2.3 A importância de um novo olhar e de uma nova prática	46
2.4 A estratégia de saúde da família e a vigilância ambiental em saúde	48
3. O território	53
3.1 Abordagens conceituais	53
3.2 O território como cotidiano localmente vivido	60
3.3 O território e a integralidade em saúde	65
3.4 A análise do processo saúde-doença e o espaço	68
3.5 O território no programa de saúde da família	70

4. A atenção primária ambiental	74
4.1 O contexto latino-americano	74
4.2 Antecedentes da atenção primária ambiental	82
4.3 A atenção primária ambiental e a sua interface com a atenção primária em saúde	93
5. Contextualização do local do estudo	96
5.1 O território da Área de Proteção Ambiental (APA) do Estuário do Rio Ceará	97
5.2 O território do bairro Vila Velha	110
5.3 O território da comunidade do mangue do bairro Vila Velha em seus aspectos político-administrativos	123
6. Discussão e análise dos resultados	133
6.1 A categorização das falas	135
6.1.1 Para os informantes-chave da comunidade do mangue do bairro Vila Velha	136
6.1.1.1 Condições de vida e de moradia na comunidade do mangue do bairro Vila Velha	136
6.1.1.2 Condições de saúde na comunidade do mangue do bairro Vila Velha	146
6.1.1.3 Moradia em Área de Preservação Ambiental (APA) do Estuário do Rio Ceará	150

6.1.2 Para os profissionais do Programa de Saúde da Família (PSF) do Centro de Saúde da Família João Medeiros que prestam assistência à saúde na comunidade do mangue do bairro Vila Velha_____156

6.2.1.1 Condições de vida e de moradia na comunidade do mangue do bairro Vila Velha_____156

6.2.1.2 Condições de saúde na comunidade do mangue do bairro Vila Velha_____166

6.2.1.3 Reconhecimento do território e os processos de territorialização em saúde no Programa de Saúde da Família (PSF)_____173

6.1.1.4 Políticas públicas de saúde e ambiente_____178

7. Considerações finais_____185

8. Referências

9. Anexo 1: Roteiro de entrevistas semi-estruturadas para os informantes-chave da comunidade do mangue do bairro Vila Velha.

10. Anexo 2: Roteiro de entrevistas semi-estruturadas para os profissionais do Programa de Saúde da Família (PSF).

11. Anexo 3: Termo de consentimento livre e esclarecido para os informantes-chave da comunidade do mangue do bairro Vila Velha.

12. Anexo 4: Termo de consentimento livre e esclarecido para os profissionais do Programa de Saúde da Família (PSF).

13. Anexo 5: Mapas - A Área de Proteção Ambiental (APA) do Estuário do Rio Ceará.

14. Anexo 6: Mapas – Fortaleza e o bairro Vila Velha.

15. Anexo 7: Documentação fotográfica – a comunidade do mangue do bairro Vila Velha.

CAPÍTULO 1 – PROBLEMATIZANDO AS INTER-RELAÇÕES SAÚDE E AMBIENTE NO TERRITÓRIO

1.1) Introdução

A territorialização representa um importante instrumento de organização dos processos de trabalho e das práticas de saúde, posto que as ações de saúde são implementadas sobre uma base territorial em uma delimitação espacial previamente determinada. A execução das práticas de saúde sobre um substrato territorial já vem sendo utilizada por diversas iniciativas no interior do Sistema Único de Saúde (SUS), como o Programa de Saúde da Família (PSF), a Vigilância Ambiental em Saúde, a proposta dos Municípios/Cidades Saudáveis e a própria descentralização apontada pela Constituição Federal. No entanto, a estratégia da territorialização em saúde, por vezes, reduz sobremaneira a potência analítica acerca do território por parte dos profissionais do Sistema Único de Saúde, na qual o conceito de espaço, utilizado de uma forma voltada para a dimensão gerencial dos serviços de saúde, limita o potencial e as possibilidades deste conceito para a identificação de problemas de saúde e de propostas de intervenção (BARCELLOS & MONKEN, 2005).

A complexidade das inter-relações entre a saúde e o ambiente, principalmente nos centros urbanos, exige novas formas de elaboração teórica e prática acerca do espaço. A velocidade de transformação das redes que integram os espaços é uma das características mais marcantes do mundo atual. Essas mudanças interferem nas relações sociais, nos valores, nos modos de pensar, agir, viver, adoecer e morrer. O seu ritmo cada vez mais acelerado produziu uma crise na experiência do espaço e do tempo, desafiando a nossa própria capacidade de perceber e de acompanhar tais fenômenos. Tornou-se ainda mais evidente que as idéias do senso comum, aparentemente neutras, a respeito do que é o espaço escondem ambigüidades e conflitos (CZERESNIA & RIBEIRO, 2000).

Para além de sua dimensão político-operativa do sistema de saúde, o território, enquanto cotidiano vivido, onde se verifica a interação entre as pessoas e os serviços de saúde no nível local do Sistema Único de Saúde (SUS), caracteriza-se por uma população específica, vivendo em tempo e espaço determinados, com problemas de saúde definidos, mas quase sempre com condicionantes e determinantes que emergem de um plano mais geral. Esse espaço apresenta, portanto, além de uma delimitação espacial, um perfil histórico, demográfico, epidemiológico, administrativo, tecnológico, político, social e cultural, que o caracteriza como um território em permanente construção (MONKEN *et al.*, 2008).

O reconhecimento desse território, em sua complexidade, é uma etapa primordial para a caracterização da população e de seus problemas de saúde, bem como para a avaliação dos impactos dos serviços sobre os níveis de saúde dessa população, possibilitando ou efetivamente abrindo espaços para o desenvolvimento de práticas de saúde voltadas para o chão concreto da vida das pessoas, o lugar. Essa proposta, contida no modelo de vigilância em saúde, é justificada pelo agravamento das iniquidades sociais associadas a uma segregação espacial aguda, que restringem o acesso da população a melhores condições de vida.

A concepção tradicional de saúde, pautada no modelo médico-assistencial, fez com que o setor saúde ficasse impotente em face dos problemas provocados pelo intenso processo de aglomeração, sobretudo nas complexas regiões metropolitanas brasileiras, e de exclusão social ou inclusão precária, como advogam alguns autores. Neste contexto, vem se fortalecendo o paradigma da promoção da saúde, orientado por ações amplas e coletivas e que requer a intersectorialidade não mais como esforço de retórica, mas como concretude das práticas. A atenção voltada para a produção social da saúde das populações gera a necessidade de esclarecer as mediações que operam entre as condições reais em que ocorrem a reprodução dos grupos sociais no espaço e a produção da saúde e da doença (MONKEN, 2003).

Como afirmava SANTOS (1999), “o homem não vê o universo a partir do universo, o homem vê o universo desde um lugar”, tem-se que o lugar, o chão das relações entre as pessoas, espaço vivo e dinâmico da vida e da cidadania, é

onde se concretizam as relações de cooperação e de poder, constituindo-se na cidade em territórios distintos onde se materializam de forma concreta as condições de vida das populações e a presença ou a ausência da ação pública. Tais territórios não são neutros, mas perpassados por variados fluxos e vetores, nem se bastam por si sós, são interdependentes em relação a outros territórios, conectados entre si e com a história da cidade (AKERMAN, 2005). A diferenciação entre esses territórios é expressão da desigualdade sócio-espacial que preside a organização da sociedade e a produção de seu espaço. O que explica tais diferenciações é o fato de que em função da divisão social do trabalho, a cidade é antes de tudo uma concentração de pessoas exercendo uma série de atividades concorrentes ou complementares, o que enreda uma disputa de usos, e que, destarte, o uso do território aponta para duas versões contraditórias, o uso produtivo do espaço da cidade, determinado pelas características do processo de reprodução do capital, e o uso residencial, incluindo os serviços essenciais, onde se dá a reprodução da vida social (CARVALHO, 2005). De onde nasce, então, idéia de que a verdadeira categoria de análise, neste sentido, não é o território em *per si*, mas os seus contextos de uso.

O padrão de urbanização das cidades brasileiras, em linhas gerais, imprimiu ao menos duas fortes características ao modo predominante de “fazer cidade”: apresentam componentes de “insustentabilidade” associados aos processos de expansão da área urbana e de transformação e modernização dos espaços intra-urbanos; e proporcionam baixa qualidade de vida urbana a parcelas significativas da população. No Brasil, Em apenas quatro décadas – entre 1950 e 1990 - formaram-se 13 cidades com mais de um milhão de habitantes (GROSTEIN, 2001) e em todas elas a expansão da área urbana assumiu características semelhantes, qual seja, não resultou de determinações ou projetos articulados visando à extensão da cidade, mas ao contrário, prevaleceu a difusão do padrão de periferização, condutor da urbanização do território. A significativa concentração de pobreza nas metrópoles brasileiras tem como expressão um espaço dual: de um lado a cidade formal, que concentra os investimentos públicos e, de outro, o seu contraponto absoluto, a cidade informal relegada dos benefícios equivalentes e que cresce

desordenadamente na ilegalidade urbana que a constitui, agudizando e exacerbando as diferenças sócio-ambientais (GROSTEIN, 2001).

O avanço da urbanização, sua escala e velocidade não constituem problemas em si, não fosse o modo como ocorreu (e vem ocorrendo). Deve-se estar atento para esse processo, pois a sustentabilidade do aglomerado urbano relaciona-se com algumas variáveis: a forma de ocupação do território, a disponibilidade de insumos para a sua adequada funcionalidade (por exemplo, água para abastecimento humano), a adequada disposição de resíduos (por exemplo, destinação e tratamento de esgoto e resíduos), o grau de mobilidade da população no espaço urbano, a oferta e o atendimento às necessidades da população por moradia, equipamentos sociais e serviços.

Os problemas ambientais urbanos dizem respeito tanto aos processos de construção da cidade e, portanto, às diferentes opções políticas e econômicas que influenciam as configurações do espaço, quanto às condições da vida urbana e aos aspectos culturais que elucidam os modos de vida e as relações entre os diversos territórios da cidade (BRASIL, 2002). Nas porções da cidade produzidas informalmente, onde predominam os assentamentos populares com elevadas concentrações demográficas e a ocupação desordenada, a combinação dos processos de (re) construção do espaço com as precarizadas condições da vida urbana produz problemas sócio-ambientais e os mais variados contextos de riscos e vulnerabilidade, que incidem sobremaneira tanto no espaço físico quanto no “espaço da saúde pública” com as mais variadas conseqüências e determinações: tragédias anunciadas e provocadas pela erosão do solo, pela perda da cobertura vegetal natural, enchentes, deslizamentos de terra, invasão e ocupação de áreas de proteção permanente, contaminação dos mananciais hídricos, doenças e epidemias provocadas pelo inadequado manejo ambiental, condições de moradia e habitabilidade as mais degradantes, dentre outras (MOREIRA & TREVIZAN, 2005).

A magnitude e a freqüência com que estes fenômenos se desdobram nos ambientes urbanos dão a medida da relação entre os processos de crescimento da cidade informal e o progressivo agravamento dos problemas sócio-ambientais.

A forma de “desenvolvimento” predominante e hegemônica determinou (e determina) a consolidação de inadequadas modalidades de uso e de ocupação do solo urbano, transformando rios em galerias de drenagem, áreas que deveriam ser reguladas e protegidas em espaços privados loteados, desconsiderando a própria conformação física e geográfica do território (BERDOULAY, 1999). Diante de tão eloqüentes questões, as políticas públicas pensadas e assumidas têm um papel determinante na justa distribuição dos benefícios dos serviços urbanos e da justiça social (BORJA & MORAES, 2002).

Destarte, em meio a tantas e tão graves questões, como fica o “ser profissional de saúde”, nestes tão díspares territórios da cidade? O adequado manejo dos pacientes hipertensos e diabéticos é suficiente para elevar a qualidade de vida das pessoas? O seguimento clínico-obstétrico das gestantes adolescentes das favelas melhora os seus níveis de saúde, mas garante uma mais promissora perspectiva de vida para seus filhos? A “camisa de força” dos protocolos clínicos otimiza realmente o acompanhamento dos moradores das degradadas áreas urbanas? Muitas perguntas, mas respostas acabadas e definitivas não existem! A resposta afirmativa a estas indagações, fruto do desenvolvimento do modelo de explicação e resolução da biomedicina, não nos exime do imperativo, ético inclusive, de nos determos com mais profundidade sobre o adoecer, o viver e o morrer nos “territórios vivos” das comunidades. Acreditamos que isto perpassa tanto a formação do profissional de saúde quanto a sua própria carga de experiências de vida e de trabalho. Em definitivo, os livros não sangram, não choram, não sentem fome, nem medo, apesar de iluminar os caminhos da formação científica. E, aqui, me vejo impulsionado a lembrar NIETZSCHE (1983) em “A Gaia Ciência”: “ainda estou à espera de um médico filósofo, no sentido excepcional da palavra – um médico que tenha o problema da saúde geral do povo, tempo, raça, humanidade, para cuidar – terá uma vez mais o ânimo de levar minha suspeita ao ápice e aventurar a proposição: em todo o filosofar até agora, nunca se tratou de “verdade”, mas de algo outro, digamos saúde, futuro, crescimento, potência, vida...”.

Assim, resolvi seguir meu caminho profissional debruçando-me não somente sobre as doenças e suas formas de diagnóstico e de tratamento, mas

também sobre como estas ocorrem e onde ocorrem, quem são os mais acometidos, por quais motivos e, ao decidir tornar-me médico de família, optei por não contentar-me com o consultório ou com a unidade básica de saúde, mas com o “território” de onde provêm meus pacientes e sobre qual exerço determinadas responsabilidades sanitárias e tentar compreender como se dão as relações entre o desenrolar do processo saúde-doença e as condições ambientais. De modo que, hoje sou o que eu faço, e o faço com muito prazer...!

Nosso estudo pretende abordar a evolução conceitual do território e a operacionalização deste no campo da vigilância em saúde em sua interface com a atenção básica e compreender o processo de territorialização em saúde como um instrumento de entendimento da distribuição dos riscos e agravos à saúde e ao ambiente, e destacar as potencialidades e possibilidades do papel do conceito ampliado de território utilizado para a compreensão das situações de saúde e doença em face das diferentes contextualidades e circunstâncias ambientais por meio da análise processual das práticas sociais cotidianas.

No primeiro capítulo, apresentamos um pouco do plano geral do nosso esforço de descrever e entender o território enquanto categoria de análise da distribuição de riscos e agravos à saúde humana e a formação de contextos de vulnerabilidade, bem como uma primeira aproximação ao campo de pesquisa e a fase preliminar de “chegada ao campo” e, após, descrevemos os métodos de abordagem da realidade dos quais farei uso para o desenvolvimento da pesquisa.

No segundo capítulo, debruçamo-nos sobre as políticas de saúde e ambiente e a urgente necessidade de “um novo olhar e uma nova prática” de saúde e descrevemos algumas considerações acerca das cidades, dos espaços urbanos e dos problemas ambientais relacionados aos “ecossistemas urbanos”. Após, tentamos traçar “pontes” entre a atenção básica e a vigilância ambiental em saúde. Em seguida, no terceiro capítulo, estudamos a evolução histórico-conceitual do território e a contribuição do conceito ampliado do mesmo para a prática da integralidade na saúde, bem como a abordagem que SANTOS (1999) faz sobre o “território e o cotidiano” enquanto referência espaço-temporal e o espaço técnico-científico-informacional como categoria de análise de eventos de saúde. Após, abordamos

como o território é operacionalizado pelo Programa de Saúde da Família. No quarto capítulo, analisamos a atenção primária ambiental enquanto esforço construtivo de interligar a atenção primária em saúde ao entendimento das questões ambientais contemporâneas e o necessário envolvimento e participação efetiva da comunidade na descrição e geração de suas demandas a partir da percepção de riscos dela própria e dos profissionais de saúde. Nas considerações finais, retomamos os objetivos iniciais que nos motivaram a estudar o assunto “território” e concluimos sem terminar...!

1.2) Objetivos:

Objetivo geral:

- Caracterizar o território da comunidade do mangue do bairro Vila Velha, Fortaleza/CE, na perspectiva do cotidiano vivido pelos moradores e pelos profissionais do Programa de Saúde da Família (PSF).

Objetivos específicos:

- Caracterizar a comunidade do mangue do bairro Vila Velha em suas relações com a expansão urbana e o crescimento populacional do município de Fortaleza/CE.

- Descrever o território da comunidade do mangue do bairro Vila Velha a partir da perspectiva do cotidiano vivido pelos moradores.

- Descrever o território da comunidade do mangue do bairro Vila Velha a partir da perspectiva dos profissionais do Programa de Saúde da Família (PSF) que prestam assistência à saúde na comunidade.

1.3) As trilhas metodológicas

A pesquisa científica afeita ao campo da saúde tem sido tradicionalmente demarcada, ao longo dos anos, por uma forte tradição quantitativa de explicação e compreensão dos fenômenos da realidade. Como contraponto a este “modelo” de captação e entendimento dos fatos concretos da vida, surgiu no seio da Antropologia e da Sociologia, sobretudo nos últimos trinta anos, a chamada pesquisa qualitativa, tendo esta modalidade de pesquisa impulsionado enormemente os estudos nas áreas da Saúde, da Psicologia, da Educação, das Ciências Sociais e da Administração de Empresas (NEVES, 2006).

O grande crescimento do número de estudos qualitativos na área da saúde, bem como a transformação do “prestígio” do caráter científico da pesquisa qualitativa foi assim enunciado por TURATO (2005):

“Tem-se deparado, de modo crescente, com interesses e com realizações de pesquisas qualitativas no campo da saúde. Em conseqüência, há uma maior demanda na busca dos programas de pesquisa institucional, assim como na procura de congressos acadêmicos e periódicos científicos, respectivamente, para viabilizar projetos e divulgar os resultados de seus trabalhos. Na última década, as pesquisas qualitativas tornaram-se bem aceitas pelos jornais médicos. Porém, em épocas passadas, esses pesquisadores tinham os manuscritos rejeitados devido aos trabalhos serem considerados não-científicos. Era como se consistissem apenas de histórias curiosas contadas por pessoas sobre os eventos de suas vidas, sem preocupações sistemáticas, isto é, como se aquelas fossem de caráter anedótico.” (p.507)

A pesquisa de natureza qualitativa ou o método qualitativo de apreensão e compreensão da realidade é assim explicitado por MINAYO (2006):

“O que é o método qualitativo? O método qualitativo é o que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos de interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam (...) as abordagens qualitativas se conformam melhor a investigações de grupos e segmentos delimitados e focalizados, de histórias sociais sob a ótica dos atores, de relações e para análises de discursos e de documentos.” (p.57)

MINAYO (1994) revela que a pesquisa qualitativa em saúde:

“(...) trabalha com o universo de significados, motivações, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo de relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.” (p.22)

A pesquisa percorreu momentos sucedâneos no tempo ou etapas cronológicas, distribuídas de acordo com o desenvolvimento da mesma e conforme a construção dos passos necessários ao adequado encaminhamento do estudo. Desta forma, a realização de uma etapa abria caminho e lançava novos elementos para os passos subseqüentes, como em um encadeamento de idéias e possibilidades, e oferecendo novos subsídios para verificação e análise. Os passos da pesquisa não ocorreram, todos, no mesmo *lócus*. E, destarte, e por força do desenho e formato da pesquisa, houve a necessidade de adentrar diversos ambientes distintos, mas que em seu conjunto, permitiram a emergência de rico espaço de estudo.

Em um primeiro instante, desenvolveu-se amplo levantamento de referências teóricas e conceituais, bem como de pesquisas empíricas, com a finalidade de “arar o terreno” do estudo e permitir uma primeira aproximação ao tema em questão. Conforme MINAYO (2006):

“A primeira tarefa do investigador, uma vez definido seu objeto, é proceder a uma ampla pesquisa bibliográfica, capaz de projetar luz e permitir melhor ordenação e compreensão da realidade empírica. A pesquisa bibliográfica pode ter vários níveis de aprofundamento, mas deve abranger, minimamente, os estudos clássicos sobre o objeto em questão (ou sobre os termos de sua explicação) e os estudos mais atualizados sobre o assunto”. (p.183)

Prossegue a autora (MINAYO, 2006):

“(...) a bibliografia deve ser suficientemente ampla para traçar a moldura dentro da qual o objeto se situa: a busca de vários pontos de vista, dos diferentes ângulos do problema que permitam estabelecer definições, conexões e mediações, demonstrando o *estado da arte*.” (p.184)

Neste contexto, ocupou lugar de destaque o levantamento de estudos empíricos anteriormente realizados sobre o tema em foco com o objetivo de compreender como diversos outros pesquisadores deram tratamento metodológico para o recorte e a apreensão do objeto.

Assim, importante esforço foi direcionado para a coleta de informações que julgamos imprescindíveis para a caracterização do local do estudo, informações estas obtidas a partir de visitas aos órgãos e instituições, a saber:

a) O Centro de Saúde da Família (CSF) João Medeiros, unidade básica responsável pelo atendimento de saúde do bairro Vila Velha, no âmbito da Secretaria Executiva Regional I (SER I), bem como local de trabalho do autor deste estudo, onde desenvolvemos as funções de preceptoria do Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade (PRMMFC) junto ao Sistema Municipal Saúde-Escola (SMSE) da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) da Prefeitura Municipal de Fortaleza (PMF). Aqui, foram realizadas as entrevistas aos profissionais das equipes do Programa de Saúde da Família (PSF);

b) Distrito de Saúde da Secretaria Executiva Regional I (SER I), onde obtivemos importantes informações acerca da organização e panorama geral do setor saúde nesta referida regional administrativa do município de Fortaleza, bem como dados relativos à distribuição das unidades de saúde e alguns dados demográficos;

c) Setor de Vigilância Epidemiológica do Distrito de Saúde da Secretaria Executiva Regional I (SER I) para a coleta de informações acerca dos principais agravos à saúde no âmbito da referida regional administrativa;

d) Coordenação da Atenção Básica (CAB) do Distrito de Saúde da Secretaria Executiva Regional I (SER I) para a coleta de informações acerca da assistência à saúde no âmbito da atenção básica, bem como dados referentes às áreas e às micro-áreas que compõem o território da referida regional administrativa e que correspondem aos *loci* de atuação do Programa de Saúde da Família (PSF) e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS);

e) Coordenação da Atenção Básica (CAB) da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), local onde obtivemos importantes informações relativas ao processo de territorialização em saúde do município de Fortaleza;

f) Distrito de Meio Ambiente da Secretaria Executiva Regional I (SER I), onde coletamos informações a respeito das ações deste setor da administração com relação à área do estudo;

g) Defesa Civil da Secretaria Executiva Regional I (SER I) para a coleta de informações acerca das áreas de risco da referida regional e as ações por este setor implementadas na atenção às famílias residentes na área do nosso estudo;

h) Secretaria de Meio Ambiente e Controle Urbano (SEMAM) da Prefeitura Municipal de Fortaleza (PMF), onde coletamos informações acerca do ordenamento territorial da cidade de Fortaleza, bem como documentos e mapas relativos à situação do saneamento ambiental no município de Fortaleza;

i) Secretaria Estadual de Meio Ambiente do Ceará (SEMACE), onde obtivemos acesso ao Plano de Manejo da Área de Proteção Ambiental (APA) do Estuário do Rio Ceará e informações relativas ao crescimento do bairro Vila Velha, localizado no extremo oeste da cidade de Fortaleza, e aos importantes impactos sócio-ambientais advindos do intenso e recente processo de urbanização do bairro a partir dos anos noventa;

j) Departamento de Geografia da Universidade Federal do Ceará (UFC), onde tivemos o acesso possibilitado pelo Prof. Dr. Jeovah Meireles, para a busca de informações acerca de estudos empíricos de graduação e de pós-graduação relativos à ocupação e à degradação ambiental na Área de Proteção Ambiental (APA) do Estuário do Rio Ceará;

l) Realizamos, ainda, uma “visita virtual” ao sítio eletrônico do Plano Diretor Participativo (PDP) de Fortaleza, onde obtivemos alguns mapas técnicos e mapas de leitura comunitária utilizados em nosso estudo;

As visitas a estes órgãos e instituições permitiram a aquisição de um amplo conjunto de informações que serviram de suporte ao entendimento do local do

nosso estudo em suas relações sócio-espaciais com outros bairros do município de Fortaleza através de exaustivo esforço de pesquisa documental.

Ainda com relação à pesquisa bibliográfica, buscamos artigos científicos e livros de autores que dedicaram suas obras ao estudo de temas que compuseram o mosaico do marco teórico-referencial que permitiu a aproximação ao nosso objeto de estudo.

Assim, o nosso estudo corresponde a uma pesquisa de natureza qualitativa, do tipo descritiva, na qual intentamos desvendar e compreender as visões dos moradores da comunidade do mangue do bairro Vila Velha acerca de suas condições gerais de vida e de moradia, suas condições de saúde e a questão da moradia na Área de Preservação Ambiental (APA) do Estuário do Rio Ceará. Sobre este aspecto, afirmamos que a comunidade em questão vem ocupando desde o início dos anos noventa, extensas porções do bairro Vila Velha localizadas na planície flúvio-marinha, à margem direita do Rio Ceará, importante corpo hídrico que corresponde à divisa entre os municípios de Fortaleza e de Caucaia. Esta área está sujeita às oscilações de maré da planície flúvio-marinha do Rio Ceará, o que significa dizer que a comunidade convive, especialmente nos períodos de maior pluviosidade, com a possibilidade de enchentes. Buscamos, ainda, apreender como os profissionais do Programa de Saúde da Família (PSF) do Centro de Saúde da Família João Medeiros captam as condições gerais de vida e de moradia na comunidade em foco, como estes organizam a prestação de cuidados à saúde, como os mesmos compreendem o território e os processos de territorialização em saúde vigentes no Sistema Único de Saúde (SUS) e quais suas impressões gerais acerca das políticas públicas de saúde e ambiente.

Com relação à pesquisa descritiva, TRIVIÑOS (1987) afirma que o estudo descritivo é aquele onde se pretende descrever os fatos e fenômenos de determinada realidade. Portanto, neste contexto, o pesquisador observa, registra, analisa e correlaciona fatos ou fenômenos. RUDIO (1985) apud TRIVIÑOS (1987) advoga que a pesquisa descritiva está interessada em descobrir e observar fenômenos, procurando descreve-los, classificá-los e interpreta-los.

A natureza do estudo é dita qualitativa, pois esta objetiva realizar uma análise da realidade concreta que transcenda os dados e indicadores numéricos, a partir da compreensão de que a dimensão social possui diversos determinantes e condicionantes históricos, sociais e políticos que não são quantificáveis ou mensuráveis (MINAYO, 1994). E, assim, ganha relevo a dimensão temporal do cotidiano da vida das pessoas em seus lugares de vida. Partindo desta última perspectiva, PETERSEN (1995) chama a atenção para o fato de que a incorporação da dimensão cotidiana, presente em todo modo da existência humana, significa um enriquecimento analítico indiscutível para a discussão do momento histórico atual coletivo ou individual. Como defende a autora (PETERSEN, 1995), é na vida cotidiana que se desenvolvem condutas subjetivamente dotadas de sentidos, a partir das significações que se constroem do senso comum, e que se institui a configuração da realidade social, pois é na vivência do aqui e do agora que os homens (e mulheres) constroem o mundo e se interessam por ele, posto que é este mundo que lhes está ao alcance mais imediato.

Desta forma, acabamos por trabalhar com três “territórios” distintos, mas complementares para o entendimento amplo da realidade sócio-ambiental da comunidade do mangue do bairro Vila Velha, a saber: através das pesquisas documentais e das visitas aos órgãos e instituições oficiais que têm responsabilidades sobre a área do estudo, tivemos acesso a um vasto repertório de informações que permitiram a caracterização do local do nosso estudo, inclusive através da análise de inúmeros mapas técnicos e de leitura comunitária obtidos junto ao sítio eletrônico da Secretaria de Planejamento e Orçamento (SEPLA) da Prefeitura Municipal de Fortaleza (PMF), mais precisamente os mapas produzidos por ocasião das reuniões do Plano Diretor Participativo de Fortaleza. Em seguida, buscamos compreender a comunidade do mangue do bairro Vila Velha do ponto de vista de seus moradores, sobretudo os informantes-chave, pessoas que residem no local desde o início da formação da comunidade, nos idos anos noventa. Assim, tentamos captar as visões daqueles que vivem no lugar e experienciam o cotidiano local. Por fim, lançamos luz sobre as opiniões dos profissionais do Programa de Saúde da Família (PSF) que prestam assistência à saúde na referida comunidade e

que trabalham sobre a lógica da organização territorial em áreas de abrangência e áreas de influência, com a adscrição de clientela, com as noções de áreas compostas por micro-áreas para a consecução das ações programáticas previstas para o Programa de Saúde da Família (PSF) e que, em verdade, traduzem a comunidade do mangue do bairro Vila Velha como o conjunto das micro-áreas de risco 1 do bairro, identificadas pelos números 068, 069, 070 e 071.

Seguindo-se à tomada dos depoimentos dos nossos entrevistados, após a assinatura do termo de consentimento e elucidação de possíveis pontos geradores de dúvidas entre os mesmos, bem como a explicação acerca dos nossos propósitos com a pesquisa, realizamos a gravação e posterior transcrição das entrevistas em formato semi-estruturado. As entrevistas semi-estruturadas permitiram o norteamento dos depoimentos, no entanto, sem direcionar as opiniões dos nossos entrevistados. Os entrevistados todos participaram de nosso estudo através de convite inicialmente informal, mas depois formalizado através da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, conforme critérios do comitê de ética em pesquisa da Universidade Federal do Ceará (UFC).

TRIVIÑOS (1987), em relação às entrevistas semi-estruturadas, assevera que as mesmas “valorizam a presença do investigador e oferecem todas as perspectivas possíveis para que o informante alcance a liberdade e a espontaneidade necessárias, enriquecendo a investigação”.

As entrevistas foram realizadas após agendamento prévio, tanto com os informantes-chave, quanto com os profissionais de saúde. Para aqueles, as entrevistas foram realizadas no âmbito de seus domicílios e, para estes, os depoimentos tomaram lugar no local de trabalho, o Centro de Saúde da Família João Medeiros. Realizamos a aplicação de nosso roteiro de entrevistas semi-estruturadas com 4 (quatro) informantes-chave, moradores antigos da comunidade do mangue do bairro Vila Velha e 4 (quatro) profissionais do Programa de Saúde da Família do Centro de Saúde da Família João Medeiros que atendem à comunidade do estudo.

Optamos, ademais, pela documentação fotográfica da comunidade do mangue do bairro Vila Velha para capturar determinados aspectos da área do estudo, como as condições das moradias, por exemplo. Sobre o uso de registros

fotográficos, BECKER (1993) revela que “não é um simples registro viabilizado por recursos tecnológicos que nos permitem aprisionar o tempo, mas é antes de tudo, uma linguagem, passível de múltiplas leituras”.

Seguindo-se à gravação e transcrição das narrativas dos entrevistados, realizamos exaustivos esforços de leitura das mesmas para permitir a categorização das falas em unidades de significação. Após, realizamos um significativo trabalho de análise das narrativas que nos permitiu ampliar a compreensão do universo cultural dos diferentes entrevistados e dos significados que eles produzem do cotidiano localmente vivido e experimentado.

Destacamos, entretanto, que nossa pesquisa não se pretende total e, portanto, não tem a missão de encerrar o assunto que estudamos, mas tão somente representa o nosso ponto de vista sobre um determinado recorte da realidade, que esperamos, possa servir de estímulo a outros que intentem percorrer nossos caminhos.

CAPÍTULO 2 – O DESENVOLVIMENTO DO CAMPO DA SAÚDE AMBIENTAL E AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE E AMBIENTE

2.1) As inter-relações entre a saúde e o ambiente na história

O estudo das inter-relações entre a saúde e o ambiente, desde há muito tempo, vem ocupando um importante espaço na tentativa de entendimento e análise do processo saúde-doença e as relações com seus condicionantes e determinantes mais gerais, a exemplo do clássico texto de Hipócrates, denominado *Ares, Águas e Lugares*, onde este apontava a importância do ambiente circundante para a saúde das populações humanas.

A partir da Revolução Industrial, passou-se a identificar diversos processos mórbidos diretamente e/ou indiretamente relacionados à exposição ocupacional e ambiental às mais diversas substâncias, e também associados ao crescente processo de urbanização e ao avanço da pobreza nos centros urbanos relacionados à baixa qualidade ambiental e das condições de moradia. Neste contexto, o estudo de John Snow, que relacionou o grande incremento do número de mortes por cólera em Londres a um fator relacionado ao ambiente (água de abastecimento humano contaminada) corresponde a um importante marco na abordagem das causas do processo saúde-doença a partir da degradação ambiental, sobretudo numa época em que a noção de “agente etiológico” ainda não era uma realidade.

A tentativa de compreensão dos efeitos à saúde humana advindos de condições ambientais alteradas é evidente desde há muito tempo, abrangendo questões como os efeitos do ambiente sobre os humores, as emanações, os miasmas e os odores (COSTA, 2002). Desta forma, esteve bastante presente nos diversos discursos e práticas de saúde como respostas às necessidades e problemas sanitários das populações. Essa atenção à problemática ambiental

atinge maior proeminência a partir dos séculos dezoito e dezenove com a agudização dos processos de industrialização e de urbanização que passaram a influenciar de forma decisiva sobre as condições de saúde e de trabalho das pessoas e das populações (BRASIL, 2002). Por esta época, as formulações e estratégias sanitárias tinham como ponto de partida para análise a teoria dos miasmas, na qual as emanações e odores exteriores identificáveis deveriam ser reduzidos, controlados ou eliminados para conter o avanço das doenças. Assim, teve lugar a higienização dos espaços públicos como estratégia de saúde para os “espaços” e pessoas através da vigilância e controle dos ambientes urbanos (ruas, habitações, locais de depósitos de lixo, entre outros) e agrupamentos populacionais (pobres, minorias étnicas e as classes trabalhadoras). O sítio urbano das cidades era identificado como um espaço passível de intervenção pelas práticas sanitárias, existindo a perspectiva de se apontarem como “doentes” determinadas regiões e lugares habitados pelas classes sociais mais desfavorecidas (FREITAS, 2003).

A partir da segunda metade do século dezenove, fruto do aprofundamento da Revolução Industrial e de seus impactos sobre a saúde da população e dos ecossistemas, sobretudo nos países do continente europeu onde ocorreu um maior desenvolvimento da industrialização (Inglaterra, França e Alemanha), tornou-se evidente um maior ordenamento das classes operárias e uma maior participação política, onde os temas relativos às questões sanitárias foram incorporados no rol das demandas dos movimentos sociais e presenciou-se, então, o nascimento de idéias de entendimento dos problemas de saúde como um processo fundamentalmente político e social (FREITAS, 2003). Ao contrário das proposições de higienização dos sítios urbanos, para as quais as cidades eram ambientes passíveis de atuação e de intervenção através de uma série de princípios e normatizações a serem seguidos e aplicados no contexto individual e para o saneamento dos espaços urbanos, a participação efetiva na vida política é pensada como a estratégia primordial de intervenção e transformação da realidade sócio-sanitária (MONKEN, 2003).

Assistiu-se, desta forma, à estruturação do sanitarismo no esteio do desenvolvimento da medicina social, sobretudo na Inglaterra e nos Estados Unidos, onde se configuraram, a partir de então, as ações de saúde fortemente ligadas à atuação do Estado, como assinalam PAIM & ALMEIDA FILHO (1998):

“O discurso e a prática dos sanitaristas sobre os problemas de saúde eram fundamentalmente baseados na aplicação de tecnologia e em princípios de organização racional (por parte do Estado) para a expansão das atividades profiláticas, destinadas principalmente aos pobres e setores excluídos da população (...) no que se refere aos problemas ambientais, o saneamento e o controle de vetores constituíram a principal estratégia do sanitarismo, direcionada para o controle de doenças relacionadas às precárias condições sanitárias.”

A partir do desenvolvimento do paradigma microbiano de explicação da causalidade do processo saúde-doença, o movimento sanitarista assume posição hegemônica na “saúde pública” e passa a nortear as práticas e os discursos sanitários. Destarte, segundo PAIM & ALMEIDA FILHO (1998), “o ambiente de foco das práticas e dos discursos da saúde pública passa a ser o doméstico, que deveria ser purificado, limpo e aerado, sendo isto considerado vital para a saúde de seus habitantes, particularmente as crianças”. É a época do desenvolvimento da microbiologia, que se deu a partir dos trabalhos de Pasteur, e que subsidiaram o início do “modelo ecológico” de transmissão das doenças infecto-contagiosas, centrado na dinâmica de interações entre o “agente” e o “hospedeiro”.

Influenciada por estes modelos, as ações de prevenção nos sistemas de saúde estruturaram-se por meio de várias formas de vigilância, tendo por base o controle dos modos de transmissão das doenças e dos fatores de risco, o que possibilitou certa governabilidade e eficácia das ações no âmbito intrasetorial do setor saúde, principalmente para as doenças infecto-contagiosas clássicas. Dentro desta noção, a vigilância incluía a notificação e o controle de possíveis casos de doenças com potencial de disseminação na população e que passaram a servir de eventos sentinelas, em articulação com análises

epidemiológicas, bem como o monitoramento ambiental de alimentos e de água para o consumo humano (BRASIL, 2002).

Uma série de estratégias foi desenvolvida para o controle e a prevenção das doenças infecto-contagiosas, tais como a vacinação, o controle de vetores, ou ainda a criação de barreiras de isolamento de regiões ou de pessoas contaminadas. Além destas medidas, também foram desenvolvidas práticas de educação em saúde pautadas em campanhas de comportamentos individuais, como “boas práticas de higiene” e “hábitos saudáveis”, onde estas práticas sanitaristas passaram a conviver com o modelo médico-assistencialista, hegemônico em nossos tempos.

Assim, em termos institucionais, estruturaram-se dois setores clássicos da saúde pública, a vigilância epidemiológica e a vigilância sanitária, ambas com recortes específicos de objetos de controle e de intervenção. Na vigilância epidemiológica, privilegiou-se o controle das doenças, a definição de eventos sentinelas, a implementação de medidas emergenciais de tratamento e de isolamento dos pacientes, bem como o direcionamento da atuação assistencial em épocas de epidemias. Na vigilância sanitária, inicialmente priorizou-se o controle dos serviços de saúde, dos fármacos e dos produtos gerais de consumo humano, como alimentos e produtos de uso doméstico (BRASIL, 2002). Posteriormente, o “ambiente” teve um importante impulso no âmbito institucional, a partir do desenvolvimento das ações de controle de fatores ambientais biológicos e não-biológicos, como vetores, animais transmissores da raiva, água de consumo humano e, mais recentemente, fatores físicos e químicos relacionados à contaminação ambiental.

A partir do fortalecimento e maior visibilidade dos movimentos ambientalistas dos anos sessenta e setenta, alargou-se a base de compreensão das interações danosas entre a degradação do meio ambiente e seus impactos sobre a saúde das populações, como assinala FREITAS (2003):

“A ampliação da compreensão dos problemas ambientais como não somente restritos aos aspectos de saneamento e controle de vetores, bem como a recuperação da dimensão política e social dos mesmos pode, em grande parte, ser atribuída às questões que

passaram a ser colocadas pelo movimento ambientalista, que, definido como tal, tem sua existência identificada desde os anos cinquenta, passando a ganhar força somente nos anos sessenta e setenta (...) as ameaças e os perigos ambientais para a saúde pública, provocadas principalmente pela poluição química e radioativa, são compreendidas como de maior escala, tendo se multiplicado e estendido no espaço – indo além dos ambientes da casa, da vila ou da cidade – e no tempo – com o alcance dos efeitos futuros sobre a saúde e a vida no planeta.”

A relação, portanto, entre a saúde e o ambiente é bastante antiga e, em verdade, sempre fez parte da “saúde pública”. Entretanto, no decorrer da história, diferentes concepções de saúde e de ambiente se sucederam, de acordo com as demandas colocadas pela sociedade e o desenvolvimento das diversas correntes de pensamento e das disciplinas científicas que respaldaram o avanço do conhecimento das ciências da saúde e das ciências ambientais (MONKEN, 2003). A relação complexa entre a saúde e o ambiente, e suas múltiplas explicações ao longo dos anos, parece indicar uma dificuldade de compreender a complexidade da saúde como um atributo da condição humana resultante dos contextos sócio-ambientais de seu tempo (AUGUSTO, 2003).

No Brasil, a partir do pioneirismo de Oswaldo Cruz e de outros grandes sanitaristas que o sucederam, a atenção aos problemas ambientais e às características do desenvolvimento sócio-econômico da sociedade brasileira em suas interfaces com a saúde coletiva, pode ser situada desde o início do século vinte, onde se identificam três paradigmas básicos no estudo das complexas inter-relações entre saúde e o ambiente, a saber: o biomédico, assentado na microbiologia e na parasitologia clássicas; o das relações entre as condições de saneamento e o estado do ambiente, assentado no saneamento urbano clássico; e o da medicina social, cujas origens remontam aos anos setenta (FREITAS, 2003).

Do ponto de vista do âmbito institucional, segundo CÂMARA & TAMBELLINI & (2003), no decorrer do último século, as preocupações com a problemática ambiental ligadas à saúde humana, foram de atenção praticamente exclusiva dos setores governamentais ligados ao saneamento básico, como as ações relacionadas ao abastecimento de água, ao esgotamento sanitário e à

coleta e disposição do lixo. Ainda, segundo os autores (CÂMARA & TAMBELLINI, 2003), apenas com o aprofundamento dos problemas ambientais em escala mundial relacionados à intensa industrialização e urbanização, durante a década de setenta, ocorreu a ampliação do espectro de ação das instituições públicas, como se deu, por exemplo, a partir da criação de órgãos ambientais nos estados do Rio de Janeiro (FEEMA – Fundação Estadual de Engenharia do Meio Ambiente) e de São Paulo (CETESB – Companhia Estadual de Tecnologia em Saneamento Ambiental).

A partir dos anos setenta e oitenta, um grande impulso à constituição do campo da saúde ambiental, no Brasil, foi dado com o grande desenvolvimento da área da saúde do trabalhador, quando, então, tornaram-se inequívocas as inter-relações entre os processos produtivos e os impactos à saúde da classe trabalhadora e da população em geral, bem como aqueles impactos relacionados diretamente à degradação dos ecossistemas que servem de suporte para a vida. Desde então, observa-se um intenso debate nas universidades e nas organizações da sociedade civil em torno da problemática ambiental, inaugurando um período na história ambiental brasileira de um grande crescimento dos movimentos ecológicos com influência cada vez maior sobre a sociedade brasileira. Apontam CÂMARA & TAMBELLINI (2003):

“Estes fatos demonstram e tornam explícitos o convencimento político e da sociedade em si da importância da questão ambiental em seus desdobramentos, inclusive para a saúde, em todo o planeta.”

Entretanto, continuam os autores:

“Pode-se dizer que a idéia do ambiente como elemento importante para o campo da saúde é antiga, porém sua caracterização em termos técnico-científicos tem sido suficientemente vaga e imprecisa para admitir variadas formas e concepções na elaboração de sua (do ambiente) possível relação com a saúde propriamente dita. Invariavelmente, este ambiente tem sido visto como meio externo, muitas vezes considerado como simplesmente o cenário onde se desenrolam os acontecimentos ou os processos especiais de uma determinada doença ou grupo delas.”

Sem dúvida, um dos grandes avanços da área da saúde ambiental no Brasil, se deu a partir da incorporação e valorização da dimensão social na tentativa de explicação das interações entre as dimensões ambientais e de saúde, tanto em termos teóricos como em termos metodológicos, permitindo o debate de outras concepções do ambiente, sobretudo aquelas ligadas à noção de “coletivo” e a discussão com as categorias “populações” ou “grupos populacionais” tradicionalmente utilizadas pela epidemiologia.

Nos dias atuais, o campo da saúde ambiental tem crescido de forma consistente e apresenta-se como um dos mais promissores espectros da saúde coletiva, no Brasil e no mundo, como assinalam CÂMARA & TAMBELLINI (2003):

“Atualmente, a área da saúde ambiental em sua feição inovada começa a aparecer com certa densidade institucional nas universidades e centros de pesquisa, nos programas educacionais de primeiro e segundo grau e nas áreas de intervenção dos serviços públicos de saúde, entre outros, em níveis federal, estadual e municipal, além de sua presença em entidades da sociedade civil, tais como as ONGs. Recentemente, um significativo aporte de conhecimentos e técnicas estão sendo fornecidos pela saúde ambiental ao campo da saúde coletiva via instituições da área (Organização Mundial da Saúde, Environmental Protection Agency, entre outras). Trata-se das propostas de gestão de risco ambiental que abarcam questões de tecnologia ambiental e são estudadas sob a luz da legislação e normas, das políticas econômicas e sociais, demográficas e de saúde (para citar as principais) utilizando-se de instrumentos da administração e gestão de bens e serviços com o intuito de promover mudanças ambientais relacionadas à prevenção da saúde.”

FREITAS (2003), no entanto, adverte:

“Entretanto, é no setor saúde propriamente dito onde parece haver maiores dificuldades para sua efetiva implantação e desenvolvimento (da saúde ambiental). Algumas hipóteses já foram por nós explicitadas (...) entre elas, o baixo aporte de recursos financeiros, além dos instrumentais e humanos em quantidade e qualidade insuficientes para as atividades requeridas; a ausência de uma legislação específica e clara que dê conta de maneira ampla e detalhada da questão ambiental e seus desdobramentos relativos às diferentes esferas da vida e da sociedade; uma ainda pouco numerosa produção de conhecimento científico que possa

fundamentar as atividades desta área no país como um todo e servir de elemento para a informação dos cidadãos; a falta de conhecimento das populações sobre seus direitos e deveres relacionados ao ambiente e suas conseqüências para a saúde. Por outro lado, enfatizamos a própria resistência interna do setor saúde em ampliar seu leque de responsabilidades e atividades neste campo que nos parece ligada a outros problemas de ordem econômica, política e ideológica.”

2.2) O conceito ampliado de saúde e a promoção da saúde

A despeito de uma tendência crescente da operacionalização de um conceito ampliado de saúde, em décadas recentes, mais próximo da noção de qualidade de vida, na prática, a prioridade das práticas dos programas e serviços de saúde pública tem sido direcionada, principalmente, para a dimensão assistencialista, e não a dimensão da promoção da saúde. Na perspectiva das práticas e políticas de saúde, em geral, os sistemas de saúde dos países ocidentais têm se deparado com profundos questionamentos em relação a um modelo assistencial por estes praticado e centrado na atenção ao indivíduo, com foco na dimensão curativa do cuidado, dimensão esta fortemente marcada pela escalada de custos a níveis insuportáveis para os cidadãos de seus países, e também pela baixa efetividade de suas ações em termos de impactos positivos sobre os principais indicadores de saúde (BUSS, 2000).

No entanto, abriu-se, desde os anos setenta, um intenso e amplo debate que tem objetivado enfatizar a determinação econômica e social da saúde, cedendo espaço para a busca de uma abordagem ampliada nesse campo, visando a superar as determinações e orientações focadas, principalmente, no controle de enfermidades. No Brasil, esta tendência assume importante papel nos meios acadêmicos em meados da década de setenta, mas, em geral, alterou com alcance limitado as práticas de saúde do modelo hegemônico de atenção à saúde, apesar de significativos avanços conceituais e do arcabouço institucional e

político. Alguns autores, mais recentemente, passaram a defender o ideário da promoção da saúde articulada ao conceito de “saudável”, tentando mudanças das condições de vida da população (WESTPHAL, 2000; MENDES, 1992; ALMEIDA FILHO, 1997, ADRIANO *et al.*, 2000; BUSS, 2000).

A saúde passa a ser vislumbrada, então, como um elemento inequívoco da qualidade de vida e por esta é condicionada e determinada, entendendo-se que esta compreende as necessidades humanas fundamentais, materiais e espirituais, e resulta de uma existência social calcada em dimensões subjetivas, como o bem-estar, a realização e satisfação pessoal, a felicidade e o prazer, e as dimensões objetivas da vida, como as concretas condições sociais, econômicas, políticas, ambientais, dentre outras, necessárias à adequada satisfação das necessidades básicas. Como aponta FERRAZ (1998):

“A nova concepção de saúde deixa de ser um ‘estado’, biologicamente definido, para ser uma resultante dinâmica e socialmente produzida (...) a ampliação do conceito de saúde é um processo que caminha no sentido de uma perspectiva global, sócio-ecológica, que vem integrar a concepção biológica da vida, não se tratando da opção por valores que ficaram subjugados, construindo um novo posicionamento que mantenha a reprodução de antigas posições, mas de saber transitar entre diferentes níveis e formas de entendimento e de apreensão da realidade (...) assim, os determinantes das condições de saúde devem ser relacionados a elementos sociais, econômicos, políticos, ambientais, culturais, para além dos fatores biológicos.”

2.3) A importância de um novo olhar e de uma nova prática

O modelo de desenvolvimento sob o qual estamos vivendo condiciona as relações sociais e econômicas e acentua os riscos para a saúde e o ambiente, onde a maior implicação prática desses fatos é o processo de intensa degradação ambiental que estamos vivenciando, degradação esta que tem conseqüências diretas sobre a qualidade de vida e as condições de saúde das populações (AUGUSTO *et al*, 2003).

Na produção do conhecimento das relações entre saúde e ambiente é fundamental levar-se em conta a contra-hegemonia do saber dominante e a importância das contribuições disciplinares em uma perspectiva interdisciplinar e a não-contraposição, mas sim a incorporação das dimensões objetivas e subjetivas, onde o ambiente deve ser internalizado no sistema de desenvolvimento humano para que sejam passíveis de controle os riscos dele oriundos pela intervenção do homem (AUGUSTO *et al*, 2003). Enfatizamos, aqui, o caráter polissêmico do “risco” e a organização das estruturas sociais da “sociedade de risco”, como asseveram LUIZ & COHN (2006). Ou, conforme SANTOS (1999), “a questão dos riscos e das doenças não é técnica, mas política e de distribuição de poder e de riqueza”.

Ao ser desenvolvida uma relação eminentemente concreta, sobretudo com a contribuição decisiva de inúmeros trabalhos científicos sobre o “ambiente na saúde coletiva” (FREITAS, 2005) em épocas recentes entre a saúde e o ambiente, observamos que a influência deste último pode ocorrer de forma a manter e promover a saúde humana e dos ecossistemas ou, ao revés, impactar de forma decisiva sobre as condições que propiciam o bem-estar, a qualidade de vida e a plena realização das potencialidades e capacidades humanas e, destarte, incidir sobremaneira sobre a constituição do processo saúde-doença e condicionando/determinando, em última análise, o perfil do adoecer e do morrer dos indivíduos e das coletividades em geral, ou de grupos populacionais em particular, sobretudo nos centros urbanos (GOMES & SOARES, 2004).

No Brasil, do ponto de vista da saúde da população, configuram-se três cenários simultâneos e dinâmicos, frutos da evolução de contextos sócio-ambientais diversos: em primeiro lugar, tem-se o preocupante aumento das patologias cardiovasculares (primeira causa de óbitos) e neoplásicas (terceira causa de óbitos) nas últimas décadas que, em um plano mais geral, também é influenciado pelo aumento da expectativa de vida da população brasileira, pela contaminação ambiental, pelo modo de vida urbano-industrial. No segundo cenário, conformam-se as doenças infecciosas e parasitárias, intimamente relacionadas com as condições sócio-ambientais, de saneamento, de moradia, de padrões nutricionais. O terceiro cenário é composto pelas ditas causas externas de morbidade e mortalidade que englobam os acidentes e a problemática da violência urbana (PORTO, 1998). Reforçamos, a esta altura, o grande impacto deste perfil epidemiológico sobre a capacidade de resposta efetiva do sistema de saúde brasileiro para fazer frente às necessidades antigas e novas de atenção à saúde da população.

No âmbito institucional, o desenho e a construção de políticas públicas intersetoriais de saúde e ambiente deve superar o contexto organizacional que compartimentaliza a problemática ambiental em sua interface com a saúde humana em setores definidos. O processo de tomada de decisões deve, necessariamente, perpassar outras esferas, tanto governamentais, quanto do conhecimento científico das mais diversas disciplinas, e levar em conta as políticas de emprego, renda e trabalho, educação, ciência, tecnologia, indústria e comércio, desenvolvimento urbano, cultura, entre outras. A exploração da interface entre a saúde e o ambiente, sob o marco da sustentabilidade, compreende a instituição de uma política que expresse a multiplicidade de forças interativas geradas em torno da promoção do bem-estar e da saúde humana (ABRASCO, 2003).

Os princípios condutores das políticas integradas de saúde e ambiente devem assentar-se sobre a ética e a justiça sócio-ambiental, a integralidade, a intersectorialidade, a interdisciplinaridade e a transdisciplinaridade (o ambiente não existindo como disciplina ou setor), o controle social, a criação de

uma rede de responsabilidade e de solidariedade, a antecipação de efeitos negativos através das ações de proteção, prevenção e pelo uso do princípio da precaução, a capacitação técnica dirigida a todos os níveis do SUS com a qualificação, inclusive da atenção básica, a eleição e priorização de indicadores, a comunicação de riscos e as necessárias informações de saúde ambiental aos técnicos e à população em geral, a incorporação dos conflitos sócio-ambientais, a educação em saúde e a educação ambiental, dentre outras inúmeras necessidades de articulação (ABRASCO, 2003).

2.4) A Estratégia de Saúde da Família e a Vigilância Ambiental em Saúde

A Estratégia de Saúde da Família corresponde a um modelo de organização da Atenção Primária em Saúde, baseada em equipes multiprofissionais compostas por, no mínimo, um (a) médico (a) generalista ou de família, um (a) enfermeiro (a), um (a) auxiliar de enfermagem e de seis a dez agentes comunitários de saúde, responsáveis pela atenção integral e contínua à saúde de cerca de oitocentas famílias (aproximadamente 3.450 pessoas) e, podendo-se evidenciar, ainda, a existência de atribuições comuns a todos os membros da equipe e atribuições específicas a cada classe profissional (ANDRADE *et al*, 2006).

A organização de uma equipe de saúde da família assenta-se em “doze passos”, como define ANDRADE *et al*. (2006): a definição e descrição do território de abrangência, a adscrição de clientela, o diagnóstico de saúde da comunidade, a organização da demanda, o trabalho em equipe multiprofissional, o enfoque da atenção à saúde da família e da comunidade, o estímulo à participação e o controle social, a organização de ações de promoção da saúde, o resgate da medicina popular, a organização de um espaço de co-gestão coletiva

na equipe, a identificação de serviços de referência nos níveis secundário e terciário da atenção e o monitoramento dos indicadores de saúde do território.

A história do Programa de Saúde da Família (PSF) tem início quando o Ministério da Saúde formula o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), em 1991. A partir daí, começou-se a focar a família como unidade de ação programática de saúde e não mais tão somente o indivíduo, e foi introduzida, por esta época, a noção de área de cobertura (VIANA & POZ, 1998). Seu desenvolvimento é produto, em grande parte, das discussões e da maturação dos ideais da Reforma Sanitária Brasileira e da própria evolução histórica do Sistema Único de Saúde (SUS) ao longo das décadas de setenta, oitenta e noventa.

A Estratégia de Saúde da Família possui diferenças marcantes em relação ao modelo hegemônico médico-hospital centrado, tais como: incorpora o conceito de saúde como qualidade de vida e defende a prestação de serviços de saúde como um direito de cidadania; concentra suas ações na coletividade, sem deixar de lado o indivíduo, e centra-se na atenção integral à saúde por meio de ações de promoção, proteção, cura e recuperação; a hierarquização da rede de atendimento em níveis de atenção primária, secundária e terciária, articulados entre si e coordenados pela atenção básica; serviços de saúde distribuídos no território dos municípios, permitindo o acesso da população às ações de saúde; predomínio da intervenção por uma equipe multidisciplinar, planejamento e programação com base em dados epidemiológicos e priorizado por famílias ou grupos com maior risco de adoecer e de morrer, estímulo à participação comunitária e funcionamento baseado na organização da demanda e no acolhimento dos problemas da população adscrita (ANDRADE *et al.* 2006).

A despeito destas grandes conquistas e diferenças em relação ao modelo hegemônico biomédico, evidenciamos que tais características não são operacionalizadas e percebidas pela comunidade e pelos profissionais de saúde de forma homogênea, ficando claros os imensos desafios e contradições que são apontados por FRANCO & MERHY (sem data) como o forte caráter prescritivo e uma “confusão” entre o que é ferramenta para diagnóstico e intervenção, e o que

é resultado em saúde, como se as equipes que seguirem a “prescrição” altamente detalhada do programa lograssem atingir os resultados desejados, como a decantada resolução de aproximadamente 85% dos problemas de saúde. Asseveram, ainda, os mesmos autores, para a necessidade do verdadeiro trabalho em equipe em detrimento da onipotência de cada profissional. Relatam, ainda, a incapacidade atual dos profissionais das equipes de saúde da família de “perceber” e “operacionalizar” o ambiente-território, comprometendo, e muito, a declarada “potência transformadora” da Estratégia de Saúde da Família.

Neste contexto de muitos avanços e conquistas, mas ainda de muitas dificuldades, entendemos que ganha substancial relevo a “problematização” do território articulada à noção de vigilância em saúde, tema já inaugurado por alguns autores.

Nos tempos atuais, a questão ambiental se faz presente de forma eloqüente e apresenta-se como mais uma “tarefa” a ser desvendada pelos profissionais de saúde ao ficarem patentes as inter-relações entre a degradação ambiental e suas repercussões sobre a saúde humana (MORAES & JORDÃO, 2002). A reorientação dos sistemas de saúde na direção de afirmar-se como “espaço de saúde” e não exclusivamente de atenção à doença, exige um processo de construção social de mudanças que se darão, concomitantemente e dialeticamente, na concepção do processo saúde-doença (BARCELLOS & MONKEN, 2005). Para a constituição de uma base organizativa dos processos de trabalho nos sistemas locais de saúde em direção a essa nova prática e que permita resolver a “tarefa” de desvelar as relações entre o ambiente e a saúde, tem-se que o reconhecimento dos territórios e seus contextos de uso, uma vez que estes materializam diferentemente as interações humanas e os problemas de saúde, reveste-se de significado capital. Nas palavras de TEIXEIRA, PAIM & VILLASBÔAS (1998), “cabe à vigilância em saúde exercer o papel organizativo dos processos de trabalho em saúde mediante operações intersetoriais articuladas por diferentes ações de intervenção – promoção, proteção e atenção – fincada em seus três pilares estratégicos: os problemas de saúde, o território e a prática intersetorial.

Muitas vezes, nos diagnósticos das condições de vida e da situação de saúde, os elementos constitutivos da reprodução da vida social nos diversos lugares, são listados e tratados como conteúdos desarticulados do território analisado. Tradicionalmente, essas análises de situação são realizadas delimitando-se o espaço em determinada escala, buscando apenas uma descrição de seu conteúdo e tratando-se o espaço como mero depositário de determinadas características e aspectos. Uma proposta de saúde baseada no território deve também considerar os sistemas de objetos naturais e construídos e identificar seus diversos tipos de ações e como estes são percebidos pelas populações. Neste sentido, é importante que o reconhecimento dos contextos de uso se dê através de métodos que identifiquem as singularidades e seus problemas (de saúde e ambientais) baseados numa abordagem territorial (MONKEN, 2003).

A incorporação da vigilância ambiental no campo das políticas públicas de saúde é uma demanda relativamente recente no Brasil (BARCELLOS & QUITÉRIO, 2006). Dentre os principais entraves para sua efetiva operacionalização encontram-se a débil estruturação das ações de vigilância no âmbito institucional das secretarias estaduais e municipais de saúde e o contingente reduzido de profissionais envolvidos e afeitos às questões ambientais relacionadas à saúde humana, a despeito da urgente necessidade e visibilidade de tais questões. Ademais, podemos citar a difícil construção de um sistema de indicadores capazes de captar a complexidade das inter-relações entre o ambiente e a saúde que subsidie real e efetivamente a tomada de decisões no melhor espírito de “informação para a ação”. No contexto do Sistema Único de Saúde, a incorporação de programas de vigilância sobre o ambiente está sendo introduzida, em nível federal, pela CGVAM (Coordenação Geral de Vigilância Ambiental), criada em 1999, e responsável pela implementação do Sistema Nacional de Vigilância Ambiental em Saúde (SINVAS), regulamentado pela Instrução Normativa nº 1 do Ministério da Saúde, de 25 de Setembro de 2001, que definiu as competências nos âmbitos federal, estadual e municipal (NETO & CARNEIRO, 2002). Os mesmos autores assinalam que “o Programa de Saúde da Família pode garantir a necessária capilaridade do sistema”. No nosso

entendimento, aqui reside o principal desafio: construir uma interface comum de atuação da Atenção Primária em Saúde e da Vigilância Ambiental em Saúde, onde defendemos que o ponto de partida para este trabalho conjunto seja o “olhar qualificado sobre o território”.

CAPÍTULO 3 – O TERRITÓRIO

3.1) Abordagens conceituais

Tentar compreender o território é, em princípio, assumir a atitude de percorrer diversas e distintas acepções elaboradas acerca do mesmo ao longo dos anos. Inúmeros autores, filiados às mais diferentes tradições intelectuais e correntes de pensamento, intentaram realizar este percurso e, cada qual ao seu modo e ao seu tempo, contribuiu para a compreensão do mesmo. HAESBAERT (2005) apud EDUARDO (2006) trata de abordar o território para além de sua dimensão conceitual, mas sim do ponto de vista de uma geografia dita relacional, onde este aponta que o território corresponde a um dos principais conceitos que tenta responder à problemática da relação entre a sociedade e seu espaço.

A polissemia evidenciada no tratamento conceitual do território na literatura, antes de constituir-se em um problema para a análise deste, corresponde, em verdade, a um substancial incremento na capacidade descritiva e analítica do mesmo ao reunir múltiplas e diferenciadas tradições de abordagem e de apropriação do território. Segundo BONNEMAISON (2002), o conceito de território foi inicialmente elaborado pelo ornitólogo inglês Elliot Howard, ao observar a forma de ocupação do espaço por algumas espécies de pássaros. Para HAESBAERT (1997), o termo território é oriundo do latim *territorium* (este derivado de *terra*), no qual este aparecia nos escritos sobre agrimensura com o significado de “pedaço de terra apropriado”, tendo somente se difundido na Geografia em tempos recentes, a partir de fins dos anos setenta. Além da Geografia, o território tem sido objeto de análise de várias outras ciências, tais como a Antropologia, a Sociologia, a Economia, a Ciência Política, a Demografia e a Epidemiologia (NETO, 2007).

Sobre os diversos usos do conceito de território por diferentes ciências, HAESBAERT (2007) assinala:

“Apesar de ser um conceito central para a Geografia, território e territorialidade, por dizerem respeito à espacialidade humana, têm uma certa tradição também em outras áreas, cada uma com um enfoque centrado em uma determinada perspectiva. Enquanto o geógrafo tende a enfatizar a materialidade do território, em suas múltiplas dimensões (que deveria incluir a interação sociedade-natureza), a Ciência Política enfatiza sua construção a partir de relações de poder (na maioria das vezes, ligada à concepção de Estado); a Economia, que prefere a noção de espaço à de território, percebe-o muitas vezes como um fator locacional ou como uma das bases da produção (enquanto ‘força produtiva’); a Antropologia destaca sua dimensão simbólica, principalmente no estudo das sociedades ditas tradicionais; a Sociologia o enfoca a partir de sua intervenção nas relações sociais, em sentido amplo, e a Psicologia, finalmente, incorpora-o no debate sobre a construção da subjetividade ou da identidade pessoal, ampliando-o até a escala do indivíduo.” (p. 37)

Nas Ciências Sociais, ANDRADE (2004) refere que a concepção de território vem sendo muito utilizada desde o século passado, principalmente por geógrafos como Frederico Ratzel, que estudou o papel desempenhado pelo Estado no controle do território, Élisée Reclus, que procurou estabelecer as relações entre as classes sociais e o espaço ocupado e dominado. CORRÊA (1995) *apud* CARVALHO (2003) afirma que Ratzel, ao enfrentar a questão da construção e da consolidação do Estado Alemão, transferiu a noção de domínio natural para as Ciências Sociais, fundando a noção de “espaço vital”, que expressava as necessidades territoriais de uma sociedade em função do tamanho de sua população, dos recursos naturais existentes e da tecnologia disponível, transformando, assim, por meio da política, o espaço em território.

Para FERREIRA (2004), o território é definido como:

“Extensão considerável de terra; torrão. A área geográfica de um país, ou estado, ou província, ou cidade e outros (...) Base geográfica do Estado, sobre a qual ele exerce a sua soberania, e que abrange o solo, rios, lagos, mares interiores, águas adjacentes, golfos, baías e portos.” (s/p)

Segundo a enciclopédia eletrônica livre (WIKIPÉDIA, 2008), o território:

“refere-se a uma área delimitada sob a posse de um animal, de uma pessoa (ou grupo de pessoas), de uma organização ou de uma instituição. O termo é empregado na política (referente ao Estado-Nação, por exemplo), na biologia (área de vivência de uma espécie animal) e na psicologia (ações de animais ou indivíduos para a defesa de um espaço, por exemplo). Há vários sentidos figurados para a palavra território, mas todos compartilham da idéia de apropriação de uma parcela geográfica por um indivíduo ou uma coletividade. No contexto político, o termo território refere-se à superfície terrestre de um Estado, seja ele soberano ou não.” (s/p.)

Interessante assinalar, ademais, os sentidos ditos abstratos do território, como o “território da filosofia” (HAESBAERT, 1997) ou o “território da criminalidade”, nos dizeres de VALVERDE (2004).

Em tempos recentes, destacada análise na abordagem do território foi realizada por Claude Raffestin (1993), obra na qual ganhou importante relevo o caráter político do território, bem como as relações deste com o conceito de espaço geográfico. Dentro da compreensão enfatizada por este autor, o território é abordado, principalmente, com ênfase na sua dimensão político-administrativa, qual seja, o território nacional, espaço físico concreto onde uma nação está localizada, ou um espaço de delimitação de uma ordem jurídica e política. Na concepção do autor, a construção do território revela, ainda, relações marcadas pelo poder, nas quais este é apontado como categoria fundamental para a compreensão do território, onde o poder é exercido por indivíduos ou grupos sem o qual não se define a existência de um território. Assim, território e poder são analisados em conjunto na construção da noção relacional do território. Nas palavras do autor RAFFESTIN (1993):

“É essencial compreender bem que o espaço é anterior ao território. O território se forma a partir do espaço, é o resultado de uma ação conduzida por um ator sintagmático (ator que realiza um programa) em qualquer nível. Ao se apropriar de um espaço, concreta ou abstratamente, o ator ‘territorializa’ o espaço (...) um espaço onde se projeta um trabalho, seja energia e informação, e que, por consequência, revela relações marcadas pelo poder (...) o território se apóia no espaço, mas não é o espaço. É uma produção a partir do espaço. Ora, a produção, por causa de todas as relações que envolve, se inscreve num campo de poder.” (p.143)

SANTOS (2001) assinala a freqüente confusão que é feita na linguagem “geográfica” cotidiana, ou linguagem do senso comum, entre *território* e *espaço*, e que tal confusão foi enriquecida sobremaneira por geógrafos franceses estudiosos da *extensão geográfica*, onde uma debate oriundo das tradições da Geografia preocupa-se em indicar uma precedência ou um pioneirismo entre estes conceitos, onde para uns o território viria antes do espaço; para outros, o contrário sendo verdadeiro.

Dentre as tradições das diversas escolas geográficas e, assim, dentre os geógrafos, Claude Raffestin foi um dos que mais se dedicou à discussão teórica sobre o território, analisando o processo que ele denominou de T-D-R: territorialização-(des)territorialização-(re)territorialização. Para ele, a territorialidade humana, nossos laços com o território, numa concepção bastante ampla, pode ser definida “como o conjunto de relações que desenvolve uma coletividade – e, portanto, um indivíduo que a ela pertence – com a exterioridade e/ou a alteridade por meio de mediadores e instrumentos” (HAESBAERT, 1997). SANTOS (2001) fornece importante contribuição à discussão da territorialização/desterritorialização e suas implicações na gênese e perpetuação das desigualdades sociais.

Destacamos que um dos esforços mais consistentes que abordam a produção/definição de território nas perspectivas jurídica e política, intentando desconstruir sua condição dada como “natural” dentro do Estado burguês, é o de Allières, tomando como referência concreta a formação do Estado nacional francês e identificando três “escolas” de tratamento teórico do território enquanto categoria jurídica: a do território-objeto, a do território-sujeito e a do território-função (HAESBAERT, 1997).

A partir da noção de “território como objeto do Estado” ou como seu “elemento natural”, o território é considerado o *ter* do Estado, ou objeto de um direito especial de soberania, aceito como um direito concreto do Estado sobre o solo nacional, distinto do poder deste sobre as pessoas, onde a territorialidade arrisca-se, assim, a tornar-se um ramo isolado e específico da potência estatal, seu patrimônio “natural” (ALLIÈS, 1980 apud HAESBAERT, 1997).

No “território como sujeito do Estado ou limite de sua competência”, o território não corresponde a um objeto sob domínio do Estado, mas um de seus elementos constituintes, o seu *ser*, ou ainda, o modo de existência do Estado no espaço, naturalização do Estado que acaba legitimando sua expansão física (ALLIÈS, 1980 apud HAESBAERT, 1997).

“O território como função do Estado”, finalmente, corresponderia a um território que é meio de ação do Estado e não apenas um território geográfico de sua atuação e responsabilidade. Desnaturalizado e instrumentalizado como *locus* da administração, o território se torna, assim, um espaço que se pretende não o objeto da soberania estatal, mas de intervenção de toda a coletividade (ALLIÈS, 1980 apud HAESBAERT, 1997).

Para SACK (1986) apud HAESBAERT (2007), o primeiro discorre sobre a noção de territorialidade (que este utiliza de forma muito mais freqüente do que o território) em que toma esta como um atributo necessário para a construção do território, mas com uma nítida limitação desta a uma relação de poder que influencia e controla pessoas, coisas e/ou relações sociais, de onde advém, portanto, a existência de uma fronteira para o controle e o acesso aos recursos de uma área. Assim como Raffestin, Sack propõe uma noção de territorialidade eminentemente humana e social, marcadamente distinta da concepção difundida de território por parte da biologia, por exemplo, que a trata como um instinto natural relacionada ao comportamento de espécies animais. Nas palavras de HAESBAERT (2007):

“Apesar de Sack reconhecer que a territorialidade é uma base de poder, não a encara como parte de um instinto, muito menos associa poder exclusivamente com agressividade. Outro aspecto importante é que nem toda relação de poder é territorial ou inclui uma territorialidade. A territorialidade humana envolve o controle sobre uma área ou espaço que deve ser concebido e comunicado, mas ela é melhor entendida como uma estratégia espacial para atingir, influenciar ou controlar recursos e pessoas, pelo controle de uma área e, como estratégia, a territorialidade pode ser ativada e desativada. O uso da territorialidade depende de quem está influenciando e controlando quem e dos contextos geográficos de lugar, espaço e tempo. Apesar de centralizar-se na perspectiva política, Sack também reconhece as dimensões econômica (uso

da terra) e cultural (significação do espaço) da territorialidade, intimamente ligada ao modo como as pessoas utilizam a terra, como elas próprias se organizam no espaço e como elas dão significado ao lugar.” (p.86)

Destarte, a territorialidade ensejaria ao mesmo tempo as funções de classificação (por área), de comunicação (pelas fronteiras) e de aprisionamento ou controle. Assim, não é todo espaço delimitado ou circunscrito que corresponde a um território. Áreas que sinalizam a extensão geográfica de certas atividades somente se tornam território quando suas fronteiras “são utilizadas por alguma autoridade para moldar, influenciar ou controlar essas atividades” (BORDO et al., 2004). Percebendo a territorialidade, sobretudo como uma estratégia, o território pode ser utilizado para conter, restringir ou excluir pessoas, objetos ou relacionamentos. Ampliando esse raciocínio, pode-se dizer que, se a fronteira indica ao mesmo tempo o fechamento e a extroversão, a classificação proporcionada por esses recortes espaciais, através da distribuição de significados ao espaço, pode reforçar, legitimar ou dar forma a identidades territoriais específicas, o que extrapola o caráter político do território (HAESBAERT, 1997).

Outros geógrafos destacam acima de tudo a identidade espacial, produto de uma apropriação simbólica do espaço, tratado não só como território, mas também como lugar. A diferença entre a territorialidade humana e a animal deve ser buscada, sobretudo, na qualidade da emoção e do pensamento simbólico que o homem possui, enfatizando-se assim a *topofilia* como o elo afetivo entre a pessoa e o lugar ou ambiente físico. O destaque à apropriação simbólica do território, de caráter mais subjetivo, como forma de territorialização humana, levou à distinção entre espaço e território ou o espaço transforma-se em lugar à medida que adquire função e significado (TUAN, 1982 *apud* HAESBAERT, 1997).

Essa distinção entre território como instrumento de poder político (quase sempre de caráter estatal, ligado à questão da cidadania) e território como espaço de identidade cultural ou instrumento de um grupo cultural é fundamental no mundo contemporâneo, dentro de um debate entre universalistas, defensores de uma “cidadania-mundo”, calcada ou não na territorialidade padrão dos Estados-nações e multiculturalistas, defensores do respeito às especificidades culturais,

que pode incluir as diferentes concepções de territorialidade moldadas no interior de cada cultura (EDUARDO, 2006).

Os elementos básicos constituintes do território são de ordem material e imaterial ou simbólica ou “territórios concretos” e “territórios abstratos”. Alguns territórios são unicamente, ou quase unicamente, imateriais. De certo modo, todo território social é um fenômeno imaterial ou simbólico. Numa ampla concepção de “território social”, que vai desde o próprio indivíduo e a família até a classe social, a etnia e a nação, o território espacial ou geográfico é apenas uma de suas manifestações e, tomando-se o homem como um animal político e social, ele é também um animal “territorializador” (CARVALHO, 2003).

Considerando a análise de HAESBAERT (2007, p.40), tem-se que as diferentes abordagens conceituais do território agrupam-se em quatro vertentes principais:

a) a política (referida às relações espaço-poder em geral) ou jurídica-política (relativa também a todas as relações espaço-poder institucionalizadas): a mais difundida, inclusive no âmbito da Geografia, onde o território é visto como um espaço delimitado e controlado, através do qual se exerce um determinado poder, na maioria das vezes, mas não exclusivamente, relacionado ao poder político do Estado.

b) a cultural (muitas vezes culturalista) ou simbólico-cultural: que prioriza sua dimensão simbólica e mais subjetiva, em que o território é visto, fundamentalmente, como produto da apropriação/valorização simbólica de um grupo em relação ao seu espaço vivido, feita através do imaginário e/ou da identidade social sobre o espaço;

c) a econômica (muitas vezes economicista): menos difundida, que enfatiza a dimensão espacial das relações econômicas, o território como fonte de recursos e/ou incorporado no embate entre classes sociais e na relação entre o capital e o trabalho.

d) a “natural” (ou naturalista): mais antiga e, hoje, pouco veiculada nas Ciências Sociais, que se utiliza de uma noção de território com base nas relações entre a sociedade e a natureza, especialmente no que refere ao comportamento “natural” dos homens em relação ao seu ambiente físico.

HAESBAERT (2007, p. 41) assinala, ainda, o reconhecimento da importância da distinção entre as quatro dimensões anteriormente abordadas e sobre as quais o território é focalizado, porém o autor defende a organização do

raciocínio a partir de outro patamar, mais amplo, em que estas dimensões se insiram dentro da fundamentação filosófica própria de cada abordagem. Dito isto, o referido autor situa a discussão conceitual do território segundo:

- o binômio materialismo-idealismo, desdobrado em função de duas outras perspectivas: i. a visão que denominamos “parcial” do território, ao enfatizar uma dimensão (seja a natural, a econômica, a política ou a cultural); ii. A perspectiva “integradora” do território, na resposta a problemáticas que, condensadas através do espaço, envolvem conjuntamente todas aquelas esferas.

- o binômio espaço-tempo, em dois sentidos: i. seu caráter mais absoluto ou relacional: seja no sentido de incorporar ou não a dinâmica temporal (relativizadora), seja na distinção entre entidade físico-material (como “coisa” ou objeto) e social-histórica (como relação); ii. Sua historicidade e geograficidade, isto é, se se trata de um componente ou condição geral de qualquer sociedade e espaço geográfico ou se está historicamente circunscrito a determinado(s) período(s), grupo(s) social (is) e/ou espaço(s) geográfico(s).

Assim, qualquer abordagem do território que se proponha, senão completa, mas a mais ampla possível, deve percorrer uma longa trajetória por entre seus diversos significados e filiações conceituais, bem como estar atenta para as diversas periodizações no estudo desta categoria de análise central para o entendimento das passadas, presentes e futuras transformações da sociedade.

3.2) O território como cotidiano localmente vivido

O estudo do território em suas múltiplas e diversas dimensões presta-se, significativamente, à construção de uma sistematização ou de um meio operacional para a análise objetiva das condições social e historicamente construídas pela sociedade em sua relação com as condições de vida da população (VALLEJO, sem data).

Ademais, o território corresponde a um meio percebido, passível de subordinação a uma análise subjetiva de acordo com grupos sociais específicos. A sua compreensão por inteiro é, ainda, imprecisa e efetuada segundo diversas

tradições, bem como sujeita aos distintos pontos de vista ou pontos de vida, segundo COUTO (sem data), de uma sociedade flagrantemente marcada pela heterogeneidade de condições e contextos de vida, estando aquele – o território - não só relacionado a uma extensão particular da Terra, identificada pela natureza, pelas cicatrizes que a sociedade ali imprimiu, e continua a imprimir, como também a uma localização espacial, apontada a diferentes escalas, como a global, a regional, a da cidade, a da rua e até mesmo de uma casa apenas (BARCELLOS & MONKEN, 2005).

Para SANTOS (1999), o espaço geográfico é definido como “um conjunto indissociável de sistemas de ações e objetos” e, para adquirirem materialidade, esses objetos, tanto naturais, quanto elaborados tecnicamente, e ainda os eventos da vida, precisam estar situados no espaço e no tempo. Conforme SANTOS (1999), ainda, os objetos são:

“esse extenso, essa objetividade, isso que se cria fora do indivíduo e se torna instrumental de sua vida, tal como uma cidade, uma barragem, as estradas de rodagem, os portos, e outros, sendo do domínio tanto da geografia física quanto da geografia humana que, através da história desses objetos, da forma como foram produzidos e mudam, essas geografias se encontram.” (p.11)

Com a técnica, conceito-chave da obra de Milton Santos, o indivíduo em sociedade forma um conjunto de meios instrumentais e sociais com os quais produz e realiza sua vida e, ao mesmo tempo, cria espaço. Essa concepção de espaço leva em conta todos os objetos existentes numa extensão contínua, supondo a coexistência desses objetos como sistemas e não somente como coleções: a utilidade atual dos objetos, passada ou futura, vem exatamente do seu uso combinado pelos grupos humanos que os criaram ou que os herdaram das gerações anteriores. Seu papel, portanto, além de funcional, é também simbólico. Desse modo, a identificação desses objetos, seus usos pela população e sua importância para o fluxo das pessoas e de materialidades são de grande relevância para o reconhecimento da dinâmica social, hábitos e costumes, bem como na determinação de vulnerabilidades para a saúde humana, originadas nas

interações de grupos humanos em determinados espaços geográficos (SANTOS, 1988 *apud* BARCELLOS & MONKEN, 2005).

Segundo SANTOS (2002), a realidade social pode ser entendida segundo a análise de sua dimensão espacial local, a partir da noção de lugar, e a partir de sua dimensão temporal, esta baseada no cotidiano. Daí, a idéia bastante difundida, e por nós abordada neste estudo, do cotidiano localmente vivido, o lugar. Sobre este aspecto, assinalam BARCELLOS & MONKEN (2005):

“A característica mais importante do lugar é, antes de tudo, de natureza interna, cuja extensão confunde-se com sua própria existência, tendo uma configuração física, ou melhor, territorial. Essa característica funda a escala do cotidiano e seus parâmetros são a co-presença, a vizinhança, a intimidade, a emoção, a cooperação e a socialização com base na contigüidade, reunindo na mesma lógica interna todos os seus elementos: pessoas, empresas, instituições, formas sociais e jurídicas e formas geográficas. O cotidiano imediato, localmente vivido, traço de união de todos esses dados, é a garantia de comunicação. Assim, a análise da “dimensão espacial do cotidiano” permite, sobretudo, concretizar as ações e as práticas sociais, conduzindo ao entendimento diferenciado dos usos do território, das ações e das formas geográficas que podem formar contextos vulneráveis para a saúde.” (p. 901)

Com relação à atualidade do tema da sustentabilidade ambiental, BARREIRA FILHO & SAMPAIO (2004) colocam a discussão do lugar como central e base da análise e das propostas de intervenção para o desenvolvimento local. Os autores defendem a idéia de que a abordagem local dos problemas ambientais perpassa o uso dos potenciais endógenos das comunidades, a partir dos quais seria possível construir dialeticamente o desenvolvimento, no qual a base deste seria a participação democrática dos membros das comunidades para a busca da melhoria das condições de vida das pessoas em seus ambientes localmente vividos. CAPRA (1996) *apud* BARREIRA FILHO & SAMPAIO (2004) nos brindam com um chamamento à responsabilidade, onde “o grande desafio de nosso tempo é criar comunidades sustentáveis, com ambientes sociais e culturais em que possamos satisfazer as nossas necessidades e aspirações sem diminuir as chances das gerações futuras”. SILVA & RODRÍGUEZ (2001) *apud* BARREIRA FILHO & SAMPAIO nos trazem que:

“A participação popular no processo de construção do desenvolvimento local sustentável deve ser vista como fundamental para o planejamento e gestão das políticas públicas, que passam diretamente pelos interesses das comunidades e, portanto, devem contar com o maior número de pessoas possíveis para as tomadas de decisões e que esta participação deve vir acompanhada de Autonomia, Equidade, Identidade Sociocultural e Compatibilidade Ambiental. Na realização da gestão, o lugar apresenta-se como grande receptor e objeto de percepção das ações e políticas dos homens, pois é no lugar que percebemos que tipo de gestão está ocorrendo, se ela visa os interesses da maioria ou consolida apenas a exploração desta maioria em favorecimento da minoria. O conceito de lugar requer participação.” (p.92)

Portanto, construir o discurso da sustentabilidade ambiental desprovido da noção de lugar é praticamente inviável, pois, por mais que pensemos numa sustentabilidade ambiental dita global, é no lugar que ela se concretiza, ou não. O lugar é o local do cotidiano, do banal, é onde construímos nossa história, identidade e vida. O lugar é a base da reprodução da vida e pode ser analisado do ponto de vista da tríade habitante-identidade-lugar (CARLOS, 1996).

Mais do que discutir a noção de lugar, precisamos buscar seu entendimento e nuances nas ciências humanas e na geografia, em particular, onde o problema da (re) definição do lugar emerge como uma necessidade diante do esmagador processo de globalização que se realiza nestes tempos com complexidade nunca vista na história.

Conforme CARLOS (1996) apud BARREIRA FILHO & SAMPAIO (2004), temos que:

“As relações que os indivíduos mantêm com os espaços habitados se exprimem todos os dias nos modos de uso, nas condições mais banais, no secundário, no acidental. É o espaço passível de ser sentido. Pensado, apropriado e vivido através do corpo (...) Como o homem percebe o mundo? É através do seu corpo, de seus sentidos que ele constrói e se apropria do espaço e do mundo. O lugar é a porção do espaço apropriável para a vida, apropriada através do corpo, dos sentidos, dos passos de seus moradores, é o bairro, é a praça, é a rua.” (p.93)

Por esta visão, o lugar corresponde a um fragmento de um todo, a partir do qual se pode compreender o indivíduo, suas ações e transformações, sendo o lugar *único*, na qual quantos mais os lugares se mundializam, mais se tornam singulares e específicos, qual seja, *únicos*. O lugar é vida repleta de sentimentos e sentidos, palco da construção das inter-relações sociais. A apropriação e a intervenção da sociedade no lugar fazem com que ele se torne espaço. E assim, espaço da contradição, espaço da afirmação, espaço da negação, espaço de disputas, espaço da vida, enfim (HOLZER, 1997).

A técnica é um elemento fundamental para compreender o processo de organização espacial. É a técnica que intermedeia a interação homem-natureza. Através dela, cria-se uma natureza humanizada. A técnica produz um espaço que é “um misto, um híbrido, um composto de formas e conteúdo” (SANTOS, 1999). Milton Santos caracteriza o espaço do mundo contemporâneo como meio técnico-científico-informacional, quando as idéias de tecnologia, de ciência e de mercado globais são encaradas como um conjunto. A base e o substrato da produção, utilização e funcionamento do espaço são a ciência, a técnica e a informação. É por essa lógica que os espaços são (re) qualificados e incorporados às novas correntes mundiais (CZERESNIA & RIBEIRO, 2000). “O meio técnico-científico-informacional é a cara geográfica da globalização”, conforme SANTOS (1999).

A racionalidade do espaço, entendida historicamente e fruto das redes, é expressa por meio do “conteúdo geográfico do cotidiano” (SANTOS, 1999). A globalização fez redescobrir a corporeidade, revelada como uma certeza materialmente sensível, em virtude da fluidez, velocidade e referência a lugares e coisas distantes e, assim, fez reaparecer, no cenário científico, a dimensão local, aproximando os verdadeiros significados da realidade social, através da consideração do cotidiano (BARCELLOS & MONKEN, 2005).

O conceito de rede torna-se, portanto, indissociável ao de espaço. Definidos como conjuntos de centros funcionalmente articulados, as redes integram os espaços configurando-se basicamente em dois aspectos: o material e o social. As redes atravessam contextos sócio-culturais e materiais e podem ser

compreendidas como constituindo espaços de circulação e difusão de doenças. A estrutura epidemiológica da doença se modificou, ao longo da história, com a transformação do espaço (CZERESNIA & RIBEIRO, 2000).

3.3) O território e a integralidade em saúde

O movimento de renovação que a Geografia brasileira experimentou nas últimas décadas produziu uma ampla rede conceitual que pode e deve contribuir para uma gestão socialmente justa da cidade e de seus recursos (AKERMAN, 2005), somando esforços para corrigir as injustiças sócio-espaciais que caracterizam as cidades, sobretudo os grandes centros urbanos e regiões metropolitanas, e o país (VERONA, 2003). A diferenciação entre os territórios urbanos é expressão da desigualdade sócio-espacial, resultante da lógica que preside a organização da sociedade e a produção de seu espaço. O que explica tais diferenciações é o fato de que em função da divisão social do trabalho, a cidade é, antes de tudo, uma concentração de pessoas exercendo uma série de atividades concorrentes ou complementares, o que enreda uma disputa de usos, e que, destarte, o uso do território aponta para duas versões contraditórias, o uso produtivo do espaço da cidade, determinado pelas características do processo de reprodução do capital, e o uso residencial, incluindo os serviços essenciais, onde se dá a reprodução da vida social (CARVALHO, 2005).

O lugar, o chão das relações entre as pessoas, espaço vivo e dinâmico da vida e da cidadania, é onde se concretizam as relações de cooperação e de poder, constitui-se na cidade em territórios distintos onde se materializam de forma concreta as condições de vida das populações e a presença ou a ausência da ação pública (AKERMAN, 2005). Tais territórios não são estáticos, nem se bastam por si sós, são interdependentes em relação a outros territórios, conectados entre si e com a história das cidades (CARVALHO, 2005).

E, afinal, qual é a importância de se trazer à luz as relações entre a integralidade, princípio constitucional que se busca efetivar no Sistema Único de Saúde (SUS), e o lugar, conceito que (re) emerge de uma geografia revigorada? A integralidade na atenção em saúde incorpora um conjunto polissêmico de sentidos. A princípio trata-se de uma das diretrizes do SUS, inscrita na Constituição Brasileira de 1988, que prevê em seu artigo 198 um “atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais” (BRASIL, 1988). As ações de saúde passam a pautar-se pela integralidade, que pode suscitar três grandes conjuntos de sentidos: o primeiro se refere a atributos das práticas dos profissionais de saúde, o segundo refere-se a atributos de organização dos serviços e o terceiro aplica-se às respostas governamentais aos problemas de saúde (MATTOS, 2001 *apud* SANTOS & PELUSO, 2006).

A integralidade, em uma acepção ampla, pode significar “uma recusa ao reducionismo, uma recusa à objetivação dos sujeitos e talvez uma afirmação da abertura ao diálogo” (*idem*). PINHEIRO (2001) *apud* SANTOS & PELUSO (2006) asseveram que a integralidade é representada por uma ação social resultante da permanente interação dos atores na relação entre a demanda e a oferta, em planos distintos de atenção à saúde (plano individual – onde se constroem a integralidade no ato da atenção individual e o plano sistêmico – onde se garante a integralidade das ações na rede de serviços), nos quais os aspectos subjetivos e objetivos sejam considerados. A interação entre o plano individual e o plano sistêmico ganha significação quando a ação social se torna concreta no “lugar”. Nos dizeres de RAFFESTIN (1993) *apud* CARVALHO (2005), “a interação entre o homem e o espaço é sempre uma interação entre os homens mediatizadas pelo espaço”. Como cada grupo social se apropria do território? O conceito de territorialidade refere-se às relações de poder espacialmente delimitadas e operando sobre um substrato, o lugar. As instituições, as empresas, as populações e os mais diversos agentes sociais desenvolvem suas próprias estratégias de apropriação do território, suas territorialidades, freqüentemente

justapostas sobre o mesmo espaço social, em razão do qual surgem os conflitos de usos e disputas pelo lugar (*idem*).

Neste sentido, como pensar a integralidade da atenção à saúde, sem incorporar em seu planejamento, o lugar, local do espaço em que as pessoas vivem, adoecem e morrem? Os lugares com suas diferentes “velocidades”, contextualidades e complexidades, advindas de suas histórias, imprimem as especificidades que somente podem ser apreendidas em sua totalidade a partir de um novo modelo de produção de conhecimento, mais integral e integrado, onde um novo “paradigma” deve surgir, no qual o conhecimento seja total e, em sendo total, necessariamente seja local. Como propõe Milton Santos em sua vasta obra, um conhecimento que abre a possibilidade à ação humana projetada no mundo a partir de um espaço-tempo local, onde se é possível enxergar potencialidades/possibilidades e não limitações.

O lugar é a porção do espaço em que as pessoas vivenciam a integralidade, a partir de sua vivência real e cotidiana, em função, por exemplo, da necessária luta à procura de uma colocação no mercado de trabalho que irá garantir um mínimo de condições de sobrevivência, na luta pela conquista da acessibilidade a um profissional ou serviço de saúde, ou nas idas às propostas de curas alternativas no próprio território para recuperar suas esperanças. O desafio que se coloca é pensar o lugar a partir do lugar, enquanto espaço com capacidade de promover a saúde e de se afirmar como “espaço da saúde” e de “viver a vida” em um “ambiente saudável”. Tal idéia rompe com a fragmentação da realidade objetiva e subjetiva, realidade compartimentada, que organiza a saúde em lotes de problemas (MENDES & FERNANDEZ, 2005).

A integralidade corresponde a um princípio que inaugura elementos inovadores e com capacidade de reforço ao desenvolvimento de modelos tecnológico-assistenciais de atenção à saúde, na medida em que são capazes de incorporar as peculiaridades/potencialidades/possibilidades locais e de se redefinir em função dos lugares. Constituindo-se, assim, em uma maneira potencial de se atingir a maturidade e a consolidação dos demais princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Segundo SANTOS & PELUSO (2006), “pensar na integralidade a

partir dos lugares é pensar na potência das ações intersetoriais, que se unem e se imbricam nos espaços vividos pelas pessoas”, onde a integralidade é raciocinada a partir do lugar, incorporando o respeito e a reverência aos conhecimentos locais, conseguindo interagir e cultivar a velocidade própria de cada lugar como ponto primordial para a formulação e consecução de políticas públicas. E, neste sentido, a efetiva participação comunitária oferece uma substancial interface em direção à integralidade, na medida em que intenta valorizar outras racionalidades para a construção do desenho de políticas públicas. Desta forma, o significado da integralidade da atenção à saúde associa-se diretamente à constitucional orientação da participação popular, com vistas a potencializar, como relatam SANTOS & PELUSO (2006), “sua capacidade de gerar padrões crescentes de transparência para as políticas públicas e empoderamento por parte da população, e instituir porosidades que comumente não compõem o escopo daqueles que ordenam as políticas governamentais.

3.4) A análise do processo saúde-doença e o espaço

A utilização da categoria espaço não pode limitar-se à mera localização de eventos de saúde e doença. Isto porque o lugar atribui a cada elemento constituinte do espaço um valor particular (SANTOS, 2002). Esta categoria adquire valor importante na análise de eventos de saúde através do inter-relacionamento de seus próprios significados.

Em primeiro lugar, sendo o espaço o resultado da ação da sociedade sobre a natureza, sua configuração incorpora a estrutura social e sua dinâmica. Deste modo, uma cidade “produz” o lugar dos ricos, dos pobres e da indústria, bem como fluxos de circulação de bens e serviços, conformando uma cidade necessariamente heterogênea (MENDES & DONATO, 2003).

No “Terceiro Mundo”, esta desigualdade adquire tons dramáticos com a coincidência de carência de serviços públicos, pobreza, e baixo nível de escolaridade em vastas regiões periféricas das regiões metropolitanas. Ao se

avaliar o efeito das condições de saneamento sobre a saúde das populações pobres, deve-se ter em mente que estas áreas estão sujeitas a uma grave conjunção simultânea de riscos, que incluem muitas vezes a falta de acesso aos serviços de saúde e outras deficiências habitacionais (HELLER, 1997). Situações análogas de desestruturação de redes de interação social, difusão de epidemias e criminalidade em bolsões de pobreza povoam as metrópoles também do chamado “Primeiro Mundo”.

Em segundo lugar, o espaço produzido socialmente exerce pressões políticas e econômicas sobre esta sociedade, criando condições diferenciadas para sua utilização por grupos sociais. Lugares sujeitos às exteriorizações negativas, próximas a indústrias poluentes, com baixa oferta de serviços urbanos, tendem a concentrar moradores de baixa renda em busca de empregos ou locais de moradia mais barata. As condições ambientais, neste caso, podem atuar como fator de segregação espacial (IANNI & QUITÉRIO, 2006).

A junção dos dois primeiros componentes do espaço gera um mecanismo de causalidade circular em que o espaço corresponde, ao mesmo tempo, em produto e em produtor de diferenciações sociais, tendo importantes reflexos sobre a saúde dos grupos humanos envolvidos. Este processo relaciona o valor e o uso do solo de modo a valorizar regiões com melhores condições ambientais e a desvalorizar áreas degradadas (GROSTEIN, 2001).

Em terceiro lugar, o espaço acumula as complexas transformações ocorridas na sociedade, refletindo mais seu passado do que propriamente seu presente. Desta forma, incorporar a categoria espaço em estudos de saúde significa não só estabelecer diferenciações entre conjuntos de regiões conforme características que as distinguem, mas também introduzir a variável localização nestes estudos, pressupondo discutir diferenças entre estas regiões e suas relações com a estrutura espacial na qual estão inseridas, em que a análise espacial de padrões epidemiológicos não pretende estabelecer relações causais no nível individual, mas, sim, estabelecer-se como um poderoso instrumento de avaliação de impacto dos processos e condicionantes sociais na determinação de eventos de saúde e doença (BARCELLOS & BASTOS, 1996).

A categoria espaço tem valor intrínseco na análise das relações entre a saúde e o ambiente. Conhecer a estrutura espacial permite a caracterização da situação em que ocorrem os eventos de saúde e de doença e a possibilidade de “fugir” das práticas de territorialização em saúde baseadas em critérios, apenas, de distribuição espacial de serviços e da adscrição de clientela pelo coletivismo restrito a determinada área de abrangência e de influência de uma determinada unidade básica de saúde, no caso, por exemplo, do Programa de Saúde da Família (PSF). Neste sentido, a análise do espaço-território clama por uma retomada, por parte das práticas de saúde, do estudo de situações concretas das populações em interação, submetidas a riscos de natureza difusa e, por vezes, superpostos.

3.5) O território no Programa de Saúde da Família (PSF)

A implantação de programas de saúde que possuem uma hierarquização desde o nível federal ao municipal tem permitido, tanto a elaboração de projetos que promovam o desenvolvimento local, quanto a utilização de conceitos e ferramentas inerentes à geografia no sentido de planejar a territorialidade de políticas públicas, de equipamentos e ações de saúde.

O Programa de Saúde da Família (PSF) foi proposto em 1994 como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, baseada no trabalho de equipes multiprofissionais em Unidades Básicas de Saúde (UBS). Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de uma população adscrita, localizada em uma área delimitada, através de ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e de agravos mais frequentes.

A territorialização consiste em um dos pressupostos básicos do trabalho do PSF. Esta tarefa adquire, no entanto, ao menos três sentidos diferentes e complementares: de demarcação de limites das áreas de atuação dos serviços; do reconhecimento do “ambiente”, população e dinâmica social existente nessas áreas; e de estabelecimento de relações horizontais com outros serviços

adjacentes e verticais com centros de referência (PEREIRA & BARCELLOS, 2006).

No caso do PSF, percebe-se a preocupação em operacionalizar o conceito de território, sem, no entanto, uma discussão sobre os seus múltiplos sentidos. Esta lacuna pode ser constatada pela quase ausente participação de geógrafos em todos os níveis desse programa. Quando se considera um determinado local delimitado pelo PSF, pode-se falar de uma configuração territorial que possui determinados atributos. Essas características, naturais ou elaboradas pelo homem, dão feição ao ambiente, que por sua vez influi no processo saúde-doença da população. O reconhecimento dessa relação é um passo importante para a incorporação de conceitos e práticas da geografia no PSF (SANTOS & PELUSO, 2006). O território, neste caso, seria mais que um depositário de atributos da população, mas também o lugar da responsabilidade e da atuação compartilhada.

O Sistema Único de Saúde (SUS) se organiza sobre uma base territorial, o que significa que a distribuição dos serviços de saúde segue uma lógica de delimitação de áreas de abrangência, que deve ser coerente com os níveis de complexidade das ações de atenção. As diretrizes estratégicas do SUS têm uma forte relação com a definição de território. O município representa o nível inferior onde é exercido o poder de decisão sobre a política de saúde no processo de descentralização. Nesses territórios, as práticas de saúde avançam para a integração das ações de atenção, promoção e prevenção, de forma que as intervenções sobre os problemas sejam também sobre as condições de vida da população. A organização desses serviços segue os princípios da regionalização e hierarquização, delimitando uma base territorial formada por agregações sucessivas com a área de atuação dos agentes comunitários de saúde, das equipes de saúde da família e da área de abrangência de postos de saúde MENDES (2003) apud PEREIRA & BARCELLOS (2006).

O estudo dos documentos relativos à organização do Programa de Saúde da Família permite a identificação de critérios que delimitam as áreas e as micro-áreas do programa, a saber (PEREIRA & BARCELLOS, 2006):

- A área deve conter um valor máximo de população de modo a permitir o atendimento às demandas de saúde, onde uma equipe de saúde da família deve ser responsável por 2.400 a 4.000 pessoas, no máximo;

- A micro-área deve conter um valor máximo de população de modo a permitir o atendimento às demandas de saúde, onde um agente de saúde deve ser responsável por no máximo 150 famílias ou 750 pessoas;

- O agente comunitário de saúde deve ser morador da sua micro-área de atuação há pelo menos dois anos;

- A área deve delimitar comunidades, preferencialmente aquelas mais organizadas, que participem do controle das ações sociais e serviços de saúde em diversos fóruns como as conferências e conselhos de saúde;

- A área deve conter uma população mais ou menos homogênea do ponto de vista sócio-econômico e epidemiológico, caracterizando “áreas homogêneas de risco”;

- A área deve conter uma unidade básica de saúde (UBS) que será sede da equipe de saúde da família e local de atendimento da população adscrita;

- Os limites da área devem considerar barreiras físicas e vias de acesso e transporte da população às unidades de saúde.

A miríade de requisitos torna a tarefa da “territorialização” de difícil consecução, ao tentar reunir elementos de difícil convergência, como os aspectos populacionais, político-comunitários, geográficos, epidemiológicos e de organização dos serviços, além de ambientais com repercussão à saúde humana,

numa tentativa de homogeneização de categorias necessariamente diversas e extremamente heterogêneas.

CAPÍTULO 4: A ATENÇÃO PRIMÁRIA AMBIENTAL

4.1) O contexto latino-americano:

A América Latina e os países do Caribe correspondem a uma região que tem despertado especial interesse e preocupação do denominado Escritório Central da Região das Américas do Programa de Qualidade Ambiental/Divisão de Saúde e Ambiente da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), com base em Washington D. C., nos Estados Unidos. A região vem defrontando-se com desafios de grande magnitude e geradores de importantes preocupações por parte dos governos que compõem a região e por parcela significativa de suas sociedades. As transformações políticas, econômicas, ambientais e culturais que se sucederam (e se sucedem) na região ao longo das últimas décadas se, por um lado permitiu o desenvolvimento de alguns setores das sociedades latino-americanas, por outro, aprofundou e acirrou determinados aspectos negativos do desenvolvimento econômico.

Apesar de avanços importantes em algumas áreas da ciência, das tecnologias informacionais e de comunicação, da agricultura, de evidentes melhorias sanitárias e de acesso à atenção em saúde, dentre outros, não se pode afirmar que tais avanços significaram maior inclusão e equidade sociais. Problemas de matizes dramáticas se acumulam e evidenciam a verdadeira face do desenvolvimento dos países da região. Os recursos naturais pressionados em magnitude e escala sem precedentes, na América Latina e em outras regiões do planeta, associados à débil capacidade dos governos nacionais e locais na condução e manejo do crescimento das grandes cidades e das periferias urbanas e a histórica limitação de recursos necessários ao enfrentamento das grandes questões estruturais que afligem a região são marcas importantes destes tempos.

A crise ambiental com a qual se depara a América Latina e os países do Caribe corresponde a uma das faces da mundialização das economias e esta se dá concomitante ao desenvolvimento de um novo perfil de morbidade e de mortalidade na região, compondo um cenário que inspira cuidados amplos e análises integradas para o efetivo e adequado enfrentamento. Os Estados, em geral, não têm conseguido fazer frente ao vertiginoso crescimento populacional, às migrações em grande escala e ao (res) surgimento de enfermidades que se supunham superadas.

Problemas ambientais e sociais “antigos”, como os expressivos números dos déficits de habitação e de saneamento básico nos países da região, coexistem com “novos” problemas advindos do modelo de desenvolvimento iníquo e concentrador de renda e gerador de inúmeras exposições das populações aos mais variados riscos ambientais derivados das atividades humanas, magnificando a vulnerabilidade social das sociedades latino-americanas e caribenhas.

Dados da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS, 1999) afirmam:

“Informações fornecidas pelos países da Região indicam que apenas 72% da população têm ligação de água em seus domicílios ou a uma distância inferior a 200 metros. Também se registra que os programas de extensão de cobertura dos serviços estão progredindo a um ritmo inferior ao que seria necessário para alcançar, no ano 2000, as metas estabelecidas na Cúpula da Infância. Um problema crítico em todos os países da América Latina e do Caribe é a descarga de águas residuárias sem tratamento. Das águas residuárias coletadas, menos de 10% recebem algum tipo de tratamento e, se o recebem, este é freqüentemente inadequado. Foram identificadas cinco dificuldades maiores: a falta de uma política adequada para o setor; a limitação de recursos financeiros; os arranjos institucionais inadequados; a falta de um sistema adequado de recuperação de custos; e a obsoleta legislação existente.” (p.11)

A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS, 1999) acentua, ainda, que o quadro geral de extrema pobreza e privação a que está submetido significativo contingente populacional da América Latina e do Caribe se relaciona direta e indiretamente com as baixas condições ambientais de extensas áreas da região. Segue a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS, 1999):

“Em 1991, a epidemia de cólera que assolou a região e somou mais de 1,3 milhão de casos, com mais de 11.500 casos fatais, alertou sobre as deficiências nos sistemas de fornecimento de água, especialmente a ineficiência das práticas de desinfecção. Hoje em dia, apesar de uma intensa promoção da desinfecção, somente cerca de 59% dos usuários recebem água tratada com certo nível de qualidade bacteriológica. Devido, em grande parte, a esta deficiência, na América Latina a diarreia ainda é responsável pela morte de 80.000 crianças, anualmente. O custo da desinfecção da água é menos de um dólar americano por pessoa por ano e os relatórios científicos indicam que a combinação de água potável e esgotamento sanitário com educação sanitária podem reduzir 25% dos casos de diarreia, 29% de ascaridíase e 55% da mortalidade infantil em geral (...) Cada um dos 370 milhões de habitantes urbanos da América Latina e do Caribe produz cerca de 0,92 kg de resíduos sólidos por dia, o que resulta em 330.000 toneladas de lixo que devem ser administradas diariamente. Aproximadamente 75% destes resíduos são coletados e têm destinação freqüentemente inadequada. Portanto, diariamente, um mínimo de 82.500 toneladas de lixo são lançadas no ambiente, servindo de alimento, abrigo e criadouro de um grande número de roedores e mosquitos transmissores de diversas doenças.” (p.12)

As condições de vida e de habitação são enunciadas como segue (OPAS, 1999):

“(...) 39% dos domicílios da América Latina e Caribe vivem em condições de pobreza, 18% em condições de indigência e 37% das moradias são inadequadas para serem habitadas. Destas, somente 21% podem ser melhoradas para se tornarem habitáveis. Esta situação implica em problemas de saúde pública tais como doença de Chagas, as infecções respiratórias agudas (IRA), alergias e, inclusive, violência. Contudo, não existem, na América Latina e no Caribe, nem técnicos nem instituições especializadas em higiene das habitações. Tampouco há, na maioria dos países, planos ou políticas claras com relação a este problema.” (p.12)

Para além da flagrante incapacidade de enfrentamento destas tão grandes e eloqüentes questões ambientais e sociais “antigas”, convive-se, atualmente, com os evidentes sinais de fragilidade institucional a que estão submetidas as sociedades da região no que diz respeito ao equacionamento e à resolução dos “novos” problemas ambientais advindos do modelo de desenvolvimento econômico vigente na região. Desenvolvimento, este, fortemente marcado pela intensa industrialização e urbanização de algumas grandes cidades

dos países da região, com formação de grandes áreas de exclusão social, de segregação sócio-espacial e imensamente povoadas, e de injustiça ambiental. A contínua e crescente urbanização e periferização, associada à expansão industrial, tanto nos meios urbanos quanto nos meios rurais, transformou-se em uma grave questão de saúde pública que clama por esforços analíticos e de intervenção amplos e imediatos. Ainda que as conseqüências deste modelo de desenvolvimento afetem a toda a sociedade, são os setores mais desfavorecidos da sociedade que suportam a maior parte da carga de suas conseqüências e apresentam uma maior vulnerabilidade e reduzida capacidade de vocalização de suas necessidades e demandas sociais.

As condições de extrema pobreza a que estão submetidos milhões de habitantes da América Latina e do Caribe, associadas às flagrantes deficiências da atenção sanitária básica, compõem um perverso quadro que reduz as potencialidades da região. Tal quadro, não por acaso, concentra-se de forma mais cruel sobre as parcelas mais pobres destas populações. Ademais, as novas “cargas ambientais” oriundas de processos produtivos crescentes em complexidade, vêm pressionando sobremaneira os sistemas públicos de saúde dos países da região com diversas e variadas formas de exposições ambientais potencial e efetivamente geradoras de agravos à saúde humana e dos ecossistemas. Tal cenário se evidencia em inúmeros aglomerados urbanos da região contínua e progressivamente afetados pelos “problemas ambientais urbanos”, tais como a emissão atmosférica de compostos químicos pelo setor industrial e pelos veículos automotores que se acumulam nos centros urbanos. Nos meios rurais, a utilização intensiva e crescente dos agrotóxicos termina por tornar ainda mais complexo o quadro geral de morbimortalidade.

Ainda, segundo a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS, 1999):

“(…) continuam crescendo a quantidade e a variedade de substâncias químicas no ambiente e são cada vez mais intensos e freqüentes os seus efeitos sobre a saúde. Algumas destas substâncias contaminam simultaneamente mais de um componente do meio (água, ar, solo, flora, etc.) e originam exposições múltiplas na população. As taxas de intoxicação aguda por

agrotóxicos têm sido notificadas em níveis desde 60 até 120/100.000 habitantes. Estes efeitos agudos e outros crônicos causados por agrotóxicos têm chamado a atenção da opinião pública e das autoridades sanitárias em vários países da região. Paralelamente, o consumo de agroquímicos foi aumentado em 2,5 vezes nos últimos quatro anos (...) a atividade industrial, a mineração e os serviços de saúde geram um volume importante de resíduos potencialmente nocivos à saúde humana e ao ambiente. As indústrias têxteis, os curtumes, a indústria química e as fundições estão identificadas como as que geram maior quantidade de resíduos perigosos. As fábricas de baterias e a mineração de ouro são responsáveis pela grande maioria das intoxicações por chumbo e mercúrio. A falta de medidas para a minimização de resíduos perigosos e a quase inexperiência em seu manejo e destinação adequada permitiram a exposição de muitas populações a estas substâncias". (p.15)

Neste cenário, apontam-se, ainda, os processos de reforma dos Estados da região, os quais, em mais ou menos tempo, representarão um grande problema pela redução do papel destes na regulamentação e no controle ambiental, convertendo-se em graves e sérios obstáculos a serem enfrentados pelos setores de saúde pública e ambiental. Em verdade, eis um dos principais desafios para os setores de saúde e ambiente neste milênio que se inaugura: propor estratégias amplas de enfrentamento da redução da qualidade de vida e das condições de saúde das coletividades humanas em virtude da evidente e progressiva degradação ambiental.

Em anos recentes, importantes consensos chegaram a termo em diversas instâncias de negociação e pactuação em eventos internacionais que pontuaram que a conservação e a proteção da saúde e do ambiente são o cerne da preocupação de um novo modelo de desenvolvimento a ser implementado pelos países da América Latina e do Caribe, e do planeta em geral, que se anuncia como "desenvolvimento humano sustentável", advogando a centralidade da dimensão humana do desenvolvimento. Dentre alguns destes importantes eventos internacionais, citam-se: a Conferência das Nações Unidas sobre o Meio Ambiente e o Desenvolvimento (ECO-92, Rio de Janeiro, 1992); a Conferência das Nações Unidas sobre o Desenvolvimento Sustentável dos Pequenos Países Insulares em Desenvolvimento (SIDS, Barbados, 1994); a Conferência de Cúpula das Américas (Miami, 1994); a Conferência Panamericana sobre Saúde e Ambiente no

Desenvolvimento Humano Sustentável (Washington, D.C., 1995) e as Reuniões de Cúpula de Santa Cruz de la Sierra (Bolívia, 1996) e Santiago (Chile, 1998).

A implementação e o cumprimento destes acordos e planos de ação requerem uma ação multissetorial coordenada com a finalidade de assegurar que os diversos e distintos setores assumam suas responsabilidades de atuação sobre os problemas de saúde ambiental em suas respectivas áreas e jurisdições, exigindo, para isto, um profundo e amplo esforço para garantir que os aspectos de saúde sejam levados em consideração nos planos e projetos de desenvolvimento dos países. Assumem importância central neste contexto, o desenvolvimento da capacidade de liderança do setor saúde na discussão e determinação de prioridades, e a participação ativa das sociedades e de suas organizações.

A Conferência Internacional sobre Atenção Primária em Saúde (APS), realizada em 1978, em Alma-Ata, no Cazaquistão, então república da extinta União Soviética (URSS), asseverou (OPAS, 1999):

“que a saúde, estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente a ausência de enfermidade ou doença, é um direito humano fundamental e que o alcance do maior grau possível de saúde é um objetivo social sumamente importante em todo o mundo, cuja realização exige a intervenção de muitos outros setores sociais e econômicos, além do da saúde.” (p.17)

Por esta ocasião, foi lançado o lema de “Saúde para Todos no ano 2000” e tal objetivo seria conseguido através da estratégia de Atenção Primária em Saúde (APS) que foi assim enunciada:

“A atenção primária da saúde é a assistência sanitária essencial e baseia-se em métodos práticos e na tecnologia, tem fundamentos científicos e sociais, é acessível a todos os indivíduos e famílias da comunidade mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam suportar em todas e cada uma das etapas de seu desenvolvimento com um espírito de auto-responsabilidade e de auto-determinação. A atenção primária é parte integrante do sistema nacional de saúde, do qual é função central e núcleo principal, assim como do desenvolvimento social e econômico da comunidade. Representa o primeiro nível de contato dos indivíduos, das famílias e da comunidade com o sistema nacional de saúde e leva, na medida do

possível, a atenção à saúde aos lugares onde as pessoas vivem e trabalham. Constitui o primeiro elemento de um processo permanente de assistência sanitária.” (p.22)

A Conferência das Nações Unidas sobre o Meio Ambiente e o Desenvolvimento ocorrida no Rio de Janeiro, no ano de 1992, declarou em seu princípio primeiro: “Os seres humanos constituem o centro das preocupações do desenvolvimento sustentável. Por conseguinte, têm o direito a uma vida saudável e produtiva em harmonia com o ambiente natural.” Proclamou, ainda, em seu princípio de nº 10, que “o melhor modo de tratar as questões ambientais é com a participação de todos os cidadãos interessados, no nível correspondente. No plano nacional, toda pessoa deverá ter acesso adequado à informação sobre o meio ambiente de que disponham as autoridades públicas, inclusive a informação sobre os materiais e atividades que encerram perigo em suas comunidades, assim como a oportunidade de participar nos processos de adoção de decisões. Os Estados deverão facilitar e fomentar a sensibilização e a participação da população pondo a informação à disposição de todos...” (OPAS, 1999)

A Conferência Pan-Americana sobre Saúde e Ambiente no Desenvolvimento Humano Sustentável, realizada em Washington D.C. em 1995 estabeleceu que “a participação dos indivíduos e das comunidades para manter e melhorar seus ambientes de vida deve ser promovida e apoiada. A participação comunitária deve basear-se em estratégias para o desenvolvimento sustentável incluindo a atenção primária do ambiente, a atenção primária à saúde e a educação de crianças e adultos. Em cada nível da organização social e política devem-se estimular e apoiar redes de interesses e pessoas que atuem em colaboração, a fim de fomentar a integração de preocupações e recursos setoriais nos processos de desenvolvimento.” (OPAS, 1999)

No ano de 1998, também em Washington D.C., teve lugar a 25ª Conferência Sanitária Pan-Americana, que aprovou as orientações estratégicas e programáticas (OEP) para o período 1999-2002 e que se constituem nas diretrizes da política da Organização Pan-Americana de Saúde dirigidas ao alcance da meta mundial de “Saúde para Todos no Século 21”. Neste documento, estabeleceu-se a centralidade da cooperação técnica voltada para “apoiar a promoção e a

implementação de ações de atenção primária ambiental no contexto de saúde para todos, que proporcionem às comunidades ambientes que promovam o desenvolvimento, com sua participação ativa na identificação de suas necessidades e na definição das correspondentes soluções.” (OPAS, 1999)

A iniciativa de “Saúde para Todos no Século 21”, lançada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1998, não somente reafirma o anterior compromisso proclamado em Alma-Ata, como defende um processo de aprofundamento de metas estabelecidas em momentos anteriores baseado em experiências diversas que permitiram avanços sociais e sanitários importantes. O objetivo renovado é levar saúde para todos de forma eqüitativa ao apoiar os países para que estes: 1 - estabeleçam um sistema universal de valores, 2 – incorporem a saúde como parte central dos processos de desenvolvimento e 3 – mantenham sistemas de saúde sustentáveis (WRIGHT *et al.*, 1998).

Um sistema universal de valores implica no estabelecimento de princípios éticos e normas científicas de alcance mundial, na promoção da centralidade e prioridade da dimensão da saúde em todo o mundo e no reconhecimento da saúde como um direito universal. Ademais, implica na aplicação de princípios éticos nas políticas de saúde, nas pesquisas científicas e nas investigações em saúde, na provisão de serviços de saúde, na execução de políticas e estratégias orientadas à eqüidade e na incorporação das perspectivas de gênero nas políticas e estratégias de saúde (WRIGHT *et al.*, 1998).

A incorporação da saúde como parte central nos processos de desenvolvimento pressupõe o fortalecimento de alianças do setor saúde entre os países, a manutenção de uma vigilância constante para a garantia de que as políticas de desenvolvimento não se convertam em prejuízos para a saúde e a priorização de países e comunidades mais pobres, necessitadas ou vulneráveis. Com a execução destas políticas, o nível de saúde deve servir como indicador do desenvolvimento humano na luta contra as iniquidades e a miséria extrema contribuindo, assim, para o favorecimento da saúde como motor para o desenvolvimento sustentável (WRIGHT *et al.*, 1998).

Uma das necessidades básicas de todos os países é ter e manter sistemas estáveis de atenção à saúde e às necessidades sociais de suas populações. Destarte, os sistemas de saúde têm que ser flexíveis e sensíveis o bastante para responder às rápidas transformações da demografia, da economia, da ciência e da tecnologia, e dos padrões epidemiológicos. Devem, ainda, atentar para as expectativas dos usuários quanto à qualidade, resolutividade e participação nas tomadas de decisões. Ademais, devem fazer parte dos sistemas mundiais de controle de ameaças “antigas” e “novas” à saúde, na erradicação, eliminação e controle de enfermidades, na inovação científica e tecnológica, além da mobilização de recursos para os países mais pobres. A estratégia de “Saúde para Todos no Século 21” depende de ações dos diferentes setores de cada sociedade e da transparência dos Estados no trato com a sociedade civil garantindo, inclusive, instâncias legítimas de participação (WRIGHT *et al.*, 1998).

4.2) Antecedentes da atenção primária ambiental:

O conceito de atenção primária ambiental é oriundo de duas fontes principais e, ao longo dos anos, foi-se encorpando a partir da contribuição de outras fontes (OPAS, 1999):

- A atenção primária à saúde (APS);
- O desenvolvimento rural integrado (DRI);
- Outras fontes mais recentes.

A estratégia da atenção primária à saúde adveio dos intensos questionamentos dentro do setor saúde durante os anos setenta e que permitiram algumas mudanças importantes, tais como: da cura para a atenção preventiva, da atenção hospitalar para a atenção à comunidade, da atenção urbana para a atenção rural, dos fatores determinantes dentro do setor saúde para os fatores determinantes fora do setor saúde, da responsabilidade única do governo pela saúde da população para a responsabilidade das pessoas por sua saúde, dos

serviços centralizados para os serviços descentralizados de saúde e do poder político centralizado para o poder político descentralizado (OPAS, 1999). A atenção primária à saúde, inaugurada conceitualmente na Conferência de Alma-Ata, assenta-se sobre os princípios da acessibilidade, da regionalização e da hierarquização da atenção à saúde com a finalidade de conectar o sistema formal de atenção à saúde com a comunidade (WRIGHT *et al.*, 2003).

O conceito de desenvolvimento rural integrado (DRI) surgiu a partir das políticas agrárias dos países subdesenvolvidos, durante os anos setenta, e segundo a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS, 1999):

“O objetivo do desenvolvimento rural integrado (DRI) era incorporar o potencial produtivo das comunidades rurais ao desenvolvimento nacional mediante a inovação e adaptação da tecnologia e da organização social. Isto substituiria o critério clássico do desenvolvimento, com ênfase na produtividade, por uma visão que realça o melhoramento da qualidade de vida das populações marginais e pobres. Os resultados do crescimento econômico poderiam, então, ser distribuídos entre a população de maneira mais eqüitativa a partir de um ponto de vista geográfico e social.” (p.25)

Dentre outras fontes que originaram a atenção primária ambiental, tem-se (OPAS, 1999, p.22):

a) OXFAM (1991) define a atenção primária ambiental como uma estratégia de proteção ambiental orientada à prevenção e a incentivar a participação.

b) O termo atenção primária ambiental foi utilizado pela primeira vez na Itália, quando BORRINI (1991) declarou que “a APA é um processo no qual os grupos de pessoas ou comunidades locais se organizam entre eles mesmos, com apoio externo, para aplicar seu conhecimento e perícia técnica a fim de proteger seus recursos e ambiente natural e encontrar, ao mesmo tempo, fontes para suas necessidades básicas de sobrevivência.”

c) Na mesma linha, a OMS (1993) manifesta que: “No mundo de hoje, os líderes políticos e da comunidade estão se tornando mais conscientes de que o mero acesso à tecnologia médica para o público em geral não compensa os efeitos negativos da deterioração ambiental; e mais de cem milhões de pessoas estão, contudo, sem saúde nem acesso aos recursos para suas necessidades básicas.”

d) O grupo do UNICEF, através de BAJRACHARYA (1994), expressa que: “A APA proporciona o marco para um enfoque de desenvolvimento baseado na comunidade, a fim de alcançar uma forma de vida sustentável e incorpora três elementos inter-relacionados como seus fundamentos: satisfação das necessidades humanas básicas; fortalecimento das pessoas e das comunidades; e otimização quanto à utilização e manejo sustentável dos recursos na comunidade e seus arredores.”

e) O Chile também contribuiu para esclarecer o conceito de APA:

* Cerda (1993), do Instituto de Ecologia Política (IEP) define APA do seguinte modo: “A APA é uma estratégia para a proteção do meio ambiente da comunidade que enfatiza o bem-estar das comunidades humanas e está estreitamente vinculada com a saúde do ambiente. A APA vincula os objetivos de saúde para todos com saúde total para o meio ambiente.”

* Sánchez (1995) declara que: “O conceito de APA tem o objetivo fundamental de proteger e melhorar a saúde da população e do ambiente, criando um ambiente saudável mediante a promoção e execução de ações básicas e preventivas em nível local, com a participação da comunidade.”

f) A atenção primária ambiental resguarda a essência da ecologia social, qual expressa que o desenvolvimento e o progresso das sociedades devem assentar-se sobre um manejo adequado do meio ambiente. Tal manejo e cuidado não podem ser exercidos somente pelo Estado, através de seus organismos fiscalizadores, nem tampouco pelas empresas e suas associações, porque carece, principalmente, de iniciativa da cidadania, da democracia e do poder local.

Em verdade, um dos principais desafios a serem enfrentados pelos governos e pelas sociedades latino-americanas e caribenhas corresponde ao crescimento populacional vertiginoso da região e a concentração desta expansão da população, sobretudo, nos ambientes urbanos. A discussão sobre a sustentabilidade dos aglomerados urbanos e suas gravíssimas deficiências estruturais assume prioridade máxima neste começo de milênio. O processo acelerado de urbanização tem correspondido a uma concomitante e drástica redução da qualidade e das condições de vida nos meios urbanos, com a formação

de bolsões de miséria e de exclusão social em ritmo e velocidade de difícil abordagem e enfrentamento pelas políticas públicas. O esforço analítico necessário à abordagem destas tão graves questões urbanas deve transversalizar as ações dos mais diversos setores em busca de propostas e soluções mais integrais, tais como educação, ciências e tecnologia, política, saúde, trabalho, dentre outras áreas que se fizerem necessárias à construção coletiva de alternativas de entendimento e de reversão do atual quadro urbano.

Neste aspecto, assume especial importância o nível local como *locus* da atuação e execução das políticas públicas, pois é nesta instância da existência das cidades que as pessoas vivem e são atingidas direta e indiretamente pelas complexas transformações ambientais destes tempos. O nível local deve ser o objeto de intervenção preferencial das políticas públicas com vistas às melhorias da qualidade ambiental. Entretanto, é notória a debilidade das instituições em nível local para fazer frente aos grandes desafios urbanos e realizar intervenções amplas e efetivas. Felizmente, parcelas significativas das sociedades tomaram para si a responsabilidade do enfrentamento das questões urbanas em nível local e assiste-se, atualmente, a um sem número de experiências de união de esforços com os mais diversos formatos, como os arranjos institucionalizados ou não, entre universidades, organizações não-governamentais, governos e entidades da sociedade civil, tendo como foco das discussões o nível local.

Dentre os importantes encontros internacionais ocorridos no âmbito da Região das Américas da Organização Pan-Americana de Saúde e que serviram como referencial para um consenso em torno da definição da atenção primária ambiental e que elegeram o nível local como cenário mais importante para a implementação de estratégias e políticas, destacam-se: a Conferência Pan-Americana sobre Saúde e Ambiente no Desenvolvimento Sustentável (COPASADHS), em Washington D.C. (1995); a Reunião Regional sobre Atenção Primária Ambiental, em Santiago do Chile (1997); a Reunião Sub-Regional para a América Central sobre Atenção Primária Ambiental, em San José, na Costa Rica (1998) e a proposta de “Atenção Primária Ambiental: um Modelo de Promoção do Desenvolvimento Crítico-Holístico” que correspondeu a uma pesquisa de pós-

doutoramento de Maria da Gloria Miotto Wright (1998) do Programa de Saúde Internacional da Universidade de Georgetown (OPAS, 1999). Assim, a Organização Pan-Americana de Saúde definiu a atenção primária ambiental (OPAS, 1999):

“A atenção primária ambiental é uma estratégia de ação ambiental, basicamente preventiva e participativa em nível local, que reconhece o direito do ser humano de viver em um ambiente saudável e adequado, e a ser informado sobre os riscos do ambiente em relação à saúde, bem-estar e sobrevivência, ao mesmo tempo que define suas responsabilidades e deveres em relação à proteção, conservação e recuperação do ambiente e da saúde.” (p.28)

As discussões da temática ambiental, sobretudo aquelas ligadas à problemática urbana, ganharam os mais diversos espaços e estratos sociais, colocando no centro do debate grande parte da sociedade civil organizada, a despeito da persistência, ainda, de expressivos contingentes da população das cidades sem acesso à formação e à informação. Neste contexto, a questão ambiental urbana, tema tão difuso, complexo e longínquo de ser apreendido pela maioria das pessoas, vem adquirindo uma dimensão mais próxima, concreta e apropriada, ao relacionar a qualidade de vida com as condições ambientais do entorno mais imediato. Tal momento, vem exigindo atitudes e esforços para a construção de uma institucionalidade ambiental capaz de assumir as demandas ambientais locais com o objetivo de enfrentar os problemas ambientais dos bairros ou dos municípios e que são vividos e percebidos pelos habitantes como um comprometimento da sua qualidade de vida (OPAS, 1999).

Segundo WRIGHT et al (1998):

“esta institucionalidade ambiental deve criar condições para estabelecer um sistema mais participativo e aberto a qualquer contribuição da comunidade, a fim de construir uma sociedade mais saudável e ecológica (...) Requer-se, por parte das autoridades sanitárias e ambientais, um enfoque sistêmico em todas as áreas do desenvolvimento. Nas políticas de saúde ambiental, esta orientação deve refletir-se em políticas que vão além do saneamento ambiental e dos tradicionais procedimentos técnicos. Hoje, requer-se incorporar uma concepção em torno da construção de espaços locais sustentáveis e saudáveis e a valorização de todas aquelas instituições extra-setoriais e da sociedade civil que desejam contribuir na busca desses espaços”. (p.5)

Acentua a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS, 1999):

“A atenção primária ambiental deve estar sustentada na presença ativa das pessoas organizadas ou do cidadão comum, que devem ser os protagonistas de uma relação mais ativa e direta com os órgãos do Estado competentes no tema, sejam estes os municípios, centros de saúde ou outros. O ator local, a comunidade, o município e o setor privado não devem aparecer como entes dispersos neste nível local primário ambiental, senão como elementos integrados de uma estratégia participativa, cuja meta é melhorar o entorno local para alcançar melhores e mais saudáveis condições de qualidade de vida.” (p.12)

A atenção primária ambiental (APA) não corresponde a uma superação da atenção primária em saúde (APS), mas representa um avanço ao enfatizar a importância da saúde ambiental e das temáticas relacionadas ao desenvolvimento e à sustentabilidade. A atenção primária ambiental representa, destarte, uma estratégia complementar da atenção primária em saúde ao reconhecer e legitimar os importantes avanços desta com relação à melhoria sanitária e social e, sobretudo, de transformação social, dos países que a implantaram e privilegiaram a descentralização e a participação da comunidade nos processos de planejamento, organização e funcionamento dos sistemas de saúde. Conforme a OPAS (1999):

“A estratégia da atenção primária ambiental baseia-se nos valores de equidade, participação, eficiência e integração da atenção primária em saúde, porém, vai mais além, ao incluir a descentralização, o caráter interdisciplinar, a participação cívica, a organização, a prevenção e proteção do entorno, a diversidade, a co-gestão e a autogestão, a coordenação, a autonomia e a solidariedade.” (p.29)

Neste contexto, a atenção primária ambiental configura-se como uma estratégia que coloca no centro das discussões a cidadania participativa ao eleger a qualidade de vida das pessoas e do entorno como intrinsecamente ligada ao desenvolvimento de uma nova cultura de participação social e de responsabilidades compartilhadas pela defesa e pela proteção do ambiente. Portanto, esta deve ser pensada e assumida dentro do enfoque do desenvolvimento

humano sustentável, no qual a saúde das coletividades humanas e dos ecossistemas estão intimamente inter-relacionadas, onde a degradação ambiental mundial, regional e local manifestam-se concretamente nos espaços cotidianos da vida e da existência humanas.

No Brasil, já se configura uma crítica à definição de atenção primária ambiental (APA), pois tal denominação confunde-se como o termo APA – Área de Proteção Ambiental – e, além do mais, não se usa a terminologia “atenção secundária ou terciária ambiental”, nem fica evidenciado claramente a participação do setor saúde como promotor do processo, tendo sido sugerido, então, o termo atenção primária em saúde ambiental (APSA), pois este reconhece a centralidade da área da saúde como formuladora do debate e redefine a saúde ambiental como o agente agregador das ações no nível local (CARNEIRO *et al.*, 2004).

Segundo CARNEIRO *et al.* (2004), “a estratégia da atenção primária em saúde ambiental, no Brasil, somente ganha sentido se visualizada como um componente da atenção básica. Afinal, seus princípios focalizam o papel do nível local na construção de espaços saudáveis.” Seguem os autores (CARNEIRO *et al.*, 2004): “No Brasil, as discussões sobre atenção primária à saúde inspiraram a definição da estratégia da atenção básica. Enquanto a primeira se baseia nos princípios de Alma-Ata que preconizam a realização de ações que privilegiam o nível local, multissetoriais, com tecnologias apropriadas e participação social; a segunda já significou a adaptação desta ao contexto do Sistema Único de Saúde brasileiro”.

Alinhada com as determinações de incorporação da participação comunitária e de fortalecimento das respostas da sociedade civil na consecução das metas para se atingir um melhor nível de qualidade de vida e de saúde e, simultaneamente, incentivando o desenvolvimento de líderes ambientais, a atenção primária ambiental enaltece a dimensão local da vida cotidiana. Segundo a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS, 1999, p.29), a atenção primária ambiental tem como objetivos:

Objetivo geral:

A APA tem como objetivo geral alcançar as melhores condições de saúde e de qualidade de vida dos cidadãos, através da proteção do ambiente e do fortalecimento das comunidades no âmbito da sustentabilidade local. Para que isso seja alcançado, propõe-se os seguintes objetivos específicos:

Objetivos específicos:

- * Contribuir para a construção de municípios saudáveis;
- * Fortalecer a capacidade de gestão ambiental dos governos locais;
- * Estabelecer um nível de gestão ambiental local (nível primário ambiental) que inclua todos os atores locais, em particular o governo municipal e a comunidade;
- * Fortalecer as comunidades para que alcancem a sustentabilidade local;
- * Formar líderes ambientais;
- * Facilitar uma maior interação entre o setor público e a sociedade civil para o estabelecimento de compromissos e prioridades do desenvolvimento sustentável local;
- * Facilitar que o Estado apóie iniciativas locais organizadas em torno da prioridade dos investimentos públicos para a proteção da saúde humana e do meio ambiente.

Com relação aos princípios básicos e características da atenção primária ambiental, tem-se que incorpora os valores básicos da atenção primária em saúde, porém avança no sentido da participação comunitária em nível local e da visibilidade das políticas ambientais oficiais (OPAS, 1999, p.30):

Seus seis princípios básicos são:

Participação da comunidade – a APA busca, através da capacitação e do aumento da consciência ambiental, que a sociedade civil tenha uma participação responsável, informal e organizada. Qualquer política ou decisão ambiental deve ser submetida à aprovação e conhecimento da comunidade.

Organização – é fundamental que a comunidade se organize para que suas demandas e ações em torno da defesa de seus direitos ambientais tenham êxito e adquiram relevância.

Prevenção e Proteção Ambiental – toda iniciativa que busque alcançar um melhor nível de desenvolvimento econômico e social deve evitar ou minimizar o dano ambiental, através da sensibilização, educação, pesquisa, difusão e participação cidadã.

Solidariedade e Eqüidade – implica um compromisso dos cidadãos entre si e do Estado para com eles e com a justiça social para remediar desigualdades e assegurar que cada pessoa tenha acesso a um meio ambiente saudável.

Integralidade – As ações ambientais devem ser vista como parte de um sistema e não como responsabilidade de um setor em particular que monopolize a dinâmica em torno da busca da sustentabilidade local.

Diversidade – É um dos princípios fundamentais da ecologia. Os ecossistemas são múltiplos e obedecem a processos e relações específicas que não podem ser repetidos; também as culturas são distintas entre si e, portanto, o direito à diversidade e o respeito às diferenças é um dos princípios centrais da APA.

Os seis princípios básicos da atenção primária ambiental são complementados pelas seguintes características (OPAS, 1999, p.30):

Descentralização – constitui um aspecto básico da para a APA e deve ser entendida como parte do processo de democratização. A descentralização implica transferir capacidades reais tanto políticas, técnicas, financeiras e administrativas a instâncias regionais e locais. Nas jurisdições descentralizadas, a APA estabelece que a escala territorial mais importante é a municipal, onde a sociedade civil pode recuperar e desenvolver sua capacidade de decisão sobre assuntos comuns e cotidianos que a afetem (...) a descentralização só é alcançada com a transferência do poder político e, com isso, da capacidade de tomar decisões com respeito à designação de valores e de recursos. Qualquer outra forma é uma distorção do conceito ou da prática da descentralização.

Intersetorialidade e Interdisciplinaridade – os problemas e temas ambientais fazem convergir uma série de interesses que não podem ser vistos sob uma só ótica, disciplina ou setor. Nesse contexto, a APA deve constituir-se em um marco facilitador de iniciativas de trabalho integral entre organizações de base, municípios, comissões de vizinhança e ONGs em torno das ações de planificação territorial e desenvolvimento local.

Co-gestão pública-privada e Autogestão – Qualquer iniciativa ambiental local deve integrar as propostas, recursos e experiências deste nível. Devem ser propiciados os espaços de coordenação e trabalho conjunto entre o município, organismos estatais, comunidades, empresas, ONGs, organismos acadêmicos, culturais, eclesiásticos e outros atores que intervenham em um espaço territorial determinado (...) quanto à autogestão, é importante que cada grupo, em especial as organizações cidadãs, possa desenvolver sua própria capacidade de gestão na elaboração, execução e manejo dos projetos. Isto constitui um importante desafio para o Estado e especialmente para as ONGs quanto entregar estas ferramentas à população.

Coordenação – como a questão ambiental afeta a todos, ela requer uma visão de conjunto e envolve vários aspectos, onde é necessário desenvolver instâncias de coordenação entre instituições e grupos. A APA deve fomentar núcleos de trabalho pró-ativos que administrem os problemas locais de acordo com suas capacidades tecnológica, normativa e de disponibilidade de recursos. Dever-se-ão estabelecer acordos e estratégias em seu âmbito de ação e conformar redes de APA.

Eficiência – A eficiência permite utilizar os recursos disponíveis de maneira mais apropriada ao empreender ações de melhoramento ou proteção ambiental mais ágeis, desburocratizadas e coordenadas, dando espaço à inovação, à diversidade de atividades, metodologias e práticas locais.

Autonomia política e funcional – Os atores locais não devem perder sua autonomia nem independência. Suas ações e declarações sempre têm que refletir o sentimento de quem representam.

Um importante momento recente, no Brasil, foi a elaboração do Grupo de Trabalho de Atenção Primária Ambiental e Agenda 21 no SUS (GT APRIMA) no âmbito da Comissão Permanente de Saúde Ambiental do Ministério da Saúde (COPESA). O primeiro tem a missão de promover encontros e divulgações de experiências nacionais voltadas para a construção de “ambientes saudáveis” em nível local. A referida comissão possui como missão primordial subsidiar o Ministério da Saúde na formulação da Política Nacional de Saúde Ambiental (PNSA). Apesar dos estágios iniciais em que se encontram tais iniciativas, um fértil espaço de debates já foi inaugurado com a sociedade civil organizada através de alguns cenários importantes como o Conselho Nacional de Saúde, o Conselho

Nacional de Secretários Municipais de Saúde, o Movimento dos Trabalhadores Rurais sem Terra, o Movimento Popular de Saúde, Setores e áreas técnicas do governo como o Ministério da Saúde, Ministério do Meio Ambiente e o Ministério da Educação, a Secretaria de Vigilância em Saúde e a Coordenação de Vigilância Ambiental em Saúde, organismos internacionais como a Organização Pan-Americana de Saúde (CARNEIRO *et al.* 2004).

O principal desafio, nestes espaços de construção, é a coordenação de diversas iniciativas de movimentos de diferentes setores, como as áreas de saúde e de ambiente, sobre a integração de estratégias de atuação no nível local, respeitando-se as divergências e valorizando as convergências de cada uma das iniciativas, tais como: a atenção primária em saúde ambiental (APSA), a agenda 21 local, os municípios/comunidades saudáveis, o desenvolvimento local, integrado e sustentável (DLIS). Os elementos de convergência destas diversas estratégias dos mais variados setores são: a participação social, a intersetorialidade e o desenvolvimento sustentável.

4.3) A atenção primária ambiental e a sua interface com a atenção primária em saúde

Data de poucos anos atrás a incorporação das questões ambientais relacionadas à saúde humana, por parte da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e da Organização Mundial da Saúde (OMS), à atenção primária em saúde. O esforço no sentido de construção da atenção primária ambiental, a partir do final dos anos 90, pelo Escritório Central da Região das Américas do Programa de Qualidade Ambiental/Divisão de Saúde e Ambiente da Organização Pan-Americana de Saúde representa o processo de formulação e de maturação das discussões sobre a problemática ambiental e suas repercussões à saúde nos países latino-americanos e caribenhos. Neste sentido, aponta para a imperiosa e urgente necessidade do enfrentamento interdisciplinar e intersetorial das inter-relações entre a saúde e o ambiente que impactam direta e indiretamente no cotidiano das coletividades humanas e na própria dinâmica funcional dos serviços e sistemas de saúde (IANNI & QUITÉRIO, 2006).

Entretanto, a construção desse campo de saberes e de práticas é ainda bastante recente e, destarte, vem clamando por aprofundamento teórico e, mesmo, aumento do escopo de conhecimentos, pois, trata-se, em muitos casos, de problemas ambientais essencialmente “novos” ou, ainda, de uma concreta e presente incapacidade de manejo de problemas ambientais “antigos”. Este é o caso, por exemplo, das mudanças ambientais globais e seus inúmeros desdobramentos para a saúde das populações humanas e dos ecossistemas ou, por outro lado, da persistência de condições de saneamento e habitabilidade das moradias incompatíveis com uma adequada qualidade de vida e de salubridade do meio que permita às pessoas viverem de forma digna, sobretudo nos grandes centros urbanos, com seus marcantes processos de exclusão e de segregação sócio-espacial. (COHEN et al, 2004).

A atenção primária em saúde, “materializada” na Estratégia de Saúde da Família (ESF), apresenta-se como a estratégia para a reversão do modelo assistencial baseado no hospitalocentrismo e nas doenças. A complexidade

e as recentes transformações do perfil epidemiológico da população brasileira apontam para a necessidade de um novo olhar e de uma prática do setor saúde que permita trabalhar para além das práticas curativas e preventivas e ir de encontro às práticas promotoras da saúde nos espaços cotidianos das vidas das pessoas (IANNI & QUITÉRIO, 2006).

A estratégia de saúde da família corresponde a um “modelo de atenção” assentado nas ações localizadas em “territórios” previamente demarcados e localizados e, desta forma, as maneiras de condução e de organização das ações também são localizadas, o que significa dizer que a atuação das equipes de saúde da família ocupa posição capital neste contexto de práticas. Assim, o trabalho conjunto das equipes de saúde na estratégia de saúde da família conforma o “modo de se fazer saúde” nestes espaços locais. O “nível local” da atenção primária ambiental corresponde ao “território” da atenção primária em saúde. Entretanto, a configuração do trabalho das equipes de saúde da família se mostra impotente quando confrontada com as inúmeras, distintas e graves questões ambientais presentes nas grandes cidades brasileiras, pois ainda não se conseguiu privilegiar a articulação e a atuação conjunta com as demais dimensões administrativas e das políticas públicas, qual seja, a intersetorialidade baseada e operacionalizada a partir de instrumental técnico, científico, gerencial e de tomada de decisões capazes de potencializar soluções mais integrais e amplas e, por isto, mais efetivas e de maior alcance (AUGUSTO, 2003).

Em relação à temática ambiental, as áreas urbanas metropolitanas representam realidades sócio-ambientais diversas e perversas, articuladas em um mesmo território, com especificidades próprias, entretanto, com determinações de ordem mais geral. Tornando-se claro, portanto, que não há como manter-se no limite singular das equipes de saúde da família, pois estas recebem de forma contínua os impactos dos condicionantes e dos determinantes globais da saúde, sendo urgente instrumentalizá-las de capacidades descritiva, analítica e interventora sobre o território. É notório o enorme desafio das equipes da estratégia de saúde da família diante da necessidade de ampliação do olhar sobre o território – a qualificação do olhar sobre o território – e da aplicação sistematizada de

conhecimentos e de ferramentas de abordagem e de intervenção sobre a realidade em nível local. Apesar dos grandes avanços no acesso das populações à assistência e aos cuidados básicos de saúde, há muito que se avançar na apreensão e entendimento da realidade concreta nos “territórios” de atuação da estratégia de saúde da família. Conforme a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS, 1999):

“(...) de modo que, as equipes de saúde da família confrontam-se de forma ininterrupta com questões ambientais relacionadas à baixa qualidade do ambiente urbano, necessitando, assim, de formação específica para tal enfrentamento e análise e que perpassem, idealmente, pelo desenvolvimento de estratégias de participação e de co-gestão dirigidas para a construção de espaços saudáveis.” (p.30)

CAPÍTULO 5 – CONTEXTUALIZAÇÃO DO LOCAL DO ESTUDO

Em nossa pesquisa, evidenciamos a comunidade do mangue do bairro Vila Velha a partir de três “lentes” principais, abordadas seqüencialmente “do plano mais macro ao plano mais micro”, a saber: primeiramente, analisamos a referida comunidade em suas relações sócio-espaciais com a planície de inundação da Área de Proteção Ambiental (APA) do Estuário do Rio Ceará, em sua margem direita, na divisa entre os municípios de Fortaleza e de Caucaia.

Em seguida, abordamos a comunidade como sendo parte integrante do bairro Vila Velha, o segundo bairro mais populoso da Secretaria Executiva Regional I (SER I), no extremo oeste da capital cearense, ficando atrás apenas do bairro Barra do Ceará, em termos de quantitativo populacional no âmbito da referida regional administrativa de Fortaleza. O bairro Vila Velha ocupa a quinta posição na lista dos bairros mais populosos de Fortaleza e a oitava posição em termos de extensão territorial, com seus 780 hectares. (FORTALEZA, 2006).

E, por fim, enfocamos a comunidade do mangue do bairro Vila Velha como sendo formada pelo conjunto das micro-áreas de risco 1 (um), correspondente às micro-áreas 068, 069, 070 e 071, integrantes da área de abrangência do Centro de Saúde da Família (CSF) João Medeiros. Em verdade, a maior parte do crescimento populacional se fez (e se faz) às custas da ocupação de porções do bairro Vila Velha que se encontram em íntima relação com o ecossistema manguezal, próximas à planície de inundação do Rio Ceará, fato este que gera inúmeros desdobramentos e impactos ambientais, sociais e à saúde, conformando peculiaridades importantes àquela porção da cidade de Fortaleza.

Assim, intentamos mostrar a comunidade do mangue do bairro Vila Velha em sua perspectiva do cotidiano localmente vivido pelas pessoas e experienciado pelos profissionais do Programa de Saúde da Família (PSF) responsáveis pelo atendimento de saúde da comunidade.

5.1) O território da Área de Proteção Ambiental (APA) do Estuário do Rio Ceará

O município de Fortaleza está localizado entre os paralelos 3°40'S e 4°00'S e meridianos 38°20'W e 38°40'W, com área de 313,8 km² e 32 km de linha de costa. Por volta de 1960, a cidade de Fortaleza passou a ter um intenso crescimento populacional. À época, a cidade contava com cerca de 500 mil habitantes e, hoje, conta com quase dois milhões e meio de habitantes (VASCONCELOS, 2005).

Sobre o crescimento da cidade de Fortaleza e a intensa ocupação em décadas recentes de sua planície litorânea, VASCONCELOS (2005) nos traz:

“O crescimento populacional acelerado é responsável por uma série de problemas ambientais que comprometem o sítio urbano. A cidade de Fortaleza vem sofrendo nas últimas décadas um processo de expansão acelerado e desordenado. O processo de migração populacional do campo para a cidade de Fortaleza, associado à pobreza da população, fez com que ocorresse uma proliferação de favelas, com uma concentração maior nos bairros periféricos às margens dos principais rios da cidade (...) Este processo de crescimento urbano acelerado e desordenado acarreta em diversos problemas ligados desde a carência de habitações, déficit de emprego para a população economicamente ativa, até diversas formas de agressões ambientais, sendo a Planície Litorânea um lugar de pressão demográfica e econômica, já que atua como fonte de recursos naturais utilizados pelas populações, o que a torna palco de conflitos de uso e de ocupação.” (p.3)

Entretanto, discordamos das posições do ator quando o mesmo relaciona diretamente o crescimento populacional e a urbanização recente de Fortaleza como sendo “os” responsáveis pelas variadas “agressões ambientais” que a cidade sofreu (e vem sofrendo) em tempos recentes, pois o mesmo desconsidera o papel dos agentes econômicos na valorização (ou não) de determinados espaços da cidade e o seu papel de indutor da formação de áreas apropriadas para a especulação imobiliária urbana e de áreas outras “destinadas” aos que não podem pagar por um “chão” no cenário das disputas pela ocupação das áreas urbanas.

O Rio Ceará, um dos principais recursos hídricos da Região Metropolitana de Fortaleza (RMF), nasce na serra de Maranguape, percorrendo aproximadamente 60 km na direção NO-NE (Noroeste-Nordeste), até desembocar no Oceano Atlântico. Sua bacia fluvial abrange uma área de aproximadamente 900 km², banhando os municípios de Fortaleza, Caucaia e Maranguape, tendo como principal afluente o Rio Maranguapinho, localizado em sua margem direita, distando aproximadamente 7 km de sua foz. Dentro da bacia fluvial do Rio Ceará está inserida a Área de Proteção Ambiental do Estuário do Rio Ceará (SANTOS & QUEIROZ, 2007).

A Área de Proteção Ambiental (APA) do Estuário do Rio Ceará foi criada pelo Decreto nº 25.413, de 29 de Março de 1999 (CEARÁ, 1999), documento este que dispôs sobre a “criação da Área de Proteção Ambiental do Estuário do Rio Ceará, localizada na divisa dos municípios de Fortaleza e de Caucaia”. A referida APA abrange uma área de 2.744,89 hectares e situa-se distante aproximadamente 20 km do Centro de Fortaleza, tendo sua criação sido justificada “em face das peculiaridades ambientais do Estuário do Rio Ceará, que tornam este ecossistema de grande valor ecológico e turístico e pela natural fragilidade do equilíbrio ecológico deste estuário, em virtude de intervenções antrópicas”. (SEMACE, 2005).

Aqui, cabe-nos problematizar o termo antrópico como insuficiente para explicar todas as complexas transformações por que vem passando a APA do Estuário do Rio Ceará, pois entendemos que o “território” da mesma é perpassado por distintos vetores e fluxos que atendem aos mais variados interesses de diferentes atores sociais, sendo, entretanto, estes atores passíveis de identificação, não sendo possível acatarmos a indeterminação do sujeito que nos sugere o termo “antrópico”. Quem são estes atores? Quais os seus projetos para o lugar? De que forma vem se dando esta intervenção dita antrópica? O termo antrópico se refere à população pobre que ocupa as margens do Rio Ceará ou também engloba os agentes econômicos que historicamente ocuparam vastos trechos da APA? E a ancestral comunidade indígena dos Tapebas, à margem

esquerda do Rio Ceará, no município de Caucaia, que vem sofrendo com a ocupação de suas terras?

Inúmeros estudos vêm problematizando as complexas transformações por que vem passando a Área de Proteção Ambiental (APA) do Estuário do Rio Ceará, como evidenciado nos trabalhos de MOREIRA (2002), MARTINS (2003), SOUZA & JULIÃO (2003), CASTRO (2004), LIMA (2007) e SANTOS & QUEIROZ (2007), apenas para citar aqueles a que tivemos acesso como fonte de nossas leituras. Alguns abordam estas transformações do ponto de vista dos impactos sócio-ambientais relacionados ao crescimento da cidade de Fortaleza, como os trabalhos anteriormente citados, e outros o fazem sob o ponto de vista geoambiental de uso e de ocupação do solo (ARAÚJO & FREIRE, 2008).

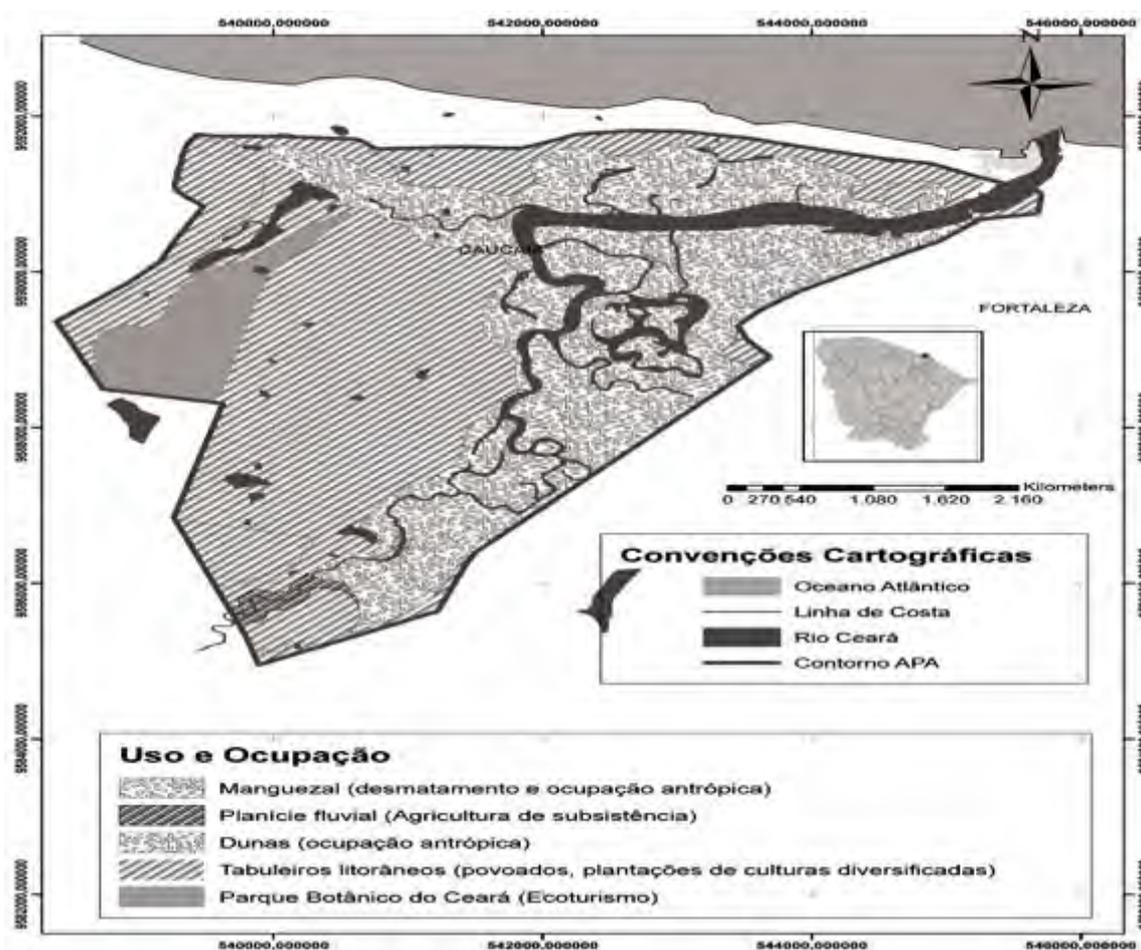


FIGURA 5.1 – Zoneamento ambiental do Estuário do Rio Ceará (ARAÚJO & FREIRE, 2008)

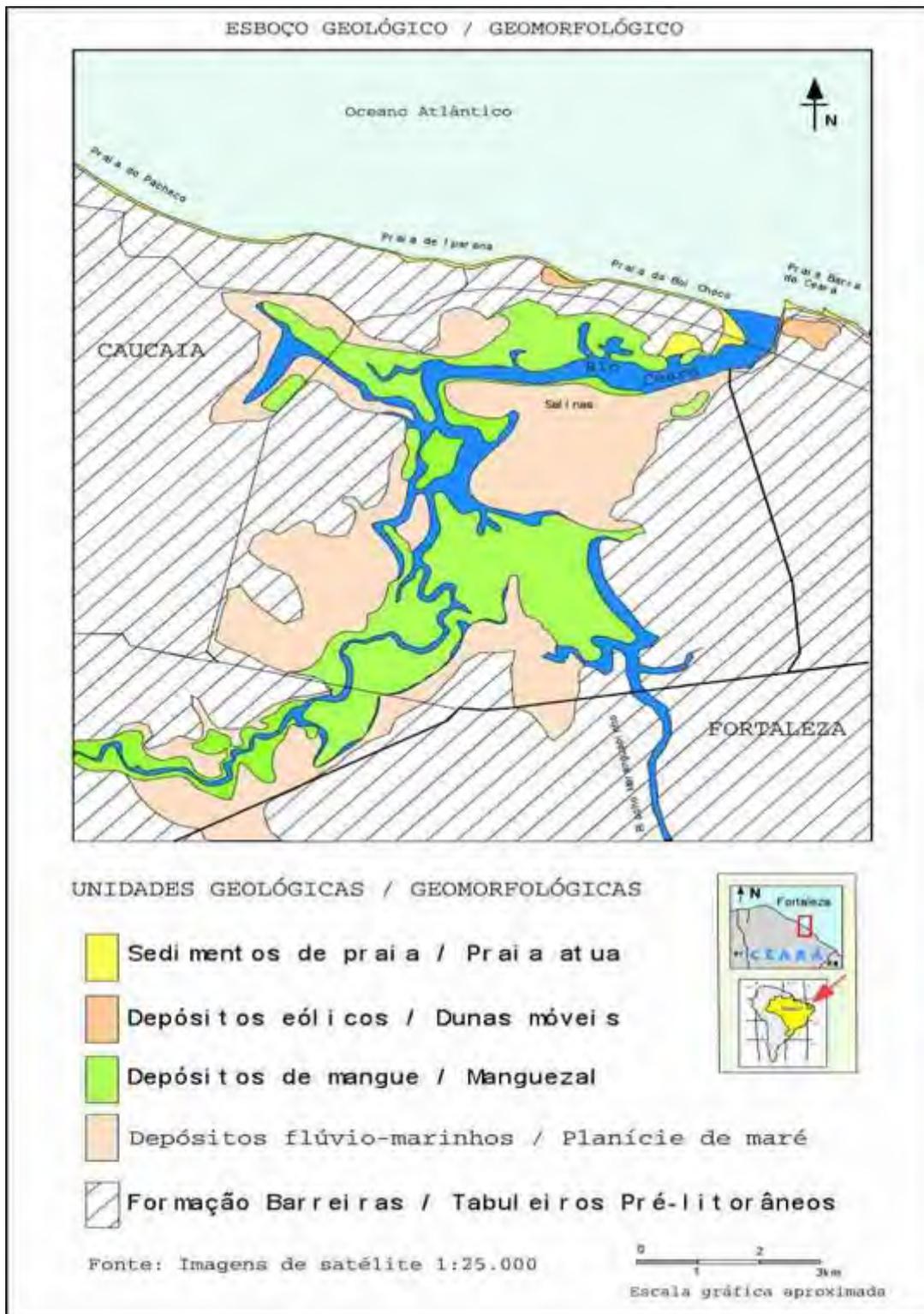


FIGURA 5.2 – Unidades geológicas/geomorfológicas da Área de Proteção Ambiental (APA) do Estuário do Rio Ceará (MOREIRA, 2002).

Quando dos estudos sobre a APA do Estuário do Rio Ceará, os pesquisadores, em geral, retratam a mesma em termos de seus aspectos geoambientais regionais, relacionados à dinâmica ambiental da costa brasileira e nordestina, em particular; e em termos de seus aspectos geoambientais locais, relacionados à dinâmica da Região Metropolitana de Fortaleza (RMF), como as transformações das unidades da paisagem que compõem a APA em foco.

Assim, com relação aos aspectos geoambientais locais, MOREIRA (2002) classifica as unidades da paisagem da APA do Estuário do Rio Ceará conforme segue:

1. Planície Litorânea, constituída das seguintes feições morfológicas: praia, pós-praia, campos de dunas e planície flúvio-marinha.
2. Planície Fluvial.
3. Tabuleiros Pré-Litorâneos.

Cabe, aqui, explicitarmos que não se aplica ao nosso trabalho a caracterização dos aspectos geológicos e geomorfológicos de todas as unidades da paisagem da APA em questão, mas somente enunciaremos as características relevantes para a contextualização da comunidade do mangue do bairro Vila Velha, na planície flúvio-marinha. Sobre esta unidade da paisagem, MOREIRA (2002) nos revela: (e conforme podemos observar na FIGURA 2, na página anterior).

“Esta unidade da Planície Litorânea está localizada em áreas onde há influência das oscilações da maré. Assim, a planície flúvio-marinha desenvolve-se da combinação de processos continentais e marinhos, cujos agentes fluviais, terrestres e oceânicos propiciam a formação de um ambiente lamacento, encharcado, úmido, rico em matéria orgânica e recoberto por vegetação de mangue (...) Os manguezais contribuem para a bioestabilização da planície flúvio-marinha e dos processos geomorfológicos, através da deposição dos sedimentos fluviais, regulagem dos mecanismos de transporte dos sedimentos eólicos, atenuação dos efeitos das inundações e do avanço das marés e contribui na manutenção da linha de costa, além da purificação das águas.” (p. 18)

Extensas porções da Área de Proteção Ambiental (APA) do Estuário do Rio Ceará são recobertas por vegetação de manguezal – Vegetação Perenifólia Paludosa Marítima de Mangue – que contribui para a bioestabilização do sistema estuarino, onde o conjunto florístico do manguezal é composto por quatro tipos de

árvores: *Rhizophora mangle* (mangue vermelho), *Avicennia germinans* (mangue preto), *Avicennia schaveriana* (mangue preto) e *Conocarpus erecta* (mangue botão). O manguezal constitui um *habitat* com uma grande biodiversidade faunística, onde os principais grupos são: moluscos, crustáceos, peixes e aves, onde grande parte destes são aproveitados economicamente. VICENTE DA SILVA (1987) *apud* MOREIRA (2002) nos fala que “65% dos peixes capturados comercialmente no litoral cearense têm seu ciclo biológico vinculado ao manguezal, demonstrando assim, que além de suas funções ecológicas, o estuário possui uma relevante importância econômica para a região”. O manguezal ocupa as zonas onde as águas dos rios sofrem influência das águas marítimas pela penetração da maré no continente adentro através dos rios, formando um ambiente florestal, de porte arbóreo, com grande número de indivíduos (árvores), porém com baixa diversidade de espécies vegetais (PEREIRA, 2007).

COELHO JÚNIOR & SCHAEFFER-NOVELLI (2000) *apud* MEIRELES (2006, p.76) nos relatam as funções e serviços prestados pelo ecossistema manguezal:

i) Fonte de matéria orgânica particulada e dissolvida para as águas costeiras adjacentes, constituindo a base da cadeia trófica com espécies de importância econômica e/ou ecológica;

ii) Área de abrigo, reprodução, desenvolvimento e alimentação de espécies marinhas, estuarinas, límnicas e terrestres, além de pouso de aves migratórias;

iii) Proteção da linha de costa contra erosão e assoreamento dos corpos d'água adjacentes, prevenção de inundações e proteção contra tempestades;

iv) Manutenção da biodiversidade da região costeira;

v) Absorção e imobilização de produtos químicos (ex. metais pesados), filtragem de poluentes e sedimentos, além de tratamento de efluentes em seus diferentes níveis;

vi) Fonte de recreação e de lazer, associada ao seu apelo paisagístico e ao seu alto valor cênico;

vii) Fonte de proteínas e de produtos diversos, associados à subsistência de comunidades tradicionais que vivem em áreas vizinhas aos manguezais.



FIGURA 5.3 – Fotografia aérea evidenciando a desembocadura do Rio Ceará (Agosto de 1968), ainda sem os efeitos atuais do intenso crescimento da porção oeste da cidade de Fortaleza. CASTRO & MEIRELES (1989) apud MOREIRA (2002).

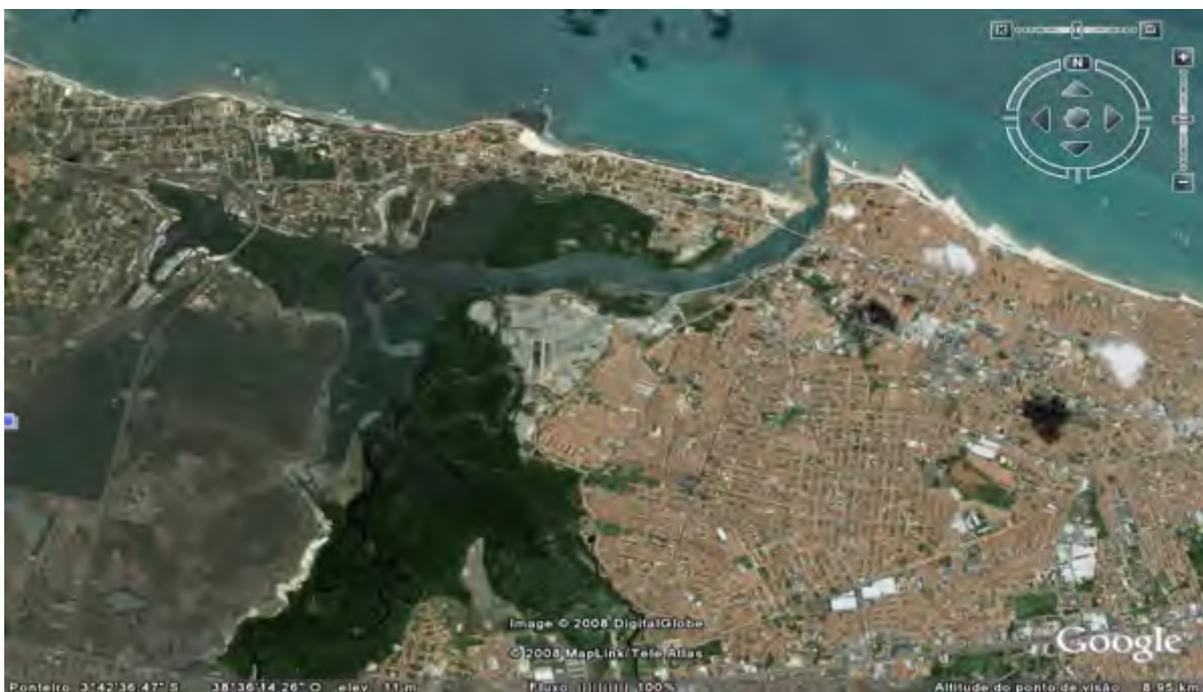


FIGURA 5.4 – Região observada na FIGURA 5.3 no ano de 2008. Atentar para a “pressão urbana” exercida por Fortaleza sobre a margem direita do Rio Ceará. Google Earth. Escala não disponível.

MOREIRA (2002, p.33) “divide” as transformações e os impactos sócio-ambientais na Área de Proteção Ambiental (APA) do Estuário do Rio Ceará em antes da expansão urbana e depois da expansão urbana, a saber:

1. Antes da expansão urbana: as atividades pouco contribuíam para a alteração das características naturais da área, tendo em vista que as formas de exploração da região eram realizadas somente pela população nativa, limitando-se às atividades de subsistência, representada pela pesca artesanal e o extrativismo. Isso pode ser constatado pela análise da FIGURA 5.3, na página anterior, onde se constata a pouca ocupação territorial da área e a conseqüente preservação ambiental.

2. Depois da expansão urbana: com o processo de expansão urbana associada ao crescimento populacional e ao desenvolvimento econômico da cidade de Fortaleza, inicia-se uma intensa intervenção em ambientes naturais, que já havia começado desde a construção do Porto do Mucuripe, com a construção de espigões, como visto na FIGURA 4, na página anterior, ao longo da costa do município de Fortaleza. Isto pode ter resolvido problemas de assoreamento nas praias do leste da orla, mas provocou uma acentuação dos processos erosivos nas praias do oeste, nivelando a linha de praia de um lado e rebaixando do outro (FIGURA 5.4), fazendo aflorar blocos de recifes de arenito. Mais recentemente, com a conclusão das obras de construção da ponte sobre o Rio Ceará, ligando Fortaleza às praias do município de Caucaia (Iparana, Icaraí, Tabuba, Cumbuco, etc.), expressivos impactos ambientais vêm sendo registrados em conseqüência de:

- intenso processo de ocupação desordenada dos solos urbanos sobre áreas de praias, pós-praias, campos de dunas e manguezais;
- desmatamento do manguezal para a retirada de madeira a ser usada na construção de casas da população de baixa renda que ali se estabelece, bem como para o fornecimento de lenha e de carvão para essa mesma população;
- retirada indiscriminada de areia, bem como um intensivo processo de ocupação e de favelização das dunas remanescentes da região;

- aumento expressivo do fluxo de veículos de pequeno, médio e grande porte em virtude da expansão do turismo, sobretudo para a praia do Cumbuco, em Caucaia.

IMPACTOS SOCIAIS	IMPACTOS AMBIENTAIS
Aumento do contingente populacional	Alteração da paisagem natural
Aumento da criminalidade	Alteração da ecodinâmica costeira
Insegurança da população local	Prejuízo para o setor agrícola
Importação de doenças	Alteração na forma de ocupação e uso da área
Choque cultural	Aceleração dos processos erosivos
Conflitos sociais	Alteração da qualidade das águas e do ar
Modificação na estrutura imobiliária local	Assoreamentos
Aumento da demanda de imóveis	Alteração na dinâmica das feições geomorfológicas
Processo acelerado de urbanização	Alteração da biota marinha
Rompimento de tradições pela alteração da rotina da comunidade	Perda da quantidade de vida da fauna aquática
Aumento do volume de lixo	Alteração do ecossistema manguezal
Incremento do setor terciário	Poluição indiscriminada dos cursos de água
Aumento significativo do fluxo de veículos	Alteração da linha da costa

TABELA 5.1 – Impactos sócio-ambientais evidenciados na Área de Proteção Ambiental (APA) do Estuário do Rio Ceará após a expansão urbana da cidade de Fortaleza (MOREIRA, 2002).

SANTOS & QUEIROZ (2007, p.7) assinalam os principais problemas sócio-ambientais advindos da ocupação intensiva da APA do Estuário do Rio Ceará como segue:

1. Poluição por esgotos: lançamento de esgotos domésticos e industriais, poluindo a água e contaminando peixes, moluscos e crustáceos;

2. Lixo: lançamento de lixo na calha e nas margens do rio agravando o quadro de degradação ambiental. Ao longo do estuário, existem grandes quantidades de materiais plásticos (garrafas, detergentes, sacos) presos às raízes do mangue, demonstrando claramente os despejos de resíduos sólidos próximos às margens do rio;

3. Retirada de areia: a retirada de areia do leito do rio para o uso na construção civil, onde o volume de sedimentos retirados contribui para a redução do fluxo sedimentar costeiro, agravando os processos erosivos;

4. Falta de saneamento básico: a ausência da cobertura da rede de saneamento básico em grandes partes das áreas urbanas, principalmente na ocupação das margens do rio próximas do Conjunto Habitacional Vila Velha;

As favelas, sendo uma forma de expressão da expansão desordenada da cidade de Fortaleza, não possuem estrutura de saneamento básico, muitas vezes não possuindo, também, coleta de lixo regular, onde, em muitos casos, não é possível o acesso de caminhões para a coleta nessas comunidades, incluindo a comunidade do mangue do bairro Vila Velha. A convivência com o lixo, a presença de esgotos a céu aberto associados à falta de água tratada tornam o ambiente insalubre, de pouco conforto e de baixa qualidade ambiental (VASCONCELOS, 2005).

A poluição hídrica corresponde a um dos principais problemas do estuário, sobretudo, pelo lançamento de esgotos domésticos e industriais no seu principal afluente, o Rio Maranguapinho, na margem direita do Rio Ceará, provenientes das indústrias TBA, FORTBOI e CEARAPELES, além dos despejos de esgotos e lixo pela população que mora nas suas margens. O Rio Maranguapinho passa por bairros da periferia de Fortaleza como Alto Alegre, Bom Jardim, Granja Portugal e Genibaú, que são destituídos de sistema de coleta de esgotos (LIMA, 2007).

Com relação aos usos dos espaços e ao ordenamento territorial na APA do Estuário do Rio Ceará, MOREIRA (2002, p.38) propôs o zoneamento ambiental da área baseado nas formulações do IBAMA para as Áreas de Proteção Ambiental (APA), nas quais estas áreas são compartimentadas em:

1. Zona de Restrição Máxima: compreende as áreas de preservação já definidas por lei, incluindo aquelas que possuem características ambientais físicas ou paisagísticas que justifiquem seu enquadramento nesta categoria. Diz respeito a toda a área da APA do Estuário do Rio Ceará, que inclui a planície flúvio-marinha e o manguezal a ela associado;

2. Zona de Restrição Alta: referem-se àquelas áreas adequadas a um único uso, compatível com o seu potencial ambiental, compreendendo a área costeira de praia e pós-praia que se estende da foz do Rio Ceará até a praia do Icarai;

3. Zona de Restrição Média: que permite diversos usos, mas com a imposição de algumas restrições, compreendendo os campos de dunas por necessitarem de um plano de manejo, de modo a resguardar os aspectos paisagísticos e sua dinâmica morfológica;

4. Zona de Restrição Baixa: que se refere a locais onde a ocupação desordenada e antiga dificulta outra destinação para a área, como os tabuleiros litorâneos já ocupados por colônias de pescadores, colônias de veraneio e as zonas urbanas de Iparana e Icaraí.

Seguindo-se ao zoneamento ambiental, MOREIRA (2002, p.44) propõe as recomendações que seguem para a melhoria das condições ambientais da APA do Estuário do Rio Ceará:

1. Zona de Restrição Máxima:

- Aplicação da legislação ambiental quanto à utilização e ocupação destas áreas;
- Utilização desta zona como laboratório para aulas práticas de educação ambiental formal e informal;
- Realização de monitoramento sistemático de desmatamento, qualidade da água e ocupação desordenada;
- Ecoturismo controlado;
- Pesquisa científica.

2. Zona de Restrição Alta:

- Controle da ocupação das praias por casas de veraneio e barracas de praia;
- Fiscalização constante para evitar o loteamento e ocupação irregular da zona de praia;
- Incentivo ao crescimento da atividade pesqueira artesanal;
- Retomada da atividade extrativista local.

3. Zona de Restrição Média:

- Reflorestamento de áreas anteriormente ocupadas por vegetação pioneira e devastadas para especulação imobiliária;
- Fomentar entre os moradores dessa zona e instituições, a criação de mudas de plantas nativas para arborização;
- Fortalecimento das associações comunitárias;
- Despertar na população local uma consciência ambiental através da educação ambiental;
- Implantação de programas de coleta seletiva de lixo.

4. Zona de Restrição Baixa:

- Elaboração de projetos de construção e financiamento de casas próprias para famílias de baixa renda;
- Elaboração e implantação de um projeto de saneamento básico visando à instalação de redes coletoras e estação de tratamento de esgotos;
- Inclusão das comunidades nos programas de coleta de lixo e tratamento de resíduos sólidos;
- Construção de usinas artesanais de reciclagem e compostagem de lixo;
- Realização de convênios entre instituições públicas e privadas para o desenvolvimento de pesquisas que venham contribuir com a melhoria da qualidade de vida da população.

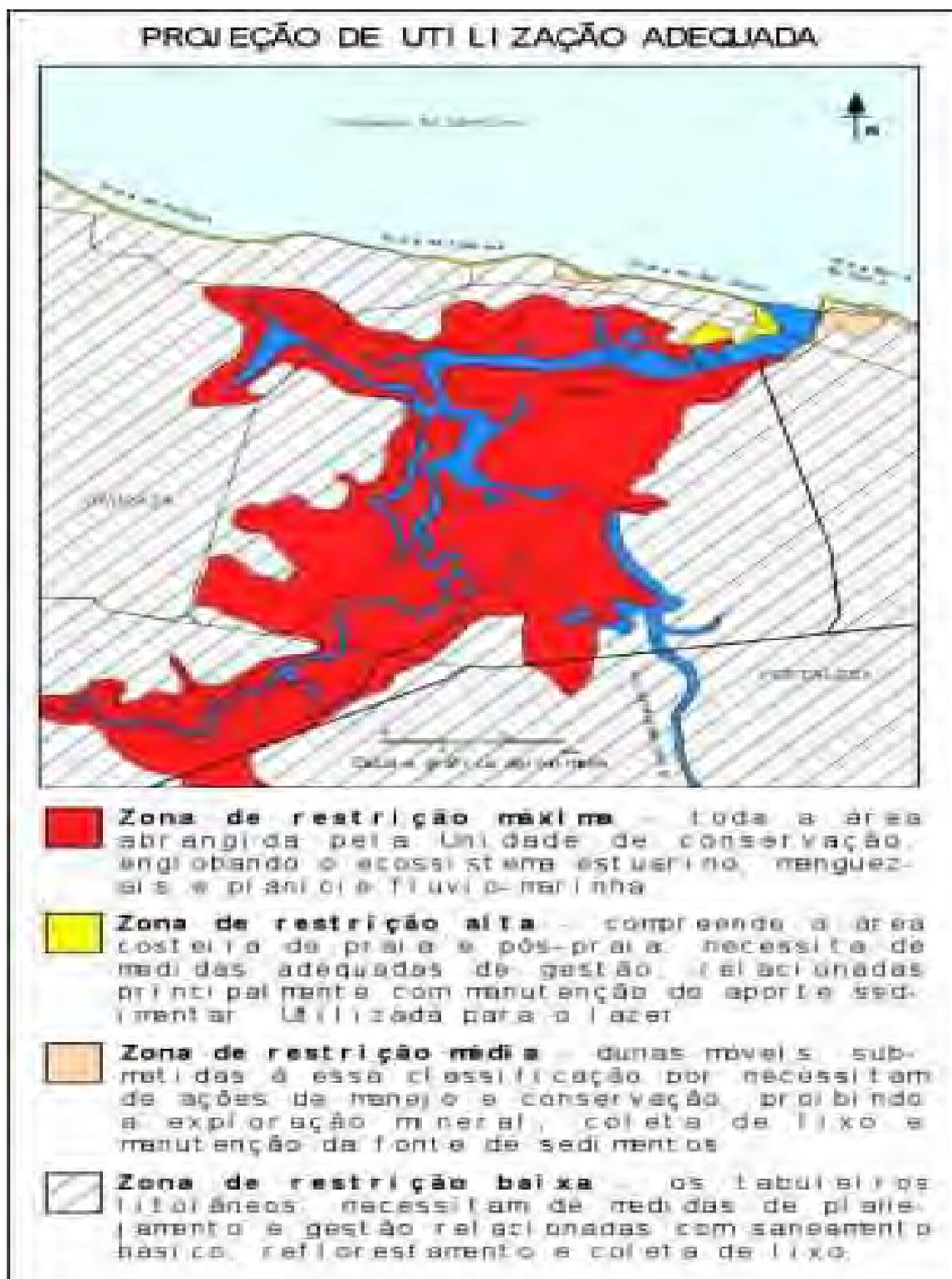


FIGURA 5.5 – Proposta de Zoneamento Ambiental para a Área de Preservação Ambiental (APA) do Estuário do Rio Ceará (MOREIRA, 2002).

5.2) O território do bairro Vila Velha

O bairro Vila Velha, área em recente processo de urbanização no município de Fortaleza, encontra-se na área definida para a Área de Proteção Ambiental (APA) do Estuário do Rio Ceará. Encontra-se localizado no extremo oeste da cidade de Fortaleza, como uma extensão do bairro Barra do Ceará e adjacente aos conjuntos habitacionais dos Bancários, Beira Rio, Polar e Nova Assunção, e à margem direita do Rio Ceará. Parte do bairro Vila Velha compreende uma vasta área da planície flúvio-marinha, recoberta por vegetação de manguezal, muito embora sua paisagem encontre-se intensamente alterada por conta da ocupação desordenada da planície de inundação do rio.

A paisagem do bairro Vila Velha é marcada pela heterogeneidade da tipologia das habitações. O bairro é formado por quatro conjuntos habitacionais populares de padrões diferenciados construídos em regime de mutirão através da parceria entre as associações de moradores, a extinta COHAB-CE e a Prefeitura de Fortaleza, com financiamento da Caixa Econômica Federal. Além disso, casas e barracos foram construídos de forma ilegal e irregular em terrenos públicos e privados em direção ao Rio Ceará, na área de manguezal (SEMACE, 2005). O bairro Vila Velha corresponde a um dos principais focos de violência e de criminalidade da capital cearense, segundo números divulgados pela Polícia Militar do Ceará recentemente e divulgados pelo jornal O POVO em sua edição eletrônica de 01 de Fevereiro de 2008, conforme segue:

“Os índices de criminalidade são proporcionais ao tamanho do bairro. Em 2006, a polícia registrou 6.710 ocorrências no Vila Velha, um crescimento de mais de 50%, quando comparado às ocorrências registradas no ano anterior (4.406, em 2005), daí o bairro ser um dos escolhidos para o lançamento do Ronda do Quarteirão”.

O processo de ocupação dos terrenos que deram origem ao bairro Vila Velha, segundo fontes da SEMACE (2005), aconteceu com a utilização da área, originalmente indígena, pelas salinas, que depois de desativadas, a partir da década de 90, deu lugar a uma intensa ocupação por parte de pessoas sem teto

provenientes de outros bairros de Fortaleza e, mesmo, de cidades do interior do estado.

O bairro Vila Velha apresenta marcantes diferenças quanto ao uso e ocupação do solo, fato este visível na qualidade das habitações, no tipo de construção e na situação da infra-estrutura e de serviços básicos. Assim, encontram-se no bairro conjuntos habitacionais populares de casas e apartamentos, autoconstruções em loteamentos periféricos e favelas em áreas de risco. Predominam, no entanto, as habitações construídas em regime de mutirão, que também apresentam diferenciações em relação aos modelos adotados pelo poder público estadual ou municipal. A maioria dos conjuntos contou com a participação efetiva da mão de obra local, que construiu as casas em regime de mutirão, sendo o material de construção fornecido pela COHAB-CE ou Prefeitura. Em alguns conjuntos, as associações de moradores participaram somente nas tarefas de administração e na fiscalização das construções (SEMACE, 2005).

Os primeiros conjuntos, os Conjuntos Vila Velha I e II foram construídos, respectivamente, nos anos de 1992 e 1993, surgindo, posteriormente, em 1996, o Conjunto Vila Velha III através do Programa Casa Melhor e em 2000 deu-se a construção do Conjunto Habitacional Vila Velha IV. Nos Conjuntos Vila Velha I e II foram construídas 537 casas, no Conjunto Vila Velha II, 275 casas e, no Conjunto Vila Velha IV, 635 casas. No Conjunto Vila Velha IV, 569 casas foram construídas por uma construtora (Execução Engenharia), sob a responsabilidade da Secretaria de Infra-Estrutura do Estado (SEINFRA), com o acompanhamento e a fiscalização das lideranças comunitárias (SEMACE, 2005).

O Conjunto Vila Velha IV, com aproximadamente 26.000 moradores, foi o último a ser construído em regime de mutirão e apresenta as melhores condições de infra-estrutura urbana. Os lotes são em média de 5m x 17m, maiores que os lotes dos outros conjuntos, e conta com ruas largas (7metros), calçamento em pedra tosca, avenidas pavimentadas e muitas casas possuem calçadas. O sistema de esgotamento sanitário foi implantado no momento da construção do conjunto, muito embora nem todos os domicílios tenham sido conectados à rede. No Conjunto Vila Velha IV, vem funcionando uma creche e uma escola de ensino

fundamental do município de Fortaleza, e um posto policial (17º Delegacia de Polícia) (SEMACE, 2005). Em 2003, o Conjunto Vila Velha IV passou por algumas reformas, recebendo calçamento em algumas ruas, além dos serviços de drenagem executados pela Prefeitura. É, portanto, esse conjunto, o que se encontra com melhor infra-estrutura urbana. Alguns de seus moradores vêm se beneficiando do Programa de Melhorias Habitacionais da Prefeitura de Fortaleza, que, através de uma parceria com as Associações Comunitárias, possibilita o acesso das famílias a material de construção para a melhoria das habitações, tais como: telhas, tijolos, cimento, tinta, etc. (SEMACE, 2005).

Entretanto, a despeito da condição privilegiada em termos de infra-estrutura urbana em relação aos outros conjuntos, é também no Vila Velha IV que se encontram grande parte das habitações situadas nas proximidades do Rio Ceará, uma área de ocupação com elevada vulnerabilidade social.

Segundo dados do IBGE, em 1991, a população residente no bairro Vila Velha era de 35.858 habitantes. Em 2000, o contingente populacional atingiu 49.458 habitantes. O valor atual situa-se superior a 60 mil habitantes, conforme dados atualizados do setor de vigilância Epidemiológica da SER I (Secretaria Executiva Regional I), conforme segue abaixo:

ANO	POPULAÇÃO RESIDENTE
1991	35.958
1996	40.333
2000	49.468
2006	61.141

TABELA 5.2: População residente no bairro Vila Velha, por ano. (Fonte: IBGE, 2000 e VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA/SER I, 2006).

Aponta-se, entretanto, que a maior parte do quantitativo populacional do bairro Vila Velha, em anos recentes, vem ocupando, principalmente, extensas áreas do Conjunto Vila Velha IV, sobretudo aquelas mais próximas à margem direita do Rio Ceará. Tal fato corresponde a um dos principais problemas captados

em nosso estudo, pois revela o conflito sócio-ambiental presente nesta área por parte da intensa e desordenada ocupação da Área de Proteção Ambiental do Estuário do Rio Ceará, por um lado, e de outro, por parte da pressão coercitiva do órgão ambiental (Superintendência Estadual do Meio Ambiente, SEMACE) do estado e do poder público. Em verdade, os relatórios do órgão ambiental do estado anunciam que a Área de Proteção Ambiental (APA) do Estuário do Rio Ceará corresponde a uma das mais degradadas áreas de preservação em nosso estado.

As casas e ruas do bairro evidenciam as condições de vida de sua população, seus baixos rendimentos e a carência de programas sociais voltados para este setor da sociedade. Contudo, os moradores organizados e os líderes comunitários vêm pressionando o poder público e lutando por melhorias para o local. Existam trinta Associações Comunitárias no bairro que, ao longo da década de noventa e anos seguintes, através de intenso trabalho de pressão junto ao poder público, conseguiram a instalação de alguns serviços básicos como energia, água encanada, rede de esgoto, coleta de lixo, drenagem e pavimentação, que vêm gerando muitas transformações no bairro, principalmente no Conjunto Vila Velha IV.

Além dos quatro conjuntos habitacionais de padrões diferenciados, o bairro conta com um expressivo número de casas e barracos construídos de forma bastante precária e irregular em terrenos inundáveis, próximos ao Rio Ceará. Esses espaços insalubres servem de moradia para as famílias de renda muito baixa. Segundo dados da Defesa Civil do município de Fortaleza para o ano de 2004, as áreas de risco mais comuns no bairro Vila Velha estão localizadas nos Conjuntos Vila Velha II, III e IV, totalizando, à época, 964 famílias que convivem com os riscos associados a inundações oriundas do Rio Ceará, sobretudo, no período chuvoso. Os dados revelam que as ocupações na área de mangue do Rio Ceará constituem sérios problemas relacionados com a saúde das famílias e a degradação ambiental. As famílias das áreas de ocupação dos Conjuntos Vila Velha III e IV, como estão localizadas em áreas mais próximas do estuário, literalmente dentro do mangue, estão expostas aos fluxos das marés. As principais

áreas de risco do bairro são as favelas Artur Borges, Buraco da Velha, Prado e Salinas. Nesta última, em razão da antiga área de salinas, muitas famílias sofrem com graves problemas de saúde (SEMACE, 2005).

Melhorias, no que se refere à infra-estrutura e serviços, ocorrem com frequência em períodos eleitorais, fato que propicia a expansão do bairro, porém, as áreas mais beneficiadas têm sido aquelas de maior mobilização social, onde as lideranças comunitárias são mais atuantes, demonstrando a importância do papel das organizações e associações do bairro.



FIGURA 5.6 – Foto aérea evidenciando a ocupação das antigas áreas de salinas em trecho da planície de inundação do Rio Ceará (Fonte: Google Earth). Escala não disponível.



FIGURA 5.7 – Foto aérea evidenciando o local de apoio para o atendimento da equipe da Estratégia de Saúde da Família do Centro de Saúde da Família João Medeiros (Fonte: Google Earth). Escala não disponível.



FOTO 5.1 – Aspectos de uma moradia no Conjunto Vila Velha IV, às margens do Rio Ceará. Fotografia realizada pelo autor em 09 de Maio de 2008.



FOTO 5.2 – Aspectos de uma moradia no Conjunto Vila Velha IV. Observar a área coberta por água correspondente às antigas salinas. Fotografia realizada pelo autor em 23 de Maio de 2008.



FOTO 5.3 – Aspectos de uma moradia no Conjunto Vila Velha IV, às margens do Rio Ceará. Fotografia realizada pelo autor em 02 de Abril de 2008.



FOTO 5.4 – Aspectos de uma moradia no Conjunto Vila Velha IV, às margens do Rio Ceará. Observar a grande quantidade de entulho utilizada pelos moradores da comunidade para aterrar o mangue. Fotografia realizada pelo autor em 21 de Maio de 2008.

Segundo a Lei de Uso e Ocupação do Solo (Lei nº 7987 de 23 de Dezembro de 1996, consolidada em Julho de 1998), o município de Fortaleza encontra-se dividido em três macro-zonas de distribuição espacial das atividades sócio-econômicas e da população, que correspondem a três regiões de planejamento das ações governamentais, a saber:

a) Macro-Zona Urbanizada: constituindo-se da área do município de Fortaleza integralmente atendida pelo abastecimento de água e parcialmente pela rede de esgotos, inclusive a projeção da expansão desses serviços, onde se verifica a maior concentração da população e das atividades urbanas com as melhores condições de infra-estrutura;

b) Macro-Zona Adensável: constituindo-se da área do município de Fortaleza atendida em parte pelo sistema de abastecimento de água, sem sistema de coleta de esgotos, onde se verifica uma tendência de expansão das atividades urbanas, possibilitando o ordenamento e o direcionamento da implantação da infra-estrutura sem prejuízo da ocupação existente;

c) Macro-Zona de Transição: constituindo-se da área do município de Fortaleza não adensada, sem infra-estrutura de água e de esgotos, com características urbanas e rurais, configurando-se como áreas de reserva para a expansão urbana.

A Macro-Zona Urbanizada está dividida em sete micro-zonas. A Macro-Zona Adensável está dividida em quatro micro-zonas e Macro-Zona de Transição não possui subdivisões.

O bairro Vila Velha pertence à Micro-Zona Urbanizada 4-2 da Macro-Zona Urbanizada e a área da comunidade do mangue do bairro Vila Velha localiza-se na Zona Especial, em uma das quatro áreas de interesse especial da Zona Urbanizada IV, correspondendo a uma “Área de Preservação”, denominada “*non aedificandi*”, onde permitir-se-ão apenas instalações relativas às atividades, que por sua natureza e porte, não comprometam a função desta área, tais como: esportes ao ar livre, excursionismo, pesca artesanal, esportes náuticos, florestamento e reflorestamento, dando-se prioridade às árvores frutíferas.

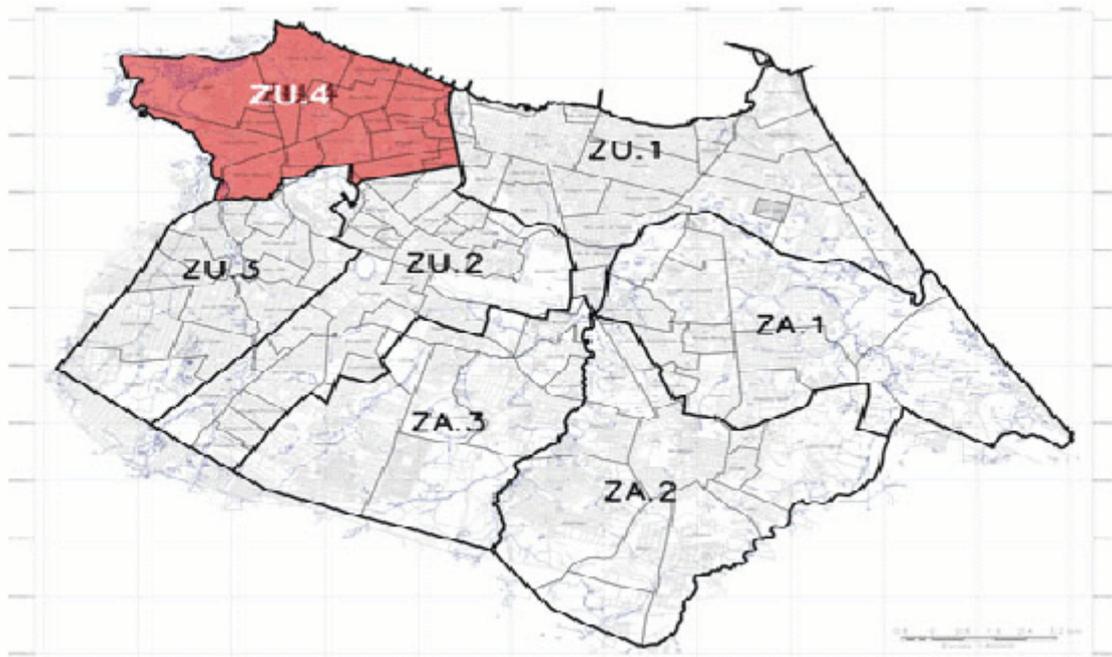


FIGURA 5.8 – Parcelamento da área do município de Fortaleza, segundo a Lei de Uso e Ocupação do Solo (Lei nº 7987 de 23 de Dezembro de 1996), evidenciando a Micro-Zona Urbanizada 4, onde está localizado o bairro Vila Velha (Fonte: Secretaria Municipal de Meio Ambiente e Controle Urbano, SEMAM, 2000). Figura disponível no sítio www.semam.fortaleza.ce.gov.br/mapas.

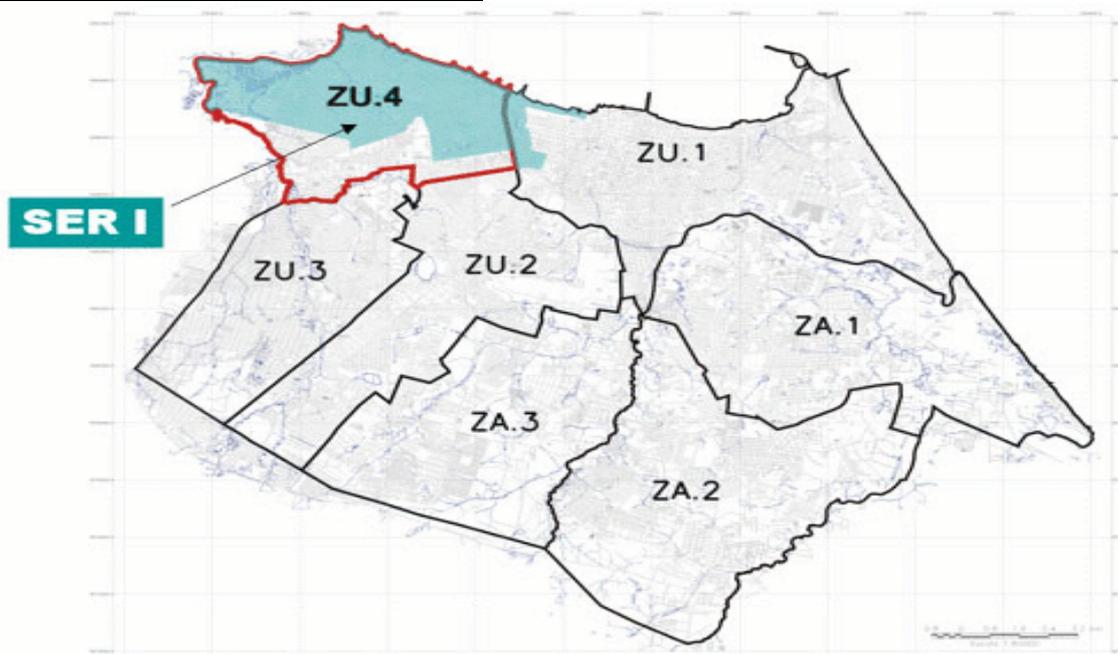


FIGURA 5.9 – Relações entre os limites da Micro-Zona Urbanizada 4 e a SER I (Secretaria Executiva Regional I) (Fonte: Secretaria Municipal de Meio Ambiente e Controle Urbano, SEMAM, 2000). Figura disponível no sítio www.semam.fortaleza.ce.gov.br/mapas.



FIGURA 5.10 - Bairros integrantes da Micro-Zona Urbanizada 4 (Fonte: Secretaria Municipal de Meio Ambiente e Controle Urbano, SEMAM, 2000). Figura disponível no sítio www.semam.fortaleza.ce.gov.br/mapas.

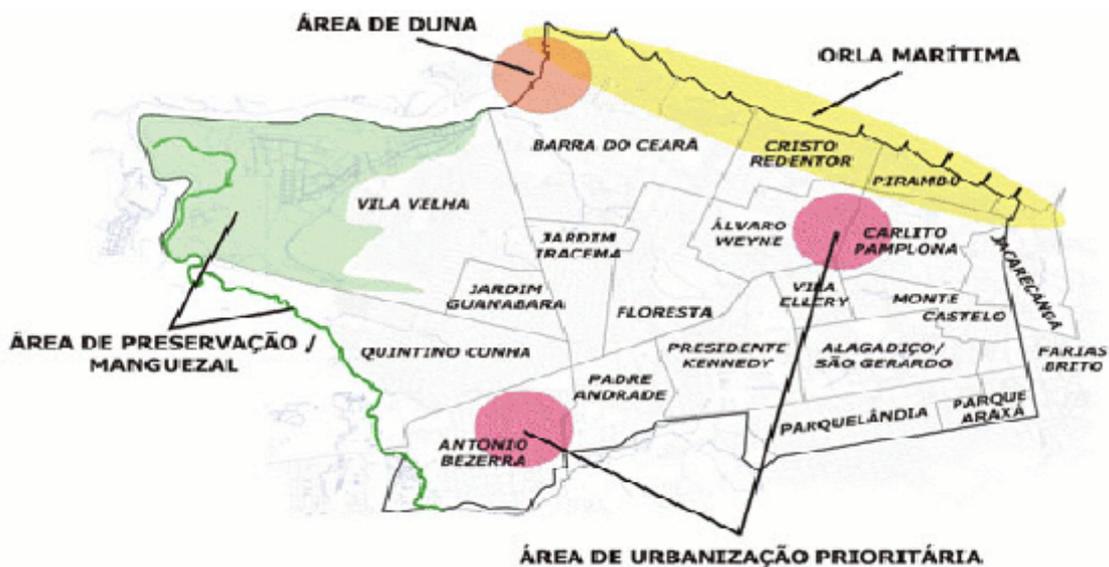


FIGURA 5.11 – Áreas Especiais da Micro-Zona Urbanizada 4. Observar a extensa área de preservação de manguezal no bairro Vila Velha (Fonte: Secretaria Municipal de Meio Ambiente e Controle Urbano, SEMAM, 2000). Figura disponível no sítio www.semam.fortaleza.ce.gov.br.

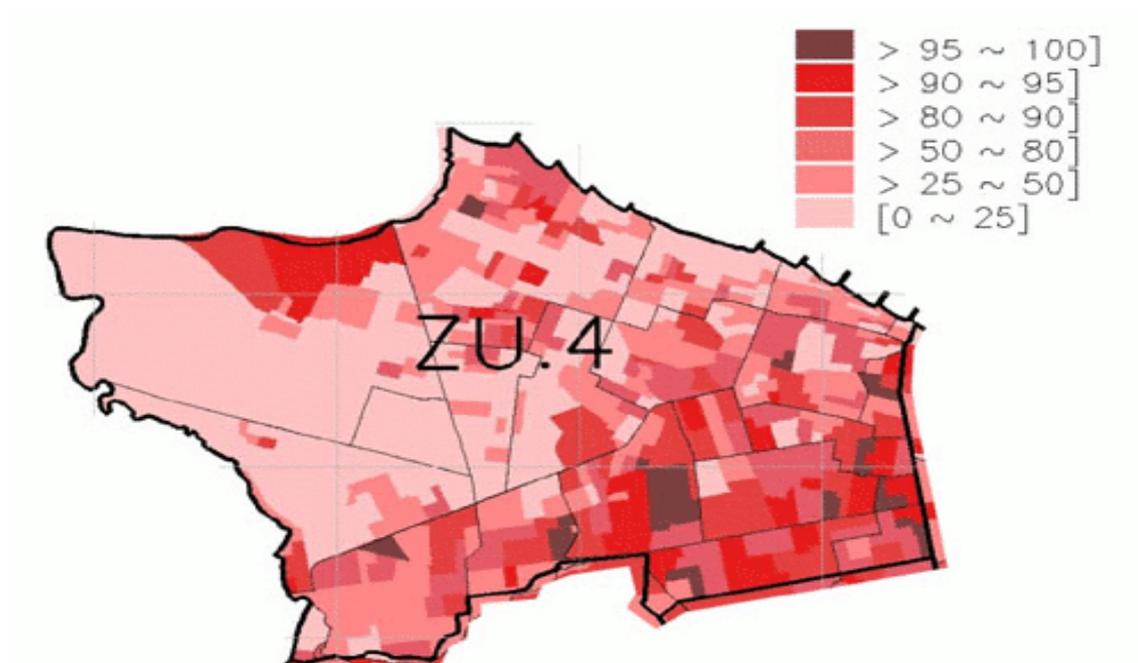


FIGURA 5.12 – Percentual de domicílios com abastecimento de água, por setor censitário, da Micro-Zona Urbanizada 4 (Fonte: Secretaria Municipal de Meio Ambiente e Controle Urbano, SEMAM, 2000). Figura disponível no sítio www.semam.fortaleza.ce.gov.br.

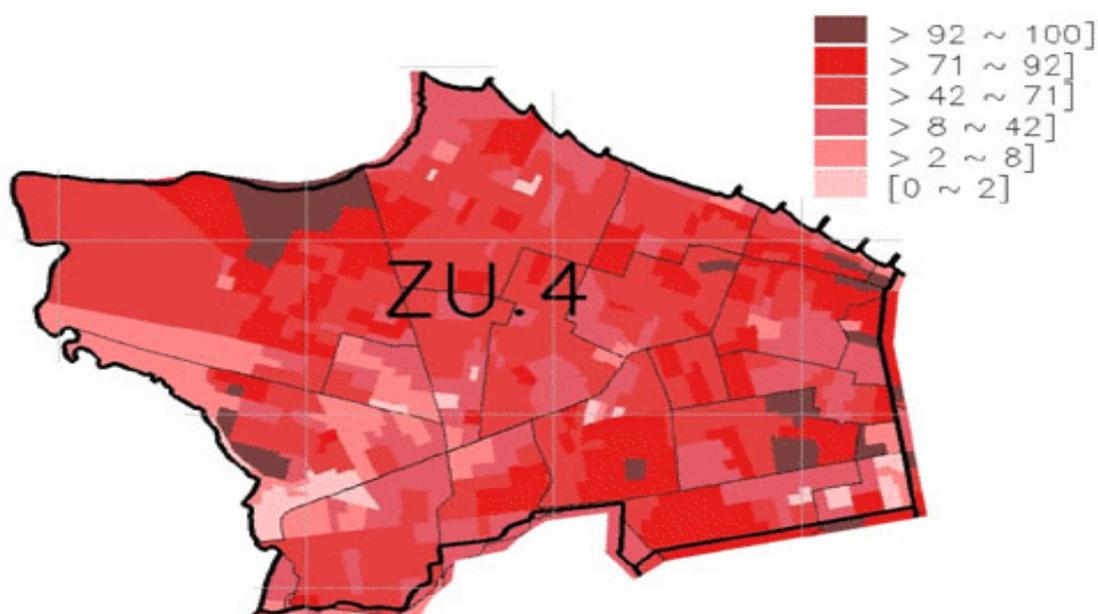


FIGURA 5.13 – Percentual de domicílios ligados à rede de esgotos, por setor censitário, da Micro-Zona Urbanizada 4 (Fonte: Secretaria Municipal de Meio Ambiente e Controle Urbano, SEMAM, 2000). Figura disponível no sítio www.semam.fortaleza.ce.gov.br.

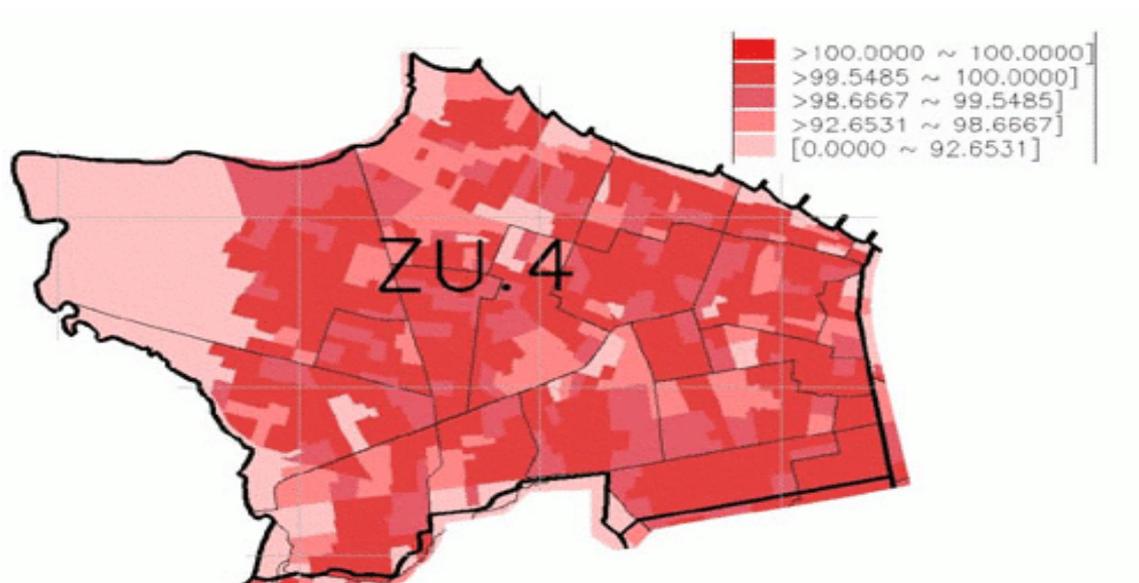


FIGURA 5.14 – Percentual de domicílios com coleta de lixo, por setor censitário, da Micro-Zona Urbanizada 4 (Fonte: Secretaria Municipal de Meio Ambiente e Controle Urbano, SEMAM, 2000). Figura disponível no sítio www.semam.fortaleza.ce.gov.br

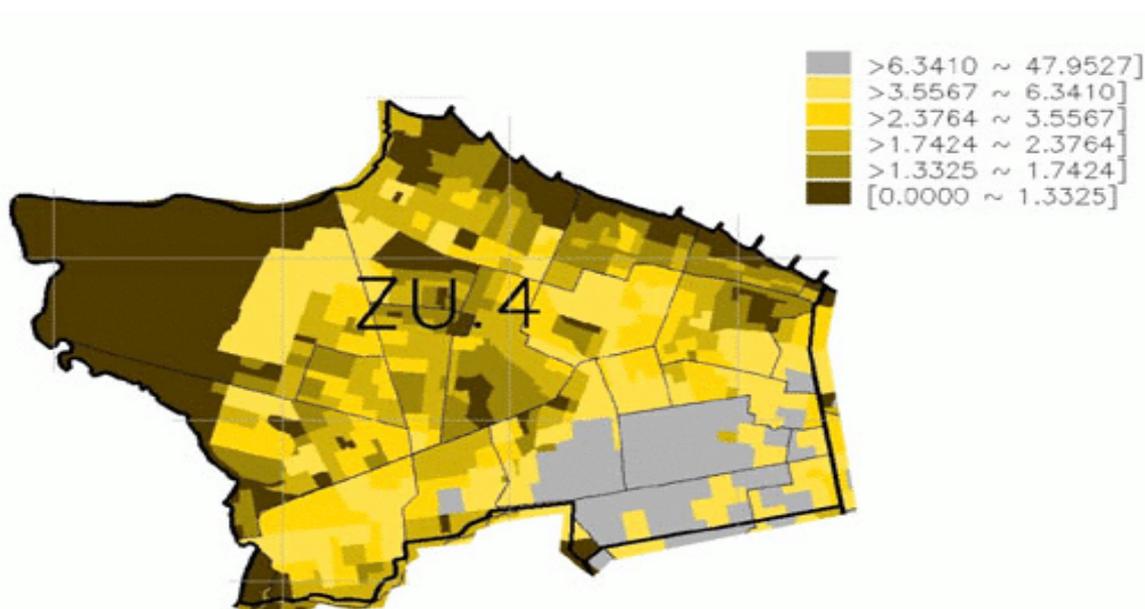


FIGURA 5.15 – Renda domiciliar média (salário mínimo), por setor censitário, da Micro-Zona Urbanizada 4 (Fonte: Secretaria Municipal de Meio Ambiente e Controle Urbano, SEMAM, 2000). Figura disponível no sítio www.semam.fortaleza.ce.gov.br

5.3) O território da comunidade do mangue do bairro Vila Velha em seus aspectos político-administrativos:

Nosso estudo toma seu lugar na denominada “comunidade do mangue do bairro Vila Velha”, também conhecida como “área verde”, segundo os profissionais da Estratégia de Saúde da Família (ESF) do Centro de Saúde João Medeiros. Segundo os dados do processo de territorialização e do “mapa das micro-áreas” da cidade de Fortaleza, a comunidade do mangue do bairro Vila Velha corresponde ao conjunto das “micro-áreas 068, 069, 070 e 071”. O bairro Vila Velha localiza-se no âmbito da Secretaria Executiva Regional I (SER I)

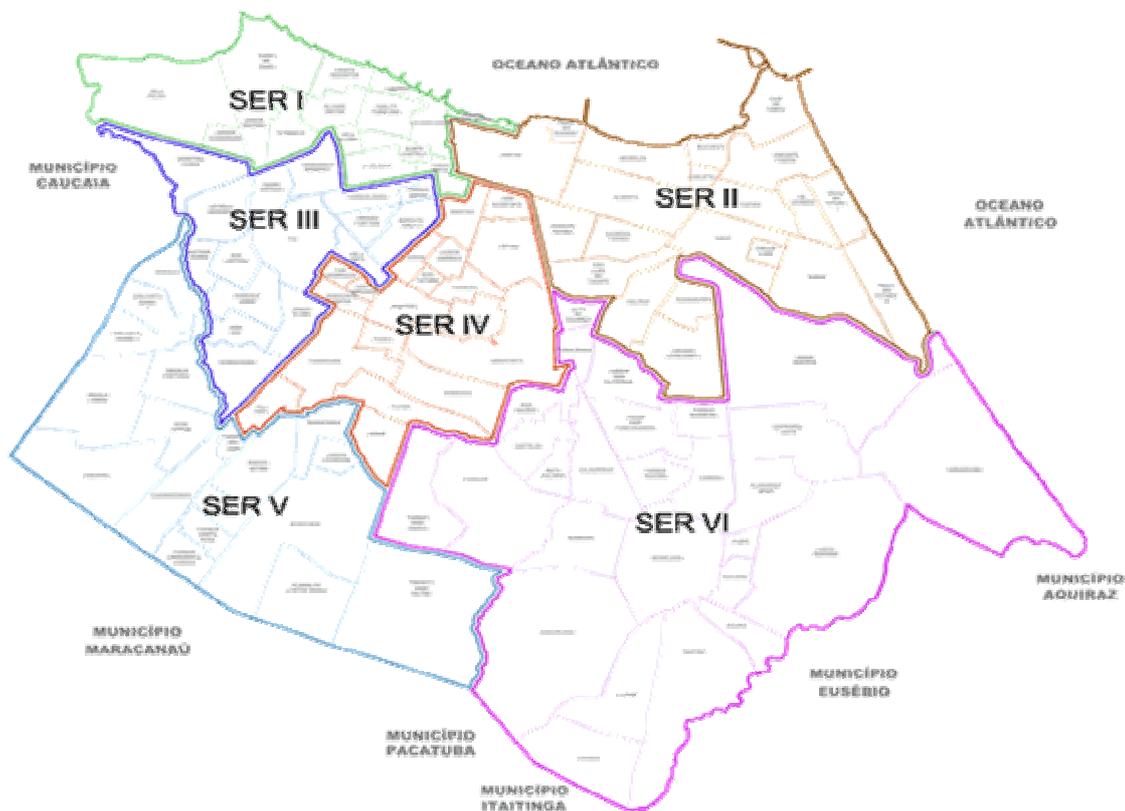


FIGURA 5.16 – Mapa das Secretarias Executivas Regionais (SER) do município de Fortaleza, elaborado pela equipe do setor de cartografia/geoprocessamento da Secretaria de Infra-Estrutura da Prefeitura Municipal de Fortaleza (SEINF/PMF, 2004). Mapa disponível no sítio www.sms.fortaleza.ce.gov.br. Escala e orientação do mapa não disponíveis.

A Secretaria Executiva Regional I (SER I) abrange uma área de 25.382 km² do território urbano da cidade de Fortaleza e localiza-se na porção oeste da capital cearense. Possui um total de 15 bairros, a saber: Alagadiço, Álvaro Weyne, Arraial Moura Brasil, Barra do Ceará, Carlito Pamplona, Cristo Redentor, Farias Brito, Floresta, Jacarecanga, Jardim Guanabara, Jardim Iracema, Monte Castelo, Pirambu, Vila Ellery e Vila Velha.

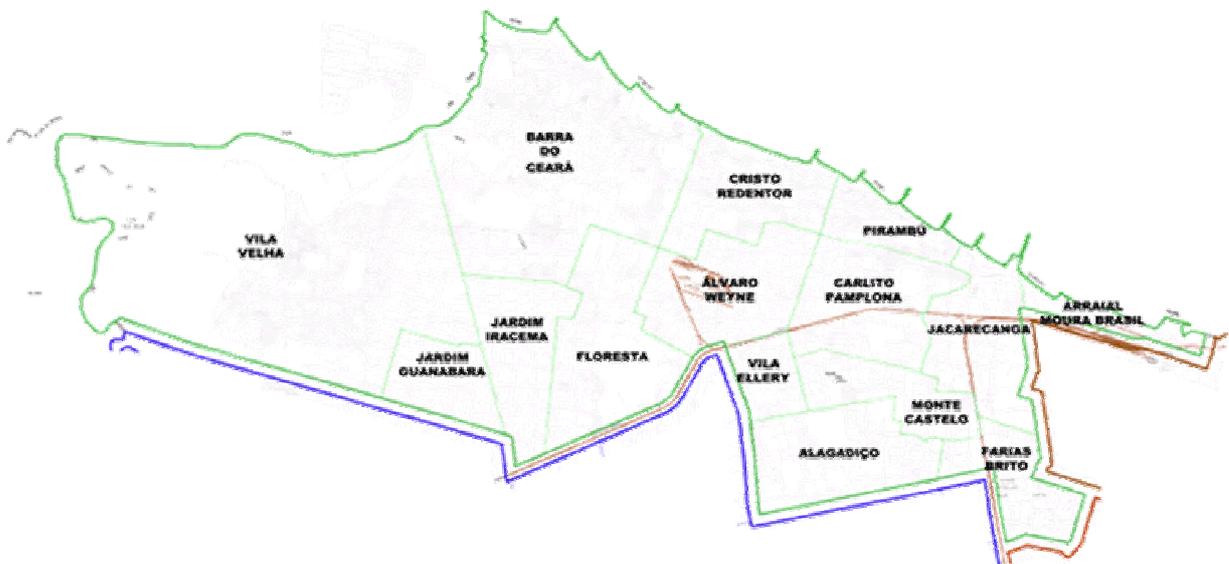


FIGURA 5.17 – Mapa da Secretaria Executiva Regional I, por bairros, elaborado pela equipe do setor de cartografia/geoprocessamento da Secretaria de Infra-Estrutura da Prefeitura Municipal de Fortaleza (SEINF/PMF, 2004). Mapa disponível no sítio www.sms.fortaleza.ce.gov.br. Escala e orientação do mapa não disponíveis.

No ano de 2006, segundo dados do setor de vigilância epidemiológica do Distrito de Saúde da Secretaria Executiva Regional I (SER I), a referida regional administrativa do município de Fortaleza contava com 383.867 habitantes, o que representava para o ano de 2006, aproximadamente 16,16% da população total da cidade de Fortaleza no referido ano (2.374.944 habitantes). Para o ano de 2006, a Secretaria Executiva Regional I (SER I) apresentava uma densidade demográfica da ordem de 15,12 habitantes/km². A população total da Secretaria Executiva Regional I (SER I) experimentou um acréscimo numérico de mais de 50.000 habitantes no período de 1999 a 2006 e este expressivo

contingente populacional tendeu a concentrar-se, principalmente, nas áreas da Área de Proteção Ambiental (APA) do Estuário do Rio Ceará, no extremo oeste da cidade de Fortaleza, representada pelos bairros Vila Velha e Barra do Ceará (VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA/SER I, 2006).

ANO	POPULAÇÃO TOTAL DA SER I
1999	333.202
2000	340.134
2001	346.834
2002	352.592
2003	358.374
2004	363.160
2005	377.229
2006	383.867

TABELA 5.3 – Evolução do quantitativo populacional absoluto da Secretaria Executiva Regional I (SER I), 1999 a 2006 (Fonte: VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA/SER I, 2006).

BAIRRO	POPULAÇÃO TOTAL
Alagadiço	15.117
Álvaro Weyne	25.113
Arraial Moura Brasil	5.738
Barra do Ceará	73.317
Carlito Pamplona	26.383
Cristo Redentor	30.914
Farias Brito	13.634
Floresta	30.034
Jacarecanga	15.600
Jardim Guanabara	16.489
Jardim Iracema	23.913
Monte Castelo	14.752
Pirambu	22.453
Vila Ellery	9.269
Vila Velha	61.141

TABELA 5.4 – Quantitativo populacional absoluto, por bairros, da Secretaria Executiva Regional I (SER I), no ano de 2006 (Fonte: VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA/SER I, 2006).

O Centro de Saúde da Família (CSF) João Medeiros corresponde a uma das onze Unidades Básicas de Saúde (UBS) da Secretaria Executiva

Regional I (SER I) e presta atendimento ao bairro Vila Velha, incluindo a comunidade do mangue da Vila Velha. O bairro Vila Velha é dividido em 71 (setenta e um) micro-áreas para assistência à saúde pelo PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde) e pela ESF (Estratégia de Saúde da Família). Assim como para o restante do município de Fortaleza, as micro-áreas são categorizadas com um “gradiente de risco” que varia de 1 a 4. Esta classificação prestou-se, inclusive, como critério racionalizador para a alocação das equipes de saúde da família após o concurso realizado em 2005/2006 e a partir do qual se passou de uma cobertura de aproximadamente 16% do território urbano do município de Fortaleza para pouco mais de 40% de cobertura pela Estratégia de Saúde da Família. No âmbito da Secretaria Executiva Regional I (SER I), o número de equipes de saúde da família passou de 16 para 39 após a realização do referido concurso (VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA/SER I, 2006).

Em 2002, a Lei Federal nº 10.257 regulamentou a profissão de Agente Comunitário de Saúde (ACS). A profissão caracteriza-se, segundo esta lei, pela “atividade de prevenção de doenças e promoção da saúde, mediante ações domiciliares e comunitárias, individuais e coletivas, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do SUS e sob a supervisão do gestor local deste”. Neste contexto, uma das principais características da profissão de agente comunitário de saúde é a delimitação da sua área de atuação, a chamada “atuação em um território determinado pelo processo de territorialização”, onde o território deve contar com aproximadamente 700 habitantes e onde, inclusive, deva ser o lugar de residência do agente comunitário de saúde. Este território de atuação do agente comunitário de saúde corresponde às micro-áreas, onde em cada micro-área atuará um único ACS. Entretanto, um único agente comunitário de saúde pode atuar em mais de uma micro-área.

Para Fortaleza, determinou-se o quantitativo de habitantes por micro-áreas de acordo com a classificação de risco para cada uma das quadras da cidade. Segundo o Relatório de Gestão da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza (2005, p.64), a categorização de risco das micro-áreas foi realizada da seguinte forma:

Risco 1 – Quadras já catalogadas pela Defesa Civil sob o nome popular de “áreas de risco”. Ficam em locais impróprios para habitação: leitos de rios, áreas que sofrem alagamentos e enchentes, deslizamento de terra, soterramento por dunas, enfim, estão ligadas a riscos ambientais. Além, disso, estas áreas abrigam os considerados “mais pobres” da cidade, que vivem em condições subumanas e são excluídos do sistema de saúde e de outras políticas públicas. Por conta destas últimas características, optou-se por incluir também as comunidades que se enquadram nestas condições, embora não sofram, necessariamente, problemas ambientais. O número de habitantes por micro-área é de 500 pessoas.

Risco 2 – Quadras próximas daquelas de Risco 1, famílias de comunidades nitidamente pobres, favelas com problemas de saneamento, ocupações desordenadas, conjuntos habitacionais para a população de baixa renda (mutirões), áreas pobres com graves problemas de violência urbana. Estas micro-áreas possuem 700 moradores cada uma.

Risco 3 – Quadras mais distantes do Risco 1, famílias de comunidades nitidamente de classe média, condomínios de classe média baixa, loteamentos estabelecidos há muito tempo, áreas com saneamento e situação sócio-econômica regular. As micro-áreas possuem neste risco 1000 pessoas cada uma.

Risco 4 – Áreas consideradas nobres da cidade, condomínios de luxo e de classe média alta, áreas de mansões conjugadas, fábricas gigantescas, áreas comerciais puras, lagoas e áreas verdes sem habitantes, quadras sem populações. Para estas micro-áreas, não está prevista, em curto prazo, a atuação de agentes comunitários de saúde.

Neste cenário, os bairros que compõem a Secretaria Executiva Regional I (SER I) estão divididos como segue (VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA/SER I, 2006):

População - 383.867	Micro-áreas - 444
Micro-área com risco 1 – 33.919 (8,8%)	Risco 1 – 38 (9%)
Micro-área com risco 2 – 155.810 (41%)	Risco 2 – 215 (48%)
Micro-área com risco 3 – 194.138 (50,2%)	Risco 3 – 191 (43%)
Micro-área com risco 4 – 0 (0%)	Risco 4 – 0 (0%)

No caso específico do bairro Vila Velha, área de responsabilidade sanitária do Centro de Saúde da Família (CSF) João Medeiros, tem-se que as 71

(setenta e um) micro-áreas que compõem o bairro, estão assim categorizadas (VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA/SER I, 2006):

População – 61.141	Micro-áreas - 71
Micro-área com risco 1 – 2030 (3,3%)	Risco 1 – 4 (0,6%)
Micro-área com risco 2 – 43.476 (71,1%)	Risco 2 – 37 (52,1%)
Micro-área com risco 3 – 15.635 (25,6%)	Risco 3 – 30 (47,3%)
Micro-área com risco 4 – 0	Risco 4 – 0 (0%)

No caso do presente estudo, tem-se que a comunidade do mangue da Vila Velha corresponde ao conjunto das micro-áreas de risco 1 (068, 069, 070 e 071), e está assim dividida (VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA/SER I, 2006):

População – 2030
Micro-área 068 – 553 (27,2%)
Micro-área 069 – 690 (34%)
Micro-área 070 – 455 (22,4%)
Micro-área 071 – 332 (16,4%)

Cumprе lembrar, aqui, que o número total de habitantes nas micro-áreas de risco 1 (comunidade do mangue do bairro Vila Velha) colhidos no setor de vigilância epidemiológica da Secretaria Executiva Regional I (SER I) divergem sobremaneira dos relatos dos moradores da comunidade, que afirmam que este montante já teria atingido a impressionante cifra de mais de cinco mil moradores para uns, e quase oito mil moradores para outros, conforme dados das entrevistas semi-estruturadas com os moradores da comunidade.

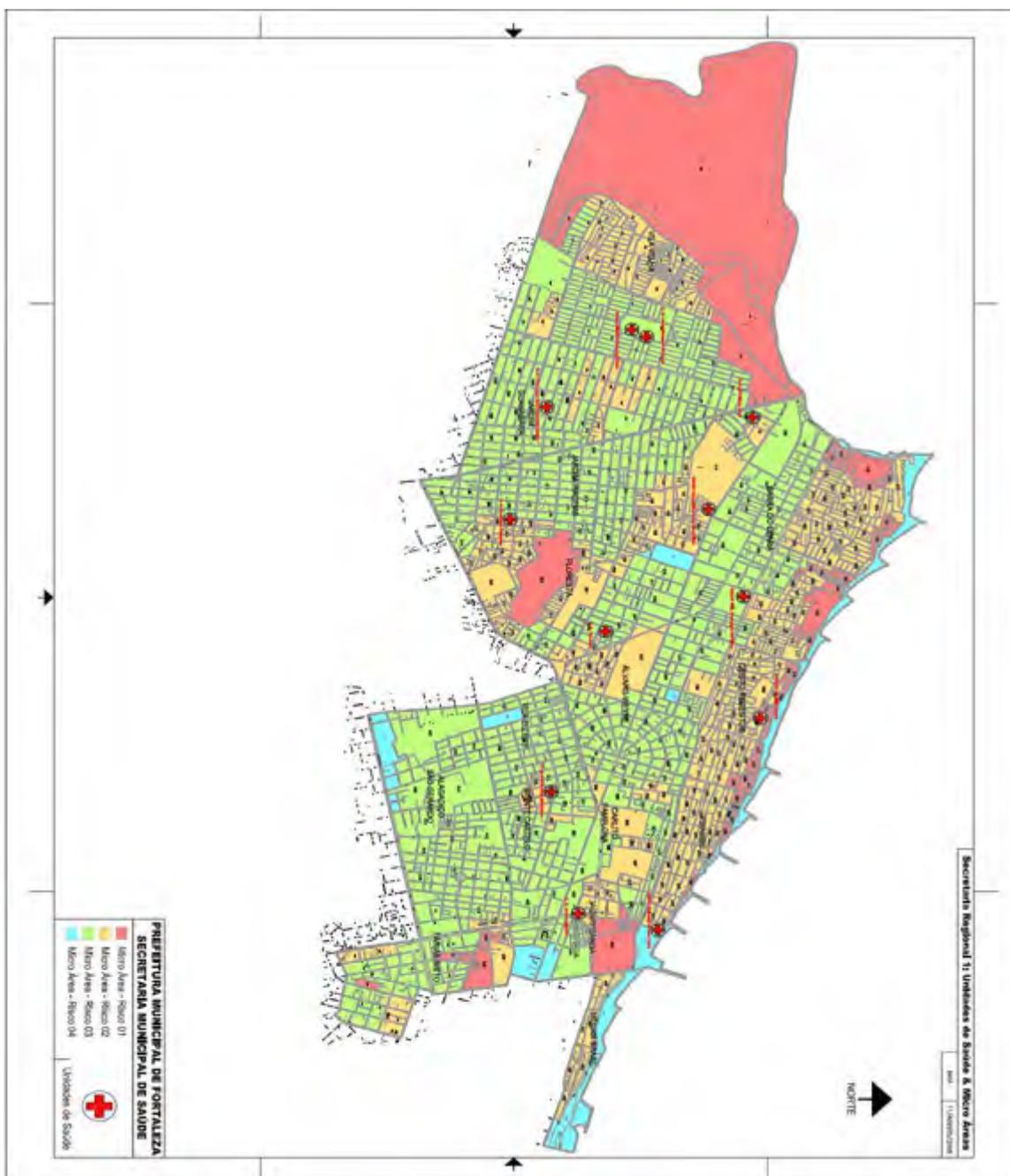


FIGURA 5.18 – Mapa da Secretaria Executiva Regional I (SER I), segundo classificação de risco por micro-áreas, elaborado pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS/PMF, 2006). Escala não disponível.



FIGURA 5.19 – Mapa do bairro Vila Velha, por micro-áreas, elaborado pela equipe do setor de cartografia/geoprocessamento da Secretaria de Infra-Estrutura da Prefeitura Municipal de Fortaleza (SEINF/PMF, 2004). Mapa disponível no site www.sms.fortaleza.ce.gov.br. Escala do mapa não disponível.



FIGURA 5.20 – Foto aérea evidenciando a Área de Proteção Ambiental (APA) do Estuário do Rio Ceará no limite dos municípios de Fortaleza e Caucaia (Fonte: Google Earth, 2008). Escala não disponível.



FIGURA 5.21 – Foto aérea evidenciando os limites do bairro Vila Velha, no extremo oeste do município de Fortaleza, e suas relações espaciais com a Área de Proteção Ambiental (APA) do Estuário do Rio Ceará (Fonte: Google Earth, 2008). Escala não disponível.



FIGURA 5.22 – Foto aérea evidenciando os limites do conjunto das micro-áreas de risco 1, correspondente à comunidade do mangue do bairro Vila Velha, e suas relações espaciais com a Área de Proteção Ambiental (APA) do Estuário do Rio Ceará (Fonte: Google Earth, 2008). Escala não disponível.

CAPÍTULO 6 – DISCUSSÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Em nosso estudo, após intenso trabalho de leitura e análise do conjunto das informações levantadas a partir das entrevistas com os informantes-chave (moradores da comunidade do mangue do bairro Vila Velha) e com os profissionais do Programa de Saúde da Família (PSF) do Centro de Saúde da Família João Medeiros, bem como a partir da leitura de aprofundamento da pesquisa bibliográfica que nos serviu de suporte para a apreensão do contexto geral do estudo, optamos pela realização da análise das narrativas através da divisão em categorias que emergiram dos discursos dos mesmos. Em assim sendo, após as gravações e as transcrições do conjunto das entrevistas e, ainda, após a leitura das falas, realizamos as primeiras anotações acerca das impressões iniciais para, em seguida, proceder à categorização das mesmas tendo nosso roteiro de entrevistas semi-estruturadas como guia para a sistematização das informações. Este procedimento permitiu-nos ampliar a compreensão sobre o universo dos entrevistados.

A construção da análise no âmbito da pesquisa qualitativa associa-se a uma afirmação com relação a um assunto determinado, entretanto, podendo compreender uma série de relações de significação com coerência interna. BARDIN (1979) *apud* MINAYO (2006) defende que “a categoria de análise é a unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado segundo critérios relativos à teoria que serve de guia à leitura” (p.315).

Ainda, conforme a autora (MINAYO, 2006):

“Fazer uma análise por categorias de significados consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objeto analítico analisado (...) para uma análise de significados, a presença de determinadas categorias denota estruturas de relevância, valores de referência e modelos de comportamento presentes ou subjacentes no discurso.” (p. 316)

Cumpra-nos, aqui, destacar que a análise de resultados em pesquisa qualitativa baseada na categorização em unidades de significado encontra suas origens a partir da tradição da análise de conteúdo assentada na contagem da frequência das unidades de significação. Entretanto, não foi esta – a análise de conteúdo – nossa opção para o tratamento dos dados colhidos, pois não objetivamos fazer a enumeração explícita e quantitativa das unidades de análise, mas sim a descrição e análise livre das falas dos nossos entrevistados. Assim, nosso roteiro de entrevistas semi-estruturadas serviu-nos como um primeiro instrumento de categorização das referidas falas.

Sobre a análise de conteúdo, BERELSON (1952) *apud* MINAYO (2006, p.304) enuncia que esta corresponde a “uma técnica de pesquisa para descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto das comunicações e tendo por fim interpretá-los”, definição esta ligada à linguagem da sociologia positivista. Segue a autora MINAYO (2006, p.304), “a análise de conteúdo, como técnica de tratamento de dados, possui a mesma lógica das metodologias quantitativas, uma vez que busca a interpretação cifrada do material de caráter qualitativo”. Entretanto, conforme nos fala MINAYO (2006, p.305), “historicamente, a análise de conteúdo clássica tem oscilado entre o rigor da suposta objetividade dos números e a fecundidade da subjetividade”.

Desta forma, foi buscando esta “fecundidade da subjetividade” que realizamos o percurso analítico de nossa pesquisa, sempre atentando para o surgimento de novos elementos que não somente aqueles previamente enunciados em nosso roteiro de entrevistas semi-estruturadas. Assim, advoga MINAYO (2006):

“Os pesquisadores que buscam a compreensão dos significados no contexto das falas, em geral, negam e criticam a análise de frequência das falas e palavras como critério de objetividade e cientificidade e tentam ultrapassar o alcance meramente descritivo da mensagem, para atingir, mediante a inferência, uma interpretação mais profunda” (p.307)

6.1) A categorização das falas

Seguindo-se à realização das entrevistas semi-estruturadas de nosso estudo, realizamos a transcrição e a leitura das narrativas para posterior análise das mesmas, onde, neste momento, elegemos as categorias que seguem, a saber:

a) Para os informantes-chave da comunidade do mangue do bairro Vila Velha:

- Condições de vida e de moradia na comunidade do mangue do bairro Vila Velha;

- Condições de saúde na comunidade do mangue do bairro Vila Velha;

- Moradia em Área de Preservação Ambiental (APA) do Estuário do Rio Ceará.

b) Para os profissionais do Programa de Saúde da Família (PSF) do Centro de Saúde da Família João Medeiros que prestam assistência à saúde na comunidade do mangue do bairro Vila Velha:

- Condições de vida e de moradia na comunidade do mangue do bairro Vila Velha;

- Condições de saúde na comunidade do mangue do bairro Vila Velha;

- Reconhecimento do território e os processos de territorialização em saúde no Programa de Saúde da Família (PSF);

- Políticas públicas de saúde e ambiente.

6.1.1) Para os informantes-chave da comunidade do mangue do bairro Vila Velha:

Em respeito ao sigilo das informações, procedemos à identificação dos informantes-chave moradores da comunidade do mangue do bairro Vila Velha através da utilização de pseudônimos, representados por nomes pessoais bastante comuns no nosso cotidiano. Assim, por ocasião da realização das entrevistas, nomeamos o primeiro morador entrevistado como M1 para, em seguida, chamá-lo de José. O segundo morador entrevistado como M2, e depois, Maria. O terceiro morador entrevistado como M3, e após, Ana. Por fim, o quarto morador entrevistado de M4, e depois, João.

6.1.1.1) Condições de vida e de moradia na comunidade do mangue do bairro Vila Velha:

A partir da análise das entrevistas dos moradores, constatamos que os mesmos atentaram para as condições de (in) salubridade do entorno de suas moradias, inclusive enumerando algumas características da comunidade do mangue do bairro Vila Velha que poderiam impactar sobre a qualidade de vida dos moradores, principalmente relacionadas à exposição das crianças da comunidade. Destacamos, aqui, a possibilidade da ocorrência de um “viés” nos depoimentos dos entrevistados para esta categoria de análise (e para as outras) em virtude de nossa inserção profissional na comunidade como preceptor da residência médica em Medicina de Família e Comunidade e, portanto, ser conhecido pelos moradores, que também são nossos pacientes. Assim, assinalamos certa recorrência dos entrevistados em dirigirem-se a mim como “doutor”. Este tratamento de “doutor”, certamente, implica em um distanciamento, mas ao mesmo tempo revela a possibilidade de uma aproximação ou de uma abertura ao diálogo, posto que sou por eles conhecido. No entanto, não podemos deixar de mencionar que há um evidente reforço negativo das características do lugar no depoimento dos entrevistados, algo

próximo a um desabafo, ou coisa parecida. Mas, em verdade, o local da pesquisa é de uma “riqueza” e singularidade ímpar no contexto urbano da cidade de Fortaleza, bem como pleno de possibilidades e potencialidades.

Em uma primeira aproximação a esta categoria de análise, devemos destacar que o desenvolvimento do contexto de vulnerabilidade social a que está submetida grande quantidade das populações urbanas das periferias nas grandes cidades brasileiras encontra-se relacionado às condições originadas a partir do grande crescimento e adensamento populacional nas áreas urbanas, tendência esta verificada tanto em escala global, quanto em escala regional e local. CEPAL (2000) *apud* COHEN *et al.* (2004), apontam com relação a este fenômeno no Brasil:

“Hoje, a população urbana no Brasil chega a 80% da população total, sendo que 50% vivem em áreas de favela. Os 10% mais ricos no Brasil têm renda 22 vezes maior que 40% dos mais pobres. Entretanto, se compararmos o Brasil com a América Latina, esta cifra é 19 vezes maior, o que comprova que em relação à América Latina, o Brasil apresenta maiores contrastes, onde 80% dos mais ricos possuem saneamento básico, enquanto 32% dos 40% mais pobres não têm esse benefício.” (p.808)

Esta passagem anuncia não somente o intenso processo de aglomeração populacional urbana no Brasil, mas aponta, ainda, para a impressionante concentração da renda nacional em diminuto percentual da população. A maneira progressiva e acelerada na qual vem ocorrendo a urbanização brasileira, faz com que os aglomerados urbanos aumentem de maneira desordenada, com infra-estrutura física, condições de habitação e serviços urbanos extremamente precarizados, favorecendo o aprofundamento e a agudização dos problemas ambientais urbanos, onde precisamente nestes locais, avolumam-se as piores condições de vida. É, destarte, crescentemente percebido pela sociedade um cenário urbano marcadamente ameaçado e diretamente afetado pelos riscos e problemas ambientais (RAMALHO, 1999).

O significativo processo de crescimento da população brasileira e a grande concentração desta nos sítios urbanos foram assim enunciados por TASCHNER (1992) *apud* RAMALHO (1999), ainda no início da década de noventa:

“No Brasil, este aspecto se torna muito presente uma vez que, o grau de urbanização da população brasileira, acompanhado pelo crescimento da pobreza, já ultrapassou a casa dos 75%. As projeções populacionais apontam que, até o ano 2000, a população brasileira vivendo nas áreas urbanas deverá ser de 136 milhões, o que representará 80% do total populacional.” (p.16)

O que, em geral, identificamos em nossas leituras foram as análises relativas ao grande poder de atração (e mesmo de fascínio) exercido pela dinâmica urbana das cidades sobre as populações do campo, carentes dos serviços essenciais e de políticas públicas que lhes ofereçam a possibilidade de permanecer em seus locais de origem. Ademais, a força da ideologia do desenvolvimento e da industrialização das cidades, aliada às expectativas da possibilidade de um emprego, sobretudo por parte dos jovens das zonas rurais, impulsionou sobremaneira a afluxo de pessoas para os centros urbanos.

Prosegue a autora (RAMALHO,1999):

“Atualmente, cerca de 75 milhões de pessoas que vivem no Brasil urbano não dispõem de esgotamento sanitário, 20 milhões não contam com água encanada e somente 60 milhões dispõem de coleta de lixo (...) pela primeira vez, a taxa de crescimento da população rural nordestina foi negativa, com perda de mais de 550 mil pessoas. Um vasto contingente de migrantes pobres rurais tem se dirigido para os centros urbanos e sem condições de adquirir uma moradia, vão residir em assentamentos clandestinos, sem qualquer tipo de infra-estrutura, expondo-se a todos os tipos de riscos, exacerbando ainda mais o crescimento da pobreza, a degradação ambiental e a vulnerabilidade urbana. É o problema do campo refletido na cidade.” (p.17)

Com relação à cidade de Fortaleza, autores ligados à temática urbana, revelam que o processo de formação de assentamentos informais na capital cearense vem se dando, ao longo das últimas décadas, nos espaços da cidade caracterizados como *naturais* (como dunas e próximos aos rios urbanos), espaços estes historicamente não valorizados pela especulação imobiliária urbana, mas que hoje apresentam uma demanda recente de valorização “dos ecossistemas naturais urbanos”. Na disputa por local de moradia dentro do contexto da cidade de Fortaleza, os grupos populacionais desfavorecidos economicamente ocuparam muitas áreas de acentuado valor

ambiental antes destes espaços serem convertidos em alvo da cobiça do mercado imobiliário formal, qual seja, antes destes espaços serem providos de infra-estrutura urbana básica (FREITAS, sem data).

No caso do Ceará, em especial, apontamos a ocorrência das secas que expulsaram milhares de sertanejos em direção à expectativa de dias melhores na capital, mas também assinalamos a “indústria da seca” ou a ausência de políticas efetivas na manutenção das pessoas em seus torrões de origem. Assinalamos, a título de exemplo, que somente a Secretaria Executiva Regional I (SER I), a menor região administrativa da capital cearense, concentra um número superior a trezentos e oitenta mil pessoas, o que a torna maior, em termos quantitativos populacionais, maior do que qualquer município do interior cearense. E, mesmo no âmbito do bairro Vila Velha, este possui um contingente populacional da ordem de mais de sessenta mil pessoas, o que transforma este bairro de Fortaleza em maior do que a maioria dos municípios do Ceará em termos de quantidade de pessoas.

Assim, ao nos debruçarmos sobre a produção histórica do meio ambiente urbano de Fortaleza, aquelas áreas que anteriormente eram consideradas como um obstáculo ao crescimento da cidade ou como áreas de difícil ocupação, hoje são habitadas por um contingente populacional significativo. O parcelamento e a ocupação das margens dos rios da capital se deram como assinala FREITAS (sem data) “as ruas são locadas nas áreas mais altas, enquanto os baixios e os cursos d’água se transformam em terra sem dono, que abriga lixo, atividades ilícitas como o tráfico de drogas e, muitas vezes, famílias desabrigadas”. Esta descrição contundente, mas verdadeira, da ocupação das margens dos rios da cidade de Fortaleza, se assemelha àquela captada nas narrativas dos nossos entrevistados. Em verdade, a construção dos conjuntos habitacionais que compõem o bairro Vila Velha, no extremo oeste da capital cearense, deu-se a partir de um processo de barganha política das associações comunitárias locais com o poder político local no início dos anos noventa (SEMACE, 2005).

Cumpre-nos, aqui, destacar o rico acervo bibliográfico e eletrônico acerca da área que estudamos em nossa pesquisa e que tivemos acesso por ocasião de visita à Superintendência Estadual do Meio Ambiente do Ceará (SEMACE), bem como o acesso possibilitado pelo Prof. Dr. Jeovah

Meireles do Departamento de Geografia da Universidade Federal do Ceará (UFC) ao levantamento de informações oriundas de estudos de graduação e de pós-graduação do referido departamento sobre os impactos ambientais na região do Estuário do Rio Ceará, em sua relação com a expansão urbana da cidade de Fortaleza, sobretudo ao crescimento e intensa urbanização do bairro Vila Velha, onde se localiza a comunidade que evidenciamos em nossa pesquisa.

“Aqui é ruim demais, porque tudo por aqui é mais difícil (...) a gente vive com medo (...) se eu pudesse não morava mais aqui, no meio dessa ruma de água suja e lixo.” (JOÃO)

Nesta curta narrativa, o entrevistado JOÃO demonstra sua insatisfação com o local onde vive e mora, seja pela referência direta e afirmativa com relação ao “medo” da violência urbana, da ameaça constante de problemas relacionados à delinqüência de adolescentes, seja pela referência às baixas condições da qualidade urbana na comunidade do mangue do bairro Vila Velha, como explicitado nas expressões “água suja” e “lixo”, como que anunciando repulsa e vergonha de ali residir e cuidar de sua família. O mesmo anuncia, ainda, no tempo verbal do condicional, que, “se pudesse”, ali não mais moraria e revela, assim, sua provável insuficiência de recursos que lhe possibilite viver em um outro local, ou bairro, mais salubre e com melhores condições de infra-estrutura urbana. Ou, ainda, como “se fosse” a porção do solo urbano que lhe coube.

“Eu tenho mais pena é das crianças, porque os pais não podem ir para outro lugar (...) não tem emprego que preste, não tem estudo, como é que muda isso daqui ? (...) na verdade, a comunidade sofre muito aqui (...) a comunidade sofre por causa da questão das moradias que são muito precárias, tem umas que nem reboco tem, sofre por causa do ambiente que é muito ruim (...) ninguém tem ajuda de ninguém aqui, a não ser de nós mesmos (...) a turma aqui também não colabora muito não, pois jogam tudo que é porcaria no meio do nada, no meio da rua, do lado de fora das casas, dentro d’água, o senhor tem que ver (...) depois não pode nem reclamar que adocece, não é...?” (MARIA)

Neste trecho da entrevista de MARIA, a mesma aponta para a condição de insalubridade do ambiente em que vive e anuncia este ambiente como gerador do sentimento de compaixão pelas crianças que nessas condições vivem e são criadas, em geral, filhos e filhas de pais sem renda fixa ou ocupação definida, e vaticina a questão da falta de emprego e da falta de estudo como o principal problema de sua comunidade. A eloquência de suas palavras atesta de forma dramática a exclusão social, ou a inclusão precária segundo COUTO (sem data), a que são submetidos, pela “falta de ajuda”, a não ser deles próprios, como se o entrevistado esboçasse algo relacionado a uma “rede de solidariedade” e aponta, ainda, as baixas condições de habitabilidade de suas moradias. Seguindo seu raciocínio, MARIA faz uma relação entre o acúmulo de lixo, de “porcaria” e a saúde das pessoas.

Sobre o problema das moradias nos grandes centros urbanos brasileiros, COUTO (sem data) afirma:

“A questão da habitação no Brasil está no centro dos nossos problemas urbanos, em razão da exclusão de grande parte da população do mercado imobiliário formal, a ‘solução’ para esse déficit habitacional tem sido a inclusão marginal na cidade, prevalecendo uma lógica perversa que é produtora da maior parte dos problemas urbanos. Quem não está inserido no mercado imobiliário formal, somente tem acesso à moradia à margem da cidade.” (p.6)

HAESBAERT (2006) nos traz a noção dos “aglomerados de exclusão” e a dificuldade de localização destes no espaço urbano:

“Definir espacialmente os aglomerados de exclusão não é tarefa fácil, principalmente porque eles são como a própria exclusão que os define, mais um processo – muitas vezes temporário – do que uma condição complexa e dinâmica, mesclada sempre com outras situações, menos instáveis, através das quais os excluídos tentam a todo instante se firmar (se territorializar)” (p.315)

Interessante assinalar, no nosso entendimento, a referência às crianças da comunidade como objeto de preocupação por parte de MARIA, como que demonstrando preocupação com as incertezas do futuro das crianças, dela própria e da comunidade.

“Dizem que aqui é uma área de risco, mas então porque não fazem nada pela gente...? Tudo aqui é precário, se o senhor for ver de perto (...) e é o tempo todo chegando mais gente de tudo quanto é canto da cidade e do interior (...) se o senhor perguntar, vai ver que a maioria do pessoal é tudo de fora, do interior (...) no tempo que eu cheguei aqui não tinha quase ninguém e com esse tanto de gente as coisas só podem é piorar (...) as casas da turma é só barraco, tem umas que são até melhorzinhas, mas tem um bocado que o pessoal levanta com pedaço de pau do mangue, pedaço de lona, pedaço de qualquer coisa que tiver (...) e daí o senhor imagine as necessidades onde é que o povo não faz...! Já morei em muito canto ruim, mas aqui é só miséria, mesmo (...) essa ruma de entulho que o senhor tá vendo aí é para aterrar o terreno e poder construir (...) o pessoal compra as caçambas e elas vêm deixar tudo aqui, daí é só despejar no chão e bater tudo (...) Daqui dá pra ver um monte de montanha de entulho (...) isso aí também só pode juntar o que não presta, não é? Isso aí tem rato, tem muriçoca, tem barata, tem lixo pelo meio, tem bicho de tudo quanto é jeito e qualidade (...) nós só mora porque é o jeito, porque pobre não escolhe lugar pra morar, mora onde tem chão e pra nós é assim mesmo...! (ANA)

ANA faz um relato contundente e uma descrição rica da forma como a comunidade vem se estabelecendo ao longo dos anos. Aponta o grande contingente populacional proveniente do interior do estado do Ceará como um dos principais fatores do crescimento quantitativo da comunidade, inclusive prognosticando uma tendência de aprofundamento das más condições de vida da comunidade do mangue do bairro Vila Velha. Faz uma descrição, em detalhes, do material de que se utiliza a população que chega à comunidade para construir suas casas, revelando que algumas “nem banheiro têm”. Anuncia, também, a prática do aterramento da área por entulho para servir de “chão” para as novas moradias a serem construídas, bem como o acúmulo de lixo e a proliferação de uma grande quantidade de vetores de doenças como causas da insalubridade do local. Refere, assim como o entrevistado JOÃO, a dificuldade de procurar um outro local para viver, e revelando clareza com relação à segregação e estratificação sócio-espacial do ambiente urbano, no qual existe o “lugar dos pobres”. Com relação à distinção entre segregação e estratificação sócio-espacial urbana, tem-se que CASTELLS (1983) *apud* SOGAME (2001):

“Em seu mais importante livro sobre o estudo das cidades, *A Questão Urbana*, Castells examina, a partir da distribuição das residências pelo espaço, a forma como as características das moradias e de suas populações estão diretamente relacionadas aos tipos e níveis de instalações e funções residenciais. Para Castells, a distribuição dos locais de residência obedece às leis gerais da distribuição dos produtos e, portanto, para o autor, em função de uma gama de elementos, que variam de acordo com o nível de renda, do *status* profissional, do nível de filiação étnica, da fase do ciclo de vida, etc. Castells afirma, por conseguinte, existir uma estratificação urbana que corresponderia, em paralelo, ao sistema de estratificação social, este condicionado pelo nível de distribuição/apropriação dos produtos do sistema social. Assim, quando os níveis de distribuição dos produtos, isto é, o distanciamento social entre aqueles que conseguem se apropriar dos meios de consumo coletivos e os que a esses meios não têm acesso, provocam uma forte expressão espacial, falamos não mais de uma *estratificação* urbana, mas de *segregação* sócio-espacial urbana.” (p.96)

A entrevistada ANA revela uma suposta expectativa de direito não levada a cabo ao indagar que “se aqui é uma área de risco, mas então porque não fazem nada pela gente?” E explicita, ainda, sua trajetória de exclusão ao longo da vida com relação à moradia e, provavelmente, com relação a outros aspectos de sua existência, ao enunciar que “já morou em muito canto ruim, mas aqui é só miséria mesmo”. A precariedade dos serviços urbanos fica bem evidenciada ao longo de sua narrativa ao explicitar o acúmulo de lixo e a proliferação de diversos vetores de doenças tradicionalmente relacionadas às débeis condições de saneamento ambiental, fato este apontado por diversos pesquisadores como HELLER (1997), HELLER *et al.* (1997), COSTA *et al.* (2005) e NERI (2007).

Destacamos, aqui, um “duplo padrão” de acúmulo do lixo na comunidade do mangue do bairro Vila Velha, de um lado a precária e intermitente coleta de lixo pelo órgão de limpeza pública e, por outro, o descarregamento de grandes quantidades de entulho provenientes de outras partes da cidade e trazidos por caminhões contratados por alguns moradores para realizar o aterramento do terreno encharcado do mangue para servir de base à construção de novas moradias.

“Aqui é um lugar muito esquecido, doutor...! Só tem mato, lama e muriçoca (...) eu tenho medo de noite porque é muito escuro e os bandidos tomam de conta, mas aqui mais perto do mangue por incrível que pareça é melhor um pouco, mas lá pra cima, pras bandas da Vila Velha e da Barra é perigoso demais mesmo porque a turma é só no tiroteio direto e as crianças mal podem sair de casa pra brincar ou ir numa bodega (...) minha mãe dizia que em beira de rio e em beira de praia só tem gente que não presta (...) e não é que eu vim bater aqui no meio desse rio, mas hoje tá perigoso é em todo canto, não é mesmo...? O cabra pra morar aqui tem que se garantir...! (MARIA)

Nesta entrevista, fica evidente a preocupação com a flagrante violência e a limitação do direito de brincar e sair às ruas das crianças da comunidade pelo receio dos freqüentes confrontos armados entre gangues de adolescentes. Aponta a escuridão da noite como “cenário” de atuação dos marginais do bairro. Ao afirmar que “aqui só tem mato, lama e muriçoca”, evidenciamos mais uma vez um contundente relato sobre as condições gerais de vida da comunidade.

“Casa velha de taipa e pedaço de pau é o que não falta, doutor (...) como é que pode morar gente numas casas dessas...?! (...) mas é melhor do que morar andando, eu mesmo já quase morei no meio da rua, mas aí apareceu uma chance de vir pra cá e eu não perdi tempo (...) quem tem criança pequena não pode morar na rua por causa do perigo e, então, morar aqui é melhor do que nada...! (...) tem dia que pra entrar em casa tem que pedir licença pros ratos (...) e agora que tá chovendo, então...?! É muriçoca que não acaba mais, elas parecem uns passarinhos (...) são muito grandes e gordas mesmo, mas as da dengue são umas miudinhas, né, doutor? (...) o pior que tem é o sujeito chegar nessa idade que eu tô agora e não ter nem um banheiro pra se acocorar, aí faz num saco e rebola no mangue, fazer o quê, né...?! Ainda bem que eu tô com saúde...!” (JOÃO)

Novamente, aparece o relato dos materiais com que são construídas algumas casas da comunidade e a ausência de infra-estrutura mínima de saneamento básico das moradias, onde o entrevistado JOÃO revela que faz suas necessidades fisiológicas em um “saco”, para em seguida lançar este saco no mangue. Aponta, entretanto, que mesmo nessas condições é melhor do que morar “andando”, morar nas ruas da cidade e perambular sem rumo. A noção de “casa” aparece fortemente ligada à dimensão do “lugar para

ficar com a família”, sobretudo para aquelas famílias que possuem crianças pequenas. Outra vez, surge o relato em cores vivas da presença de vetores de doenças dentro e fora do ambiente domiciliar. E, ao final, JOÃO arremata que, apesar de tudo, “eu tô bem de saúde”.

“A maior covardia que tem é criança passando necessidade, porque os pais são tudo lascado, tem uma ruma de filho, eu não sei como é que dá pra passar num lugar desses sem ter o que comer e nem de onde tirar (...) por isso tem uns que quando ficam maiorzinhos dão pro que não presta, daí vai roubar, vai fumar pedra (crack), vai matar pai de família (...) isso aqui é cruel demais com as pessoas, porque o sujeito no desespero topa é tudo...! Ainda bem que todo mundo me conhece aqui e sabe que eu não gosto dessas coisas, mas tem quem goste (...) na minha casa, o pouco que tem eu cuido com muito gosto, porque se eu não cuidar quem vai cuidar, né doutor...?! Meu comércio tem cachaça e umas cervejas, e a turma vem pra beber, é mais no fim de semana, e eu entro no mangue pra buscar uns peixinhos, uns caranguejos pra fazer um caldo, uns tira-gostos. E assim nós vai escapando...!” (JOSÉ)

Em seu relato, JOSÉ faz uma interessante correlação entre a falta de perspectiva das crianças da comunidade do mangue do bairro Vila Velha, submetidas às mais variadas privações materiais, e o ingresso destes, por volta da adolescência, na fria e cruel realidade da drogadição nas periferias e a escalada da violência urbana. JOSÉ aponta, inclusive, certa “linearidade”, ou mesmo uma relação de causa e efeito direta, entre as condições sócio-econômicas das famílias e o previsível “futuro” de suas crianças. Revela, ainda, em certo tom de alívio, que possui um pequeno comércio que permite que ele e sua família sigam “escapando”.

Em algumas destas narrativas, percebemos que os moradores fazem referências recorrentes às condições de suas habitações e reconhecem que o “ambiente” da comunidade não é um bom lugar para se morar e viver, principalmente para as crianças. A questão do desemprego e da falta de oportunidades aparece de forma importante e encontra-se associada à questão da marginalidade e da violência urbana. As condições materiais da existência humana são ressaltadas como foco central das falas dos moradores.

Importante, ressaltar, a esta altura, a ambigüidade das opiniões dos nossos entrevistados com respeito à moradia na comunidade do mangue do bairro Vila Velha, pois ao mesmo tempo em que os mesmos

discorrem sobre as características insalubres do lugar, revelam que é preferível residir lá a “morar andando”, ou seja, não ter onde morar.

6.1.1.2) Condições de saúde na comunidade do mangue do bairro Vila Velha:

Sobre esta categoria de análise, somos particularmente atentos às declarações dos moradores, pois como preceptor da residência médica em Medicina de Família e Comunidade (RMMFC) do Sistema Municipal Saúde-Escola (SMSE) da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) da Prefeitura Municipal de Fortaleza (PMF), exerço responsabilidades sanitárias na área em questão, juntamente com dois colegas médicos residentes.

“Para começar aqui não tem posto de saúde (...) pode dizer que não tem porque é tão longe, o hospital também é muito longe (...) e quando a gente chega lá é tudo lotado demais, não tem ficha, só tem pra quem amanhece na fila (...) pense aí, acordar cedo pra ir pro posto de saúde arrastando um monte de menino como eu vejo um monte de mulher fazer isso...! A sorte é que agora tem esses médicos que vêm pra cá uns dias da semana e eu tenho me valido deles (...) eles são educados e têm vontade de ajudar a comunidade, mas pena que são tão poucos (...) eles são ótimos, mesmo...! Mas se for ver os (médicos) do hospital é tudo um povo ignorante com a gente (...) trabalha só pelo dinheiro e não devia cuidar de gente, porque a pessoa só vai nesses cantos numa precisão muito grande, e aí ainda é humilhado na fila na hora de tirar uma ficha (...) eu sei que a culpa é do governo, mas também tem muito médico que não gosta da profissão e vem descontar na gente...!” (MARIA)

A referência às condições de saúde na comunidade, por parte de MARIA, aponta para a grande distância a ser percorrida até o posto (Centro de Saúde João Medeiros) para atendimento médico. Fala, ainda, que uma vez vencida a grande distância referida, nem sempre se tem a garantia da consulta médica, em virtude da dificuldade em se conseguir uma “ficha” para atendimento no mesmo dia. Há uma descrição breve sobre a dificuldade de algumas mães em levar suas crianças para o posto de saúde para serem

atendidas, seja porque o horário em que isto se dá é extremamente cedo, na tentativa de se garantir a ficha para o atendimento, seja pela impossibilidade de deixar seus filhos aos cuidados de outra pessoa. MARIA nos fala, também, do grande número de pessoas em busca de atendimento médico, tanto no posto de saúde, quanto no hospital mais próximo. Uma revelação importante feita por MARIA diz respeito ao atendimento por parte dos médicos residentes em Medicina de Família e Comunidade no próprio “ambiente” da comunidade e o quanto isto tem significado para a população em termos de melhoria na relação médico-paciente, em uma comparação franca e direta com “os médicos do hospital”. De uma forma geral, o atendimento de saúde por parte dos médicos residentes tem tido uma boa acolhida pela comunidade do mangue do bairro Vila Velha e, por vezes, tem sido lembrada como uma das grandes melhorias realizadas no local. Presenciamos, inclusive, em algumas oportunidades, pessoas conclamarem seus conhecidos a não mais procurar o posto de saúde, mas sim, ir diretamente ao mangue para serem atendidos na “palhoça”. Na referida “palhoça”, os médicos residentes estão presentes de forma sistemática às terças pela manhã para o atendimento de crianças e consultas de puericultura, às quartas nos dois turnos para o atendimento de exames de prevenção do colo do útero e consultas de pré-natal na parte da manhã e para o “grupo de mulheres”, à tarde, para atendimento de planejamento familiar e “rodas de conversa” sobre saúde ginecológica e reprodutiva, e, às sextas pela manhã, ocorre o “grupo de hipertensos e diabéticos”. Em verdade, o local de atendimento denominado “palhoça” corresponde a um local de reuniões da comunidade construída em mutirão com os moradores da mesma e a Organização Não-Governamental “Emaús”, também presente em outras regiões carentes de Fortaleza, como no bairro do Pirambu. Os moradores fazem relatos positivos a um jovem italiano que, após recuperar-se do vício das drogas, decidiu tornar-se músico em seu país de origem e realizar concertos musicais para arrecadar fundos para ajudar na manutenção da “palhoça”. Os relatos sobre o início das atividades de ajuda financeira do jovem italiano não são precisos, mas sabe-se que o mesmo vem ao Brasil com periodicidade anual e visita a comunidade do mangue do bairro Vila Velha.

“As condições de saúde aqui no mangue são muito precárias, mesmo (...) só pode ser né, doutor...!? (...) como é que tem saúde sem emprego, sem dinheiro, no meio dessa sujeirada toda (...) os políticos só vêm aqui na época das eleições pra pedir voto pro povo e daí promete um monte de coisas absurdas (...) dá vontade de rir e de chorar...! Só vai melhorar um dia quando os filhos dos políticos tiverem que ir pro posto de saúde que nem nós e estudar na escolinha do governo igual aos filhos da gente (...) Eu acho que tudo que o senhor imaginar tem de doença aqui no mangue (...) é verme, é dor de barriga, é colesterol, é pressão, é diabetes, é gripe, é dengue, é virose, é tudo que não presta...! Sem contar os véi que já tiveram ataque e hoje vive prostrado em cima numa cama (...) esses mosquitos e esse lixo só pode trazer é muita doença pro povo...! E o estresse e a preocupação de morar aqui, isso faz mal pra cabeça, doutor...! (...) os filhos da gente sai e a gente não sabe se volta, se a bala pegou (...) aqui quando chove alaga tudo e isola essa parte todinha da comunidade que o senhor tá vendo aí, lá perto daquele alto não alaga não, mas no resto (...) a turma pendura as coisas pra ver se salva alguma coisa...! Só vendo, mesmo, doutor...! As crianças é tudo no meio da lama e depois adocece, né...?! É um Deus nos acuda, né doutor...?! Tem gripe direto, as crianças passando necessidade, tudo doente, sem ter o que comer e nem de onde tirar (...) acho que deve ter um monte desnutrido (...) no sertão também é muito difícil, mas o sujeito pode criar uma criação e dar de comer pros filhos (...) pode plantar uma fruta (...), mas aqui é como o senhor tá vendo, é só miséria e doença...! É problema de pele, sarna, coceira, micose (...) e as drogas que tá tomando de conta junto com a violência, eu acho que essa tal de pedra (crack) só pode é endoimar os menino porque eles ficam igual uns zumbi...!” (ANA)

Na fala de ANA, observamos a elaboração de um esboço do conceito ampliado de saúde, que leva em conta não somente o status funcional do corpo humano, mas a realização de um conjunto de aspirações como emprego e um salário digno, bem como o acesso a um ambiente saudável. Assim, ANA evidencia as condições de saúde da comunidade de forma ampliada, ao seu modo e com suas palavras, mas principalmente com grande senso da realidade do seu cotidiano. ANA lista uma série de doenças e agravos à saúde humana que impactam a comunidade, mas faz, ainda, relatos sobre a violência urbana e sua preocupação com relação ao seu filho. E “profetiza”, ainda, que a comunidade só irá melhorar quando os políticos conhecerem de perto a realidade da mesma e não “passearem” por lá somente em época de eleições, em busca de votos. Há referências diretas à estação chuvosa e à ocorrência de enchentes que causam grandes prejuízos aos

moradores. Situação recorrente na comunidade diz respeito ao uso do crack pelos jovens, relatos estes que presenciamos com relativa frequência por ocasião das consultas e a partir das falas de algumas mães aflitas que nos procuram para pedir ajuda para recuperar seus filhos do vício.

“No hospital só atende se tiver febre muito alta ou tiver morrendo (...) aí manda pro posto, mas cadê as fichas...?! A gente fica é perambulando e se tiver que morrer, morre mesmo...! Um dia desses tinha uma pobre duma véia se acabando de coceira, eu acho que era micose ou sei lá o quê, em tudo quanto era parte do corpo e foi pro hospital e disseram pra ela que aquilo não era emergência e fosse pro posto (...) aí ela veio aqui pros menino (referência aos médicos residentes) e foi muito bem atendida e já saiu com os comprimidos e a pomada...! E ainda tem médico que não quer saber de passar aqueles remédios mais baratos do governo e aí como é que o pobre vai comprar se não tem emprego (...) no posto também falta muito remédio...! Uma vez acabou-se os comprimidos (anticoncepcionais) duma menina daqui e diz o povo que ela embuchou porque não tinha os comprimidos no posto (...) a amiga mandou que ela colocasse o filho na porta dos médicos que num instante aparecia os comprimidos...!” (JOÃO)

Destacamos na narrativa de JOÃO a referência positiva ao atendimento prestado pelos médicos residentes sob nossa orientação, enquanto preceptor dos mesmos. Por outro lado, entretanto, o mesmo aponta uma importante restrição ao acesso aos métodos contraceptivos, no caso o anticoncepcional oral, por adolescentes da comunidade, bem como realiza um depoimento acerca de uma ocasião em que uma senhora necessitava de cuidados médicos por uma suposta dermatose, mas que foi frustrada em suas intenções de buscar atendimento no hospital, mas que foi bem acolhida pelos médicos residentes e teve sua demanda prontamente atendida.

Interessante o relato de JOÃO com respeito ao percurso terapêutico da senhora acometida por uma alegada micose, onde o mesmo assinala que a paciente procurou, inicialmente, o hospital e, como não foi atendida, decidiu retornar à comunidade para buscar atendimento médico. Este não é um fato isolado, pois temos observado de forma recorrente a procura dos pacientes ao Hospital Distrital Gonzaga Mota, o Gonzaguinha da Barra, e ao

virem contrariadas suas expectativas de atendimento médico, decidem voltar para suas casas ou buscar atendimento com os médicos residentes.

6.1.1.3) Moradia em Área de Preservação Ambiental (APA) do Estuário do Rio Ceará:

Da análise desta categoria, objetivamos compreender como se deu, e como vem se dando, o processo de ocupação da área do mangue do bairro Vila Velha pelos moradores da comunidade, área esta que corresponde a uma extensa porção da planície flúvio-marinha, sujeita às oscilações de maré, à margem direita do Rio Ceará. Em verdade, segundo o Plano de Manejo da Área de Proteção Ambiental do Estuário do Rio Ceará, a comunidade em foco está localizada numa grande extensão de uma das Áreas de Preservação Ambiental (APA) mais degradadas e modificadas, em anos recentes, do estado do Ceará (SEMACE, 2005).

O órgão ambiental do governo cearense, a Superintendência do Meio Ambiente do Estado do Ceará (SEMACE) aponta que uma das principais causas do elevado estado de degradação ambiental que a área do nosso estudo vem experimentando nos últimos anos se deve ao intenso crescimento populacional da cidade de Fortaleza, sobretudo concentrado em porções do extremo oeste do município, e o processo de urbanização da capital cearense, este tendo se intensificado a partir dos anos oitenta. Mas quem são, de fato, estas pessoas? Por que estas pessoas ocuparam, e vêm ocupando, estes espaços da cidade de Fortaleza? Que alternativas lhes foram oferecidas? De onde estas pessoas provêm? Como vivem neste lugar? Do que estas pessoas se ocupam? Estas indagações nos serviram de suporte para a abordagem desta categoria, o que nos permitiu uma maior aproximação à mesma.

Percebemos, entretanto, que existe um discurso “oficial” elaborado pelos órgãos públicos que possuem atuação na área, mas existem outras, digamos, versões dos fatos, versões estas não registradas nos

documentos oficiais, mas plenamente preenchida de significados e passíveis, também, de análise. É sob este prisma, a partir da compreensão da existência de uma “distância” entre estas versões, que discutimos os depoimentos que seguem.

“É todo mundo assombrado com isso daí (possibilidade de retirada das famílias do local), porque ninguém tem pra onde ir (...) tem poucas semanas que tiraram um monte de coitado ali do Buraco da Velha (uma das favelas do local) e levaram lá pras bandas do Pici (bairro Pici) e daí já tem é um bocado voltando pra cá, porque não adianta tirar o povo e não dar emprego...! Adianta uma casa de tijolo com água e banheiro, mas no meio do nada...?! No dia que me tirar daqui eu vou chorar muito, porque aqui eu escapo bem com a minha venda, dá pro cabra pescar, criar umas galinhazinhas, e a gente vai se virando como pode, mas o mais triste é que nem todo mundo escapa que nem eu (...) tem um monte de cabra novo já com um monte de filho e aí é só passando necessidade...! Aqui não pára de chegar gente, não, doutor, é direto...! (...) é tudo gente de todo canto da cidade e do interior (...) e é só chegando as carradas (caminhões carregados de entulho) e despejando no meio do mundo pra aterrar o chão e levantar as casas (...) e isso todo dia, toda hora, mas a turma faz mais de noite pra não ter problema com os homi (autoridades públicas) e aí, é desse jeito...! A SEMACE já deu aqui com os policial dizendo que ia tirar todo mundo e aí foi a maior confusão (...) pense nuns cabra ignorante, não querem nem saber se é mulher, se é véi, se é criança, eles já chegam esculhambando todo mundo e ameaçando, dizendo que o povo tá emporcalhando esse mangue, mas quem suja mesmo é os ricos lá das bandas da Mister Hull (Avenida Mister Hull) que têm fábrica e joga tudo o que não presta no Maranguapinho (Rio Maranguapinho, afluente da margem direita do Rio Ceará) (...) tem dia que eu vou pescar aí no rio e só tem muito é lixo enganchado nos pé de pau (...) é plástico, é pau, é vasilha, é papel, e a água fica escura e com um cheiro ruim dos produtos (alusão a possíveis contaminantes da água)...! E o pobre é o culpado...?! Até o peixe tá sumindo, doutor...! Porque peixe só gosta de água limpa e tá é tudo fugindo daqui (...) antes a negrada enchia as tarrafas, mas agora é só miséria aí nesse rio (...) já acabaram lá pros lados dos Tapebas (comunidade indígena dos Tapebas) e agora tá se acabando pra essa banda do rio também...! Mesmo que o pessoal diga que não é legal, mas tem que ver que legal ou não, a pessoa tem que sobreviver (...) mais ilegal que eu acho, que eu vi na televisão outro dia, foi o próprio IBAMA, que não devia fazer isso, vendendo as terras da União e tirando muita madeira no Pará. Não está errado, não...?! É tudo errado, doutor...! Ficam humilhando um pai de família que entra nesse mato que Deus deixou pra nós numa precisão, só porque o rapaz vai pegar uns pedaços de pau do mangue pra construir sua casa e vender carvão...! Eu acho que por uma necessidade isso devia ser permitido...! Mas quem manda é os homi lá de cima”. (JOSÉ)

Neste contundente e amplo relato de JOSÉ, percebemos que o mesmo possui uma visão bastante crítica em relação à atuação dos órgãos ambientais e administrativos do poder público. Na verdade, escolhemos JOSÉ para ser um dos entrevistados em nossa pesquisa por informações de moradores da própria comunidade que o mesmo seria um dos mais antigos moradores do local, tendo ali chegado há cerca de oito anos, quando então, “ali era só mato e uma beleza só”, como o mesmo proferiu em uma ocasião.

JOSÉ revela, a partir de vários elementos, sua opinião acerca da vida *do* lugar e da vida *no* lugar, e, sobre este aspecto, concordamos com autores como CARVALHO (2003), MONKEN (2003), BARCELLOS e MONKEN (2005, 2007) que defendem a operacionalização do conceito de território por parte do sistema de saúde com base naquilo que Milton Santos (2002) denominou de “cotidiano localmente vivido”, e não somente como uma área de abrangência de uma unidade de saúde, apesar de reconhecer que as ações de saúde devam ser realizadas sobre um substrato territorial.

Apontamos a veemência com que JOSÉ descreve a situação da comunidade e como o mesmo assinala a ausência de alternativas, ou estas não foram nomeadas como tais, para os moradores ao afirmar que “ninguém tem para onde ir”. O que ocorre é que a Prefeitura Municipal de Fortaleza (PMF) tem desenvolvido esforços para a retirada das famílias das chamadas áreas de risco da cidade de Fortaleza, mas para alguns, como o nosso entrevistado, este fato é encarado com reserva, pois o mesmo expressa claramente seu desejo em permanecer no local onde vive, chegando a afirmar “que no dia que me tirar daqui eu vou chorar muito”, revelando sua plena identificação com o lugar onde vive e de onde retira seu sustento e de sua família, pois o mesmo possui um pequeno comércio no local e também exerce as atividades da pesca artesanal e da coleta de pequenos animais da fauna do ecossistema manguezal. Aparece de forma contundente o conflito sócio-ambiental ali instalado, onde percebemos a diferença de poder entre os diversos atores sociais que “conduzem” os destinos do lugar. De um lado, os moradores que ocupam os espaços da cidade que lhes coube, ou o que sobrou do processo de intenso crescimento e urbanização do município de Fortaleza e, de outro, os órgãos públicos e o aparelho coercitivo do estado, com o

discurso oficial da regulação e controle dos espaços públicos e das zonas de interesse especial, conforme constante nos documentos intitulados Lei de Uso e Ocupação do Solo, de 23 de Dezembro de 1996 (FORTALEZA, 1996) e o Decreto nº 25.413 de 29 de Março de 1999, que dispõem sobre a criação da Área de Proteção Ambiental do Estuário do Rio Ceará, localizada na divisa dos municípios de Fortaleza e Caucaia (DOE CEARÁ, 1999).

Interessante assinalar, ainda, a opinião de JOSÉ acerca da “legitimidade da exploração” do ecossistema manguezal por parte dos moradores diante de uma necessidade, já que o mangue “Deus deixou para nós numa precisão”, em contraste com a “necessidade de proteção” da área em questão. Proteger do quê? Proteger de quem? Em verdade, essa “proteção” é amplamente questionada pelos moradores do local, pois os mesmos acreditam que serão dali retirados para a construção de “prédios dos ricos”, como os mesmos apontam com relação à construção, há alguns anos atrás, de um conjunto de apartamentos de classe média na porção mais ao norte da comunidade, já nas proximidades do mangue. Ou seja, JOSÉ, e alguns outros moradores também o fazem, aponta algumas intenções não declaradas dos órgãos oficiais que baseiam seus argumentos na importância da proteção e da preservação do local, mas este fato não elimina a desconfiança dos moradores com relação à especulação imobiliária e posterior valorização da área para comercialização futura, sendo para este fim, necessária a retirada das famílias do espaço atual e a transferência para conjuntos habitacionais “no meio do nada”, nas palavras de JOSÉ.

Outra passagem que nos convida à reflexão, em termos de eventuais desdobramentos e impactos para a saúde dos moradores, diz respeito ao suposto lançamento de efluentes líquidos e outros materiais nas águas do Rio Maranguapinho por parte de algumas indústrias localizadas próximas à Avenida Mister Hull, e que já foi constatado por alguns moradores que se dedicam à pesca no Rio Ceará. Existem relatos importantes de uma suposta alteração da qualidade das águas, inclusive com a redução da quantidade de peixes e de outros crustáceos importantes para a segurança alimentar de algumas famílias que retiram seu sustento das águas do Rio Ceará. De fato, algumas indústrias situadas na referida via, vêm sendo alvo de análises por parte do NUVAS/SMS/PMF (Núcleo de Vigilância Ambiental em

Saúde da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura Municipal de Fortaleza) e de órgãos ambientais municipais e estaduais, em virtude de informações sobre a contaminação das águas do Rio Maranguapinho pelas suas atividades econômicas. Este fato é digno de investigações mais aprofundadas e detalhadas, não somente pelo aspecto “ambiental” da suposta contaminação, mas também pela possibilidade de danos à saúde de grande número de pessoas que vivem às margens destes dois importantes mananciais que cruzam o extremo oeste da cidade de Fortaleza. Tal informação nos foi repassada, de modo informal, em conversas com o Coordenador do NUVAS.

Reforçamos, a esta altura, a importância do saber dos moradores do local para a efetivação de atividades de vigilância ambiental em saúde, pois os mesmos captam continuamente as alterações ambientais da comunidade, o que acentua a importância do cotidiano localmente vivido como importante categoria de compreensão da realidade sócio-ambiental e que, aqui, defendemos.

“É tudo uns pessoal sem coração nem compaixão de ninguém, doutor...! Antes aqui tinha era um bocado de salina, eu digo por que eu sei e eu vi, que vinha lá do Quintino Cunha (bairro) e ia até a Barra (do Ceará, bairro), era tudo salina isso aí, doutor...! E hoje, esse mangue tá é crescendo cada vez mais, porque quando eu cheguei aqui o mato era lá embaixo, e hoje já tem é bem pertinho daqui de casa como o senhor tá vendo aí (...) não é porque a comunidade aumentou que o mangue tá sendo destruído, não...! A culpa é de quem polui as cabeceiras do rio, que são os ricos das fábricas, das firmas (...) o pobre joga é só no máximo um saco...! O rio tá sujo demais é de um óleo grosso que ninguém sabe o que é...! É de partir o coração de quem conheceu isso daqui na época de fartura, de peixe grande, de caranguejo, de caça (referência a pequenos animais encontrados no mangue)”. (JOSÉ)

“A pior coisa que tem é a pessoa ser expulsa ou despejada da casa que mora (...) porque aí, o pobre, o miserável vai pra onde...?! pra viver de quê, doutor...?! É por isso que a turma invade aqui direto e compra essas carrada (caminhões carregados de entulho) pra fazer o chão da casa (...) o preço depende, tem de 30, tem de 50 (reais) (...) a caçamba sai pegando entulho de tudo quanto é canto e põe aqui (...) põe mais de noite (...) e tem até quem venda esses terrenos daqui do mangue...! Vende e ganha é muito dinheiro...! Porque quem não quer um pedaço de chão pra se abancar uma hora e deixar de rodar procurando canto pra ficar (...) então é o jeito, mesmo, né

doutor...?! As autoridades dizem que a gente não pode ficar aqui, mas se não for aqui é onde...? Eu é que não vou arrastar a mulher e os menino pra um canto pior do que esse, sem emprego, sem nada de sustento e passando necessidade dia e noite...! Se o senhor for ver, só querem mandar a gente pra umas porqueira e daí diz que deu casa pros pobres, mas é só promessa de melhoria, mesmo...! Aí, a negrada (moradores da comunidade) vende e volta pra cá (...) o que o sujeito vai fazer lá em Messejana (bairro), no Pici (bairro), não sei aonde, longe de tudo...?!” (JOÃO)

Nas duas narrativas anteriores, notamos a desconfiança dos entrevistados com relação à possibilidade da retirada das famílias da comunidade por parte dos órgãos públicos e a alocação destas em locais distantes, o que revela a fragilidade da política habitacional baseada na indenização, geralmente a preços irrisórios, e posterior mudança das pessoas para outros bairros de Fortaleza. Em geral, observa-se que há um prazo determinado para a desocupação das famílias, mas que não raro, ocorrem desavenças que, por vezes culminam com luta corporal entre alguns moradores e alguns agentes públicos. Felizmente, os relatos acerca destes confrontos dão conta de que, até o presente momento, ninguém foi ferido com maior gravidade.

6.2.1) Para os profissionais do Programa de Saúde da Família (PSF) do Centro de Saúde da Família João Medeiros que prestam assistência à saúde na comunidade do mangue do bairro Vila Velha:

Da mesma forma em que procedemos com relação ao respeito ao sigilo das informações dos moradores da comunidade, realizamos a identificação dos profissionais através da utilização de pseudônimos, estes sendo representados por nomes pessoais muito comuns em nosso meio. Assim, por ocasião da realização das entrevistas, nomeamos o primeiro profissional entrevistado como P1 para, em seguida, chamá-lo de André. O segundo profissional entrevistado como P2, e depois, Paula. O terceiro profissional entrevistado como P3, e após, Pedro. Por fim, o quarto profissional entrevistado de P4, e depois, Joana.

6.2.1.1) Condições de vida e de moradia na comunidade do mangue do bairro Vila Velha:

Nesta categoria de análise, buscamos captar uma importante dimensão da vida dos moradores da comunidade do mangue do bairro Vila Velha a partir do olhar dos profissionais que prestam assistência à saúde na área da pesquisa, qual seja o “território-moradia” e as condições ambientais do entorno mais imediato das residências. Dentre os diversos “territórios” de atuação da Estratégia de Saúde da Família (ESF), FONSECA & CORBO (2007), enfatizam a necessidade da qualificação da atenção das equipes de saúde da família sobre o território-moradia, este entendido como espaço comum de vida e de residência das famílias. Outros autores, como TEIXEIRA, PAIM & VILASBÔAS (1998), apontam para a importância das ações de enfrentamento dos problemas de saúde a partir do “território da família” e do seu entorno. Ainda, o Manual do Sistema de Informações da Atenção Básica

anuncia os termos domicílio, peridomicílio e anexos da seguinte forma (BRASIL, 1998, p.6):

Domicílio – designa o “local de moradia estruturalmente separado e independente, constituído por um ou mais cômodos”. A separação fica caracterizada quando o local de moradia é limitado por paredes (muros, cercas, dentre outros) e coberto por um teto que permita que seus moradores se isolem e cujos residentes arcam com uma parte de todas as suas despesas de alimentação ou moradia. Considera-se independente o local de moradia que tem acesso direto e que permite a entrada e a saída de seus moradores sem a passagem por local de moradia de outras pessoas (...) em casas de cômodos (cortiços), considera-se como um domicílio cada unidade residencial (...) também são considerados domicílios prédios em construção, embarcação, carroça, vagão, tenda, gruta e outros locais que estejam servindo de moradia para a família.

Peridomicílio – é o espaço externo próximo a casa e que inclui os seus anexos.

Anexos – é a unidade de construção, permanente ou não, peridomiciliar, que sirva de abrigo para animais ou para depósito, assim como todas as demais dependências externas no peridomicílio contíguas a casa.

Desta forma, o espaço da habitação das famílias atendidas pelas ações do Programa de Saúde da Família (PSF) corresponde a um âmbito privilegiado de atuação, tendo esta relevância sido ensejada pelas deliberações da Rede Brasileira de Habitação Saudável (RBHS), a partir da terceira edição do Fórum Social Mundial (FSM), mediante a colaboração entre diversas instâncias governamentais e não-governamentais. A importância do tema *habitação saudável* já havia sido apontado por outras iniciativas que operacionalizam os princípios da Promoção da Saúde, como os Municípios Saudáveis, a Vigilância Ambiental em Saúde, a Agenda 21, o Desenvolvimento Local Integrado e Sustentável e, mais recentemente, a Rede Brasileira de Habitação Saudável (RBHS). Conforme COHEN *et al.* (2004):

“A RBHS é uma ferramenta para a operacionalização da política de promoção da saúde no âmbito da habitação. Sua estratégia se baseia no enfoque intersectorial, multidisciplinar, na participação comunitária e na aliança em rede. Seu propósito é identificar, avaliar e manejar a questão da habitação saudável na esfera local. Para tanto, desenvolve um plano de atividades baseado na construção de capacidades, projetos e

desenvolvimento de pesquisas, serviços técnico-científicos e intervenção comunitária, bem como no desenvolvimento de metodologias e procedimentos, na implementação da vigilância epidemiológica e ambiental em saúde (...) onde a precariedade habitacional, a deterioração da qualidade de vida, os impactos na saúde de ambientes insalubres e o distanciamento da comunidade científica da realidade comprovam a necessidade de aumentar a eficácia e a eficiência das políticas de saúde” (p.808)

A partir do entendimento da dimensão ambiental como um determinante da saúde, a habitação, ou território-moradia, representa um espaço de análise e de construção da saúde, bem como da consolidação do desenvolvimento humano saudável.

Ainda, segundo COHEN et al. (2004):

“Para o enfrentamento do desafio da consolidação da intervenção sobre os fatores determinantes da saúde no espaço construído, faz-se necessária a articulação das políticas públicas de habitação, saúde, meio ambiente e infra-estrutura urbana (...) o que convoca a formação de alianças intersetoriais em uma visão holística integradora e multidisciplinar, em que a participação comunitária tem um papel essencial para o enfrentamento das questões locais da precariedade das relações do meio ambiente em seu habitat.” (p.809)

Neste contexto, e no caso em particular das moradias da comunidade do mangue do bairro Vila Velha, faz-se necessária a ampliação do olhar dos profissionais da equipe de saúde da família sobre o tema da moradia urbana, desde os seus macrodeterminantes e macrocondicionantes, até às condições de natureza local geradoras de contextos de risco e de vulnerabilidade.

O expediente da visita domiciliar por parte das equipes de saúde da família é por demais importante, não somente para o seguimento clínico de pacientes impossibilitados de comparecer à unidade de saúde, mas também pela possibilidade de verificação em tempo real e concreto das condições de habitação dos moradores da comunidade. Alguns autores, neste contexto definem o *padrão de habitabilidade* das moradias como “tipologias em correspondência aos requisitos mínimos que garantam o morar com desfrute de saúde e bem-estar e propiciem a dignidade humana (COHEN, 2003).

A conceituação de ambiente e entorno saudável incorpora a necessidade da existência de equipamentos urbanos básicos e elementares como o saneamento, espaços físicos limpos e com infra-estrutura adequadas (COHEN, 2000).

Com relação aos aspectos das moradias e das condições gerais de vida em seu entorno, assinala um dos nossos entrevistados:

“As condições do mangue são as piores possíveis e olha que eu já trabalhei em muito interior pobre, miserável mesmo...! As casas são tudo de papelão, de pedaço de madeira (...) eles entram no mangue e tiram madeira para fazer as casas e daí vai ter o desmatamento, não é mesmo...?! Imagine aí, o cara morar numa casa com o chão de areia, e é areia molhada do mangue (...) a água sobe e desce de acordo com a maré, com a lua (...) as crianças tudo dentro da água, da lama, sujas de areia (...) eu não sei como esse povo agüenta...! Só sendo muita necessidade, mesmo, né...?! Pelo menos, no interior, o pessoal pode comer um caju, uma manga, ter uma criação e daí vai escapando...! Mas aqui, como é que escapa...?! Rapaz, tem casa por aqui, se é que dá para chamar de casa, barraco, sei lá..., que é 6, 7, 8, até 10 pessoas morando num espaço apertado, e é só um cômodo, mesmo, às vezes...! E o pior, é que não pára de crescer e todo dia, toda hora a gente encontra gente diferente, paciente que vem dum monte de canto (...) tem canto que eu nunca ouvi nem falar...! As condições são muito precárias, mesmo...! Aqui falta só tudo, falta água boa, falta banheiro, falta esgoto, o lixo é espalhado em todo canto (...) e quando chove, então...?! Alaga tudo e isola essa comunidade inteira (...) só vindo de 4x4...! E a água sobe rápido demais porque é um mangue, né...?! Eu acho que isso daqui é a perfeita definição de área de risco...! E o pior é que não tem nenhuma previsão de melhoria, de benfeitoria porque é gente demais e pode entrar no governo até o melhor dos políticos que aqui não tem jeito não, pelo menos eu acho assim...! A gente fica com as mãos atadas e não pode fazer nada...! Eu morro de pena deles, mas fazer o quê, né...?! Tem casa que eu entro e penso comigo “meu Deus do céu, olha isso...!” E aí a gente passa a dar mais valor a tudo o que a gente tem, ao sapato, ao carro, à comida, à roupa que veste (...) casa de barro, de pedaço de madeira velha, cheia de lixo e fedorenta, é lixo fora, é lixo dentro, é os ratos correndo, é barata, é tudo o que você imaginar dentro de casa e no meio da rua (...) isso só pode é adoecer esse povo todo...! É muita mazela em cima de um povo só...! E vou ser sincero, eu acho que boa parte de Fortaleza é assim também, eu digo isso porque eu dou plantão nesses hospitais públicos da cidade e só vejo é o povo falando da miséria, da privação, da falta de perspectiva, da desilusão com os políticos...! Rapaz, eu não sei onde a gente vai parar, não...! Imagina isso daqui 5, 10, 15, 20 anos pra frente...! A tendência é só piorar, tanto as condições de vida quanto a violência, eu tenho pena é das crianças...! (PEDRO)

O entrevistado PEDRO enuncia uma comparação entre a situação de pobreza no interior do estado do Ceará e a situação de miséria em Fortaleza, comparação esta permitida pela experiência do profissional de já ter trabalhado como componente de equipes de saúde da família em outros municípios cearenses. Deixa claro, assim, uma gradação da existência material dos moradores da comunidade do mangue do bairro Vila Velha que vai da pobreza à miséria. Atentemos para a rica descrição que o mesmo faz acerca dos materiais com os quais os moradores se utilizam para a construção de suas casas, inclusive retirando madeira do ecossistema manguezal local, área de preservação ambiental, bem como a referência à localização das construções em áreas sujeitas à influência das marés, na planície de inundação do Rio Ceará. Nosso entrevistado aponta, ainda, o grande número de pessoas vivendo em casas de, às vezes, poucos cômodos, condição esta que favorece sobremaneira a transmissão e a disseminação de doenças infecciosas. O intenso crescimento populacional da cidade de Fortaleza de décadas e anos recentes, sobretudo em suas porções mais empobrecidas, como no extremo oeste da capital cearense, é apontado como causa para o grande aumento do número de pessoas a viver nestes locais insalubres do ambiente urbano.

Com relação à inadequação das condições de habitação, VALENTE (2003, p.35) assinala os componentes da inadequação habitacional:

- Adensamento excessivo: relaciona qualidade de vida dos habitantes por meio de um indicador que mede o número de pessoas por dormitório. É considerado adensamento excessivo a partir de três pessoas por dormitório ou cômodo.

- Inadequação fundiária: está relacionada à regularização da posse da terra.

- Inadequação por depreciação: Habitações que devem passar por recuperação em virtude do alto grau de depreciação.

- Carência de infra-estrutura: Ausência de um ou mais serviços infra-estruturais como: rede de abastecimento de água, energia elétrica, drenagem, rede coletora de esgoto ou fossa séptica e coleta de lixo.

- Inexistência de banheiro.

O vertiginoso crescimento da cidade de Fortaleza e de sua região metropolitana pode ser apontado como uma das principais forças responsáveis pela grande adensamento populacional nas regiões mais empobrecidas do município e, ademais, pelo surgimento de padrões de habitação extremamente precarizados. Alguns autores vêm se dedicando ao estudo da ocupação do solo urbano de Fortaleza e à formação das chamadas áreas de risco da capital, com a descrição dos impactos sócio-ambientais e da baixa qualidade ambiental urbana com a inadequação, ou mesmo ausência, dos serviços de infra-estrutura básica, como nos trabalhos de DINIZ & FRAGA (2005), MOREIRA (2002), CASTRO (2004), LIMA (2007) e FREITAS (sem data). Tais autores assinalam, ainda, o grande deslocamento populacional do interior do estado para Fortaleza como uma dos principais elementos responsáveis pela explosão demográfica da cidade nas últimas décadas, pois a condição de centro político e administrativo do município de Fortaleza conferiu a esta o destino final dos grandes fluxos migratórios (RIBEIRO, 2001).

Por áreas de risco entende-se, segundo BRASIL (2004), “área passível de ser atingida por fenômenos naturais e/ou induzidos que produzem efeitos adversos.” As pessoas que habitam essas áreas estão sujeitas aos danos à integridade física, perdas materiais e patrimoniais. Normalmente, essas áreas correspondem a núcleos habitacionais de baixa renda, também denominados assentamentos precários (BRASIL, 2004). Entretanto, o conceito de risco utilizado no trabalho anteriormente citado, corresponde a apenas um, e somente um, significado para a palavra risco, sobretudo em termos das diversas abordagens do assunto na Saúde Coletiva, onde diversos autores defendem a polissemia do termo, bem como as diferentes acepções enunciadas a depender do autor que estuda o seu uso. (SPINK, 2002), (PEREZ, 2002).

Para a cidade de Fortaleza, o processo de territorialização em saúde promoveu a divisão das micro-áreas em gradações de risco que variam de 1 a 4, sendo 1 o maior risco e 4, o menor risco. Segundo o Relatório de Gestão da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura Municipal de Fortaleza (2005), a área da comunidade do mangue do bairro Vila Velha é categorizada

como sendo de risco 1, onde se enquadram nesta classificação (FORTALEZA, 2005):

“As quadras já catalogadas pela Defesa Civil sob o nome popular de área de risco, que ficam em locais impróprios para habitação: leitos de rios, áreas que sofrem alagamentos e enchentes, deslizamento de terra, soterramento por dunas, enfim, estão ligadas a riscos ambientais. Além disso, estas áreas abrigam os considerados mais pobres da cidade, que vivem em condições subumanas e são excluídos do sistema de saúde e de outras políticas públicas. Por conta destas últimas características, optou-se por incluir também as comunidades que se enquadram nestas condições, embora não sofram, necessariamente, problemas ambientais.” (p.64)

Em pesquisa recente realizada em uma comunidade instalada às margens do Rio Cocó, em Fortaleza (DINIZ & FRAGA, 2005), as autoras assinalam:

“Hoje, uma das mais críticas situações enfrentadas pelos centros urbanos como Fortaleza, é abrigar em fundos de vale a população pobre, fato que evidencia o íntimo relacionamento entre o modelo de produção, segregação sócio-econômica, espacial e degradação ambiental” (...) as condições de vida das pessoas que ali residem são subumanas, pois os barracos foram e estão sendo levantados dentro do manguezal, onde esses grupos populacionais, naquele local, provavelmente jamais terão acesso a certos itens de infraestrutura básica como rede de esgoto, água tratada e coleta de lixo”. (p.100)

Historicamente, as populações mais pobres provenientes do interior do estado do Ceará ocuparam (e ocupam) as planícies de inundação de alguns importantes rios da cidade de Fortaleza (FREITAS, sem data).

Outro de nossos entrevistados explicita sua opinião acerca das condições de vida e de moradia na comunidade do estudo como segue:

“As condições materiais dos moradores da comunidade são extremamente precárias (...) eu acho que esta é uma parte da cidade de Fortaleza que foi completamente esquecida pelo poder público ao longo dos anos, só pode ser...! Na comunidade falta tudo e mais um pouco, você percebe no olhar das pessoas a desesperança, a falta de horizonte, a fome e a miséria (...) eu, particularmente, acredito que o capitalismo é o grande responsável por este estado de coisas, porque cada vez mais a renda se concentra nas mãos de uns poucos e esse verdadeiro exército de miseráveis só faz crescer sem parar (...) Eu lembro que escutava falar muito bem da

cidade de Fortaleza, mas nunca pensei que fosse uma cidade tão desigual e tão pobre (...) as pessoas tiveram sua dignidade retirada ao longo do tempo e perderam muito da sua mobilização e capacidade de luta (...) a pobreza extrema tira a capacidade das pessoas lutarem e esse é o pior dos mundos...! Você vê, as moradias das pessoas são de fazer chorar qualquer um que tenha coração e ser profissional de saúde aqui é extremamente difícil, porque você vê que pode trazer para cá os melhores médicos, os melhores equipamentos, os medicamentos mais modernos, mas não é disso que o povo tá precisando, o povo tá precisando é de escola decente, de um posto de saúde mais próximo aqui do mangue, de saneamento básico, de água, de esgoto, de drenar esse monte de áreas completamente insalubres, de emprego (...) o que eles mais reclamam nas consultas é que aqui não tem o que fazer, não tem ocupação pra ninguém (...) eles perguntam, doutor, quem vai dar um emprego decente pra uma pessoa analfabeta e que nem documento tem...?! Aqui não tem para quem apelar, não...! Um dia desses nós estávamos indo fazer uma visita (domiciliar) e jogaram uma pedra no carro da prefeitura (...) eu acho que isso é sinal da desesperança (...) eu me coloquei a imaginar que quem jogou essa pedra não tentou acertar os médicos, mas tentou acertar o poder público, a prefeitura, o estado, o país (...) é uma coisa muito complexa...! As condições de vida das pessoas é quase zero (...) a situação é tão grave que nem o número exato de pessoas e de famílias a gente sabe direito (...) tem uns que dizem que tem mais de cinco mil pessoas, outros dizem que já passou disso faz muito tempo e já tem perto é de 8, 9, 10 mil pessoas (...) e eu não duvido, não, pois quando nós começamos a trabalhar aqui, aquela rua da palhoça só tinha praticamente a casa do seu Raimundo, mas agora já tá tudo cheio de casas e as pessoas não páram de chegar e de construir (...) aqui aparece gente e casa do dia para noite, literalmente (...) eu acho que o famoso êxodo rural nunca foi tão forte, pois se você sair por aí perguntando, vai ver que a grande maioria do pessoal é do interior do Ceará, ou então já vem nessa vida de morar em área de risco de outros lugares de Fortaleza (...) até gente de Caucaia (município da região metropolitana de Fortaleza) vem pra ser atendido aqui e aí vai ficando, e de repente constrói um barraco em poucos dias e fica de vez...! É impressionante a dinâmica das coisas por aqui...! No meu modo de ver, as políticas públicas de tudo o quanto você imaginar não conseguem chegar até aqui e abraçar esse povo, porque as coisas mudam numa velocidade tão grande e tão difícil de entender que parece que não tem jeito mesmo, não...! O problema da habitação e das moradias é praticamente sem solução, porque a prefeitura vem, cadastra as famílias, constrói um conjunto habitacional em outro lugar e, quando menos a gente espera, já voltou a maioria do pessoal, porque eles vendem as casas de lá (...) e daí, não tem jeito...! (ANDRÉ)

O entrevistado ANDRÉ descreve de forma muito contundente as precárias condições das residências dos moradores da comunidade do mangue do bairro Vila Velha e, aponta, ainda, o “esquecimento” da

comunidade por parte do poder público e de suas ações com vistas à melhoria da qualidade ambiental urbana. Relaciona que tal estado de coisas tem levado ao comprometimento do *status* emocional das famílias da comunidade com a desesperança e a falta de perspectivas com relação ao futuro, este fato sendo, inclusive, associado à reduzida capacidade de mobilização e de organização da mesma para lutar por seus direitos básicos de cidadania. O entrevistado assinala, ainda, certa decepção e desilusão com a cidade de Fortaleza em relação a um tempo em que o mesmo ouvia referências e relatos positivos à capital cearense.

Aqui, apontamos uma afirmação instigante do entrevistado ANDRÉ, quando o mesmo nos anuncia que “pode trazer pra cá os melhores médicos, os melhores equipamentos, os medicamentos mais modernos, mas não é disso que o povo tá precisando”. Desta forma, o mesmo defende que “fazer saúde” é algo muito mais amplo do que a dimensão importante, mas reducionista, da assistência à saúde por meio de médicos e insumos tecnológicos. Permitindo-nos inferir, inclusive, sua compreensão da importância de se trabalhar com as ações que incidam em momentos anteriores da cadeia causal do processo saúde-doença da comunidade.

Outro ponto importante constatado na narrativa do entrevistado ANDRÉ diz respeito ao desconhecido valor numérico da real quantidade de pessoas vivendo na comunidade, fato este evidenciado também em outros momentos do estudo e, mesmo, do desconhecimento formal das autoridades de saúde do Centro de Saúde da Família João Medeiros, bem como dos técnicos de saúde da Secretaria Executiva Regional I (SER I). Neste contexto, assinalamos as palavras de nossa orientadora Prof. Dra. Raquel Rigotto do Departamento de Saúde Comunitária da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará (DSC/UFC) por ocasião de visita ao campo empírico de nossa pesquisa: “são os incontáveis, os invisíveis do sistema!”. Como, portanto, pensarmos na organização e planejamento das ações programáticas e de outras atividades previstas pela Estratégia de Saúde da Família (ESF) sem sequer conhecermos, realmente, nosso público-alvo?

Destacamos, ademais, a referência que o entrevistado ANDRÉ realiza com relação à mobilidade rural-urbana de alguns grupos populacionais provenientes do interior do estado do Ceará e, mesmo, da mobilidade intra-

urbana de famílias que, sem a opção de residência fixa em virtude do baixo poder aquisitivo, terminam por ocupar as áreas ditas de risco da cidade de Fortaleza, como já evidenciado em outros estudos que abordaram a expansão da capital cearense e os impactos sócio-ambientais daí advindos MARTINS (2003), MOREIRA (2002), SOUZA & JULIÃO (2003) e LUSTOSA (2005) *apud* LIMA (2007). Sobre o forte poder de atração que as metrópoles brasileiras exerceram (e exercem) sobre grandes segmentos populacionais de cidades do interior dos estados, temos, conforme OLIVEIRA (2005):

“Na medida em que as metrópoles se fortaleciam como centros polarizadores, cresciam os problemas relativos a não provisão de infra-estrutura requeridas ao desenvolvimento equânime entre os segmentos populacionais, especialmente no que tange a insuficiência das políticas voltadas ao atendimento das demandas das classes menos favorecidas. Concomitantemente, as cidades foram se expandindo em direção às áreas periféricas onde as condições de infra-estrutura eram mais precárias ou mesmo inexistentes.”
(p.3)

Outro de nossos entrevistados descreve de forma bastante pormenorizada os materiais de que se utilizam os moradores para a construção das residências, bem como a referência às precárias condições gerais da comunidade com relação ao saneamento ambiental:

“Falando especificamente das casas, a situação é pra lá de crítica, pois não tem praticamente infra-estrutura nenhuma (...) é só dar uma caminhada rápida pra ver que a situação do esgotamento não existe, a água é poluída pelo lixo, as ruas não são asfaltadas e a poeira levanta o tempo todo na cara das pessoas...! Tem casa de papelão, pedaço de ferro velho, chapa de metal, pedaço de geladeira, plástico, palha de coqueiro, madeira que eles tiram do mangue, de lona também tem...! Têm umas que nem banheiro tem e aí o pessoal faz as necessidades e rebolam no mangue mesmo, na água do rio...! Só sabe o que é isso daqui quem vem aqui ver de perto (...) tem casa que mal tem um teto, mas tem energia de gato (ligação elétrica clandestina) e a COELCE (Companhia de Eletricidade do Ceará) cobra só uma taxa de consumo para os pobres, mas mesmo assim não devia cobrar era nada, pra aqueles que conseguem pagar no fim do mês, mas a maioria é gato de luz, é gato de água, mesmo...! E aqui é um descampado também, de noite venta muito e faz muito frio, sem contar que é um breu só (...) Se eu pudesse, eu não trabalhava mais aqui não...! Mas é o jeito, né, fazer o quê...?! (JOANA)

Em outra passagem do depoimento da entrevistada JOANA, a mesma assinala uma prática comum em comunidades carentes também identificadas em outros trabalhos, qual seja a ligação clandestina à rede de energia elétrica e à rede de abastecimento de água dos domicílios da comunidade. Em verdade, grande número de domicílios está conectado formalmente às redes de abastecimento de energia elétrica e de água, onde as companhias operadoras cobram apenas uma tarifa dita “social”, mas que, ainda assim, às vezes, é um valor impagável numa realidade com grande predominância de desemprego e ocupações temporárias (SEMACE, 2005). Um importante trabalho levado a cabo no começo desta década (SOUZA, 2002) estudou as inter-relações entre a qualidade do meio ambiente urbano de alguns bairros do litoral da porção oeste do município de Fortaleza e a situação do saneamento básico, pesquisa esta que evidenciou baixos índices de salubridade ambiental urbana em virtude do elevado contingente populacional privado dos serviços básicos de saneamento.

6.2.1.2) Condições de saúde na comunidade do mangue do bairro Vila Velha:

A partir desta categoria de análise, intentamos captar de nossos entrevistados que trabalham nas equipes do Programa de Saúde da Família junto ao Centro de Saúde da Família João Medeiros, quais suas opiniões acerca das condições sanitárias da comunidade da pesquisa. Para além de uma listagem das doenças e agravos à saúde predominantes na comunidade do mangue do bairro Vila Velha, objetivamos enunciar quais estratégias de enfrentamento de que têm se valido as equipes de saúde na abordagem das questões de saúde-doença da comunidade e as principais dificuldades encontradas por estes. Em estudo conduzido pela Superintendência Estadual de Meio Ambiente do Ceará (SEMACE, 2005), apontou-se que as principais enfermidades que acometiam os moradores das áreas de risco do bairro Vila Velha foram “dengue, pneumonia e casos de câncer de pele”.

Nos depoimentos que seguem, optamos pela transcrição na íntegra de algumas narrativas pela riqueza descritiva das falas, bem como pelo tom de “desabafo” dos profissionais, o que, de certa forma, pode corresponder a um “viés” em virtude do fato dos entrevistados serem companheiros de trabalho do pesquisador.

Sobre as condições de saúde do local, a entrevistada PAULA aponta:

“A situação de saúde também é muito ruim, porque o posto de saúde é muito longe daqui (...) a gente só atende aqui na terça pela manhã, na quarta o dia todo e na sexta pela manhã e, por mais que a gente tente organizar o atendimento, tem sempre muita gente demais e não querem nem saber se hoje é dia de hipertensos e diabéticos, ou é dia de planejamento familiar, eles (moradores da comunidade) preferem as consultas do que as palestras educativas (...) é por demais complexo reverter tudo isso (...) a cultura do remédio é muito forte em todo canto e aqui então...! A gente atende de tudo um pouco, mas o grosso é parasitose intestinal, piodermites, micoses, tem desnutrição também, hipertensão, diabetes, muito idoso acamado que necessita de visita domiciliar, muita menininha nova grávida, muita virose, tem pneumonia (...) eu acho que tem também muita tuberculose, mas a gente não consegue fazer busca ativa de forma eficiente e daí a gente não descobre, mas que deve ter um monte de casos, isso tem...! Eu não tenho paciente com hanseníase, mas não tenho porque não procuro, porque se procurar acha e não é pouco não...! Tem muito hipertenso grave, mesmo, e muitas vezes falta a medicação e o paciente não tem quem possa pegar o remédio no posto e aí é a maior confusão, paciente muito velhinho que não pode caminhar tudo isso até o posto (...) já tiveram alguns que tiveram AVC porque não tinham o remédio da pressão, do diabetes e aí já viu, né...?! Tão condenados a viver pelas mãos dos outros em cima de uma cama, naquelas condições que todo mundo já sabe (...) eu vejo muito isso nas visitas domiciliares...! E outra coisa, eu nunca tinha visto tanta gente viciada em remédio controlado (...) é o diazepam (ansiolítico), é amitriptilina (antidepressivo), é fluoxetina (antidepressivo), é haldol (antipsicótico) (...) deve ser pra esquecer tantos problemas...! E a molecada tá toda afundada no crack (...) antes droga era coisa de adolescente marginal, mas agora a gente vê o tempo todo criança, menino e menina, de 10, 9 anos se chapando de crack (...) os pais vêm pedir a nossa ajuda, a gente tenta encaminhar pro CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), mas na maioria das vezes é tempo perdido, porque aí já começou a roubar, tem mãe que fala que a filhinha se prostituiu (...) é horrível, mas é o nosso trabalho e eu gosto muito de ser médico de família e poder fazer alguma coisa, mesmo sabendo que é pouco, mas já é alguma coisa pelo menos, né...?!” (PAULA)

A partir deste depoimento da entrevistada PAULA, percebemos que a mesma faz uma longa listagem dos principais agravos e doenças os quais fazem parte da sua rotina assistencial. A profissional aponta como sendo os principais problemas de saúde da comunidade do mangue do bairro Vila Velha “as parasitoses intestinais, as micoses, as piodermites, a desnutrição, a hipertensão e o diabetes, as viroses, a pneumonia, a tuberculose e a hanseníase, as psicopatologias, dentre outras.” Assinala, ainda, outros problemas como a grande quantidade de idosos acamados portadores de seqüelas neuropsicomotoras como conseqüência de complicações da hipertensão e do diabetes, a gravidez na adolescência e suas repercussões, o uso abusivo de medicamentos de controle especial, como aqueles utilizados nos transtornos ansiosos e depressivos e o elevado índice de drogadição entre os jovens da comunidade, sobretudo pelo consumo de crack. Há, ainda, referências à violência urbana.

A entrevistada menciona, ademais, como “problemas de saúde” aqueles relacionados à organização do serviço de saúde, no caso em questão, o Centro de Saúde da Família João Medeiros. A grande quantidade de pacientes aparece como um dos principais entraves à organização do atendimento de saúde, bem como o longo percurso a ser vencido pelos moradores da comunidade até o posto de saúde. Outro problema apontado por PAULA diz respeito à forte cultura local da medicalização, onde as ações em grupo, como palestras educativas, por exemplo, não despertam o mesmo interesse dos moradores que a consulta médica em si e a prescrição de medicamentos.

Em verdade, o atendimento à saúde da comunidade do mangue do bairro Vila Velha é realizado como parte das ações do Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade (PRMMFC) do Sistema Municipal Saúde-Escola (SMSE) da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) da Prefeitura Municipal de Fortaleza (PMF). O Centro de Saúde da Família João Medeiros conta com duas equipes do Programa de Saúde da Família (PSF), além de dois médicos residentes. As duas equipes do PSF lotadas nesta unidade de saúde não atendem à comunidade do mangue (apesar de curiosamente serem denominadas Mangue 1 e Mangue 2), ficando o atendimento de saúde da comunidade a cargo dos dois médicos residentes,

que trabalham sob a supervisão de um corpo de preceptores do programa de residência médica das áreas de Medicina de Família e Comunidade, Saúde da Criança e Saúde da Mulher. No entanto, a semana típica de atendimento dos médicos residentes não está dedicada integralmente ao atendimento na comunidade, pois os mesmos realizam consultas também na unidade de saúde do bairro.

A entrevistada PAULA não faz referência, entretanto, às doenças relacionadas à baixa qualidade ambiental urbana ou àquelas relacionadas à precariedade do saneamento básico, ou à ausência deste, na comunidade. É reconhecida de longa data a relação entre insalubridade do ambiente e o surgimento e manutenção de doenças, desde os tempos hipocráticos. Neste aspecto, CAIRNCROSS & FEACHEM (1990) *apud* HELLER (1997, p.32) apontam para a classificação ambiental das enfermidades infecciosas relacionadas com a água:

- Transmissão hídrica: ocorre quando o agente patogênico encontra-se na água que é ingerida;
- Transmissão relacionada com a higiene: identificada como aquela que pode ser interrompida pela implantação de higiene pessoal e doméstica;
- Transmissão baseada na água: caracterizada quando o agente patogênico desenvolve parte do seu ciclo vital em um animal aquático;
- Transmissão direta através de um inseto vetor: na qual os insetos, que procriam na água ou cuja picadura ocorre próximo a ela, são os transmissores.

Dentre os autores que se dedicam à degradação ambiental dos recursos hídricos e sua relação com a saúde humana, destacamos MORAES & JORDÃO (2002), que assinalam:

“Atualmente, a cada 14 segundos, morre uma criança vítima de doenças hídricas. Estima-se que 80% de todas as moléstias e mais de um terço dos óbitos dos países em desenvolvimento sejam causados pelo consumo de água contaminada e, em média, até um décimo do tempo produtivo de cada pessoa se perde devido a doenças relacionadas à água. Os esgotos e excrementos humanos são causas importantes dessa deterioração da qualidade da água em países em desenvolvimento. Tais efluentes contêm misturas tóxicas, como pesticidas, metais pesados, produtos industriais e uma variedade de outras substâncias (...) quando imprópriamente manuseados e depositados, os despejos industriais atingem a saúde humana e a ambiental. Exposição humana (ocupacional ou não-ocupacional) a despejos

industriais tem conduzido a efeitos na saúde que compreendem desde dores de cabeça, náuseas, irritações na pele e pulmões, a sérias reduções das funções neurológicas e hepáticas. Evidências dos efeitos genotóxicos à saúde, como câncer, defeitos congênitos e anomalias reprodutivas, também têm sido mencionadas. Aumento de incidência de carcinomas gastrointestinais, de bexiga, anomalias reprodutivas e malformações congênitas têm sido encontrados em populações que vivem próximas a perigosos depósitos de despejo.” (p.372 e 373)

Cumpre-nos destacar, aqui, que não dispomos de informações acerca da quantidade de casos de doenças relacionadas à transmissão hídrica na comunidade do mangue do bairro Vila Velha, mas apenas relatos eventuais dos moradores com relação à contaminação da água do Rio Ceará por resíduos domésticos de variados tipos, inclusive fezes, lançados por alguns moradores. Destacamos, ainda, que a água de consumo doméstico por vezes é retirada do próprio rio, mas também pode ser proveniente de ligações clandestinas à rede de abastecimento, o que, portanto, não garante a qualidade da água da qual as pessoas fazem uso. Apontamos, também, o armazenamento de água para as atividades domésticas em função da intermitência do abastecimento, naqueles domicílios conectados à rede da companhia operadora. O conjunto destas situações nos permite afirmar que estamos diante de uma comunidade exposta à baixa qualidade da água para fins domésticos e/ou outros fins, fato este que *per si*, é digno de atenção por parte dos profissionais de saúde que prestam atendimento à comunidade.

Em seguida, destacamos dois depoimentos (PEDRO e JOANA) que primam pela rica descrição de algumas de suas vivências como profissionais de saúde na comunidade e, que por isto, as reproduzimos na íntegra como segue:

“A saúde desse povo é de mal a pior, muita criança passando tanta necessidade que não tem como não adoecer (...) é virose o tempo todo, é pneumonia demais e, aqui, qualquer resfriado mais forte numa criança dessas já pode virar uma pneumonia, um derrame pleural e aí vai se internar nesses hospitais que Deus me livre...! Pra conseguir um raio-x, um exame melhor pra fazer um diagnóstico decente e um tratamento correto só com muita reza (...) eu ainda consigo, aqui e acolá, porque dou plantão num monte de canto e conheço muita gente, aí fica mais fácil conseguir um

exame, uma internação, uma transferência, mas na maioria das vezes é um Deus nos acuda, mesmo...! Sem contar que os colegas (médicos) dos hospitais não gostam da gente que trabalha no PSF (Programa de Saúde da Família) porque acham que a gente não sabe de nada, que a gente não estudou para trabalhar em hospital e outras coisas, mas eu quero ver é quais deles encaravam isso daqui que a gente encara praticamente todos os dias...! Mas até que eu concordo com eles em algumas coisas, pois o PSF não dá a mínima condição para a gente trabalhar direito, pelo menos aqui em Fortaleza as coisas são bem mais difíceis do que nos interiores onde eu já trabalhei (...) tem dia que eu saio pra visita (domiciliar) e não tem papel de receituário, não tem aparelho da pressão, não tem o glicosímetro, aí a gente vai só com a cara e com a coragem (...) isso desmotiva qualquer profissional, apesar de que eu sei que nos hospitais falta muita coisa também...! Aqui precisava de , pelo menos, mais uns 6 ou 7 médicos só para começar a atender esse povo todo do posto, mas com duas equipes aí é impossível, por mais boa vontade que você tenha...! Eu não faço a mínima idéia de quantos pacientes deve ter na minha equipe, quantos hipertensos, quantos diabéticos, quantas gestantes (...) da última vez que eu solicitei um escarro (exame microbiológico do escarro para diagnóstico de tuberculose) eu quase morri de raiva, porque demorou demais e, quando chegou, o paciente já tinha era morrido de outra doença que até hoje eu não sei do que foi...! Tem muito idoso que já teve AVC que precisa de uma sonda para urinar, de remédio controlado, de uma cesta básica, mas aí como é que vive só com o dinheiro da aposentadoria e alimenta uma ruma de gente...?! E quando morre e a aposentadoria que sustentava a família inteira se acaba...?! Eu tenho um paciente de bastante idade que vive na cama, cheio de escaras, e não tem nem o dinheiro pra comprar aquelas fraldas especiais e vive todo urinado, defecado em cima da cama, pois ele mora sozinho com a esposa que também é uma senhora bem velhinha (...) é de encher os olhos de lágrimas...!" (PEDRO)

"Eu já trabalhei em tudo quanto foi canto (...) na serra, no litoral, no sertão do Ceará, naquele sertão que não tem nada, mesmo (...) já vi muita pobreza, até porque eu também sou do interior, mas miséria como aqui em Fortaleza eu nunca tinha visto tanto...! Olha, existem uns bairros em Fortaleza que meu Deus do céu...! E não é só aqui no mangue, não...! Tem um monte de bairro na regional 5 (Secretaria Executiva Regional V) onde a situação é tão gritante quanto aqui na Vila Velha (...) Parque Genibaú, Granja Portugal (...) aqueles bairros tudinho que ficam bem próximo do Maranguapinho (Rio Maranguapinho, afluente da margem direita do Rio Ceará) também é um Deus nos acuda...! Tanto lá como aqui, o pessoal mora bem dizer dentro do rio (...) o risco de enchente é constante, principalmente na época de chuva, como agora (...) e é

porque esse ano não tá chovendo tanto em Fortaleza como no ano de 2004 (...) ali sim, teve um monte de famílias desabrigadas e sem ter para onde ir...! Área de enchente é sempre uma preocupação, né...?! Como é que se faz saúde nestes locais tão carentes...?! Esse povo é desprotegido de tudo (...) no interior o PSF funciona de forma bem satisfatória, apesar de muitos problemas também, mas em Fortaleza, todos os problemas são muito maiores, né...?! Aqui, o que eu mais vejo é aquela hipertensão simples que de repente complica, e aí precisa de UTI, é o diabetes leve a moderado e de repente, o paciente tem que amputar a perna porque gangrenou (referência às complicações vasculares do diabetes), tem muito idoso prostrado em cama e sem as mínimas condições de higiene e de conforto, é um grande peso pra família toda (...) tem muita trombose também (...) criança encatarrada é o tempo todo, mas também com essas condições de poeira dentro e fora de casa, não tem uma alimentação adequada, uma vestimenta adequada e tudo isso se junta e maltrata muito as crianças (...) aqui, o que você imaginar em termos de doenças tem (...) é a diarreia simples até a diarreia grave com desidratação que tem que internar a criança (...) é a pneumonia, é rinite, é sinusite (...) é ferida, aqui tem um livro completo de medicina...! Tudo isso tem a ver com as condições do lugar, né...?! Eu atendo muita tuberculose, também...! O remédio de tuberculose é tão forte, que tem paciente que não consegue nem tomar e larga o tratamento, porque como é que pode agüentar com a barriga vazia de fome um monte de comprimido por, pelo menos, seis meses...?! Aí, gera resistência ao tratamento medicamentoso e fica disseminando um bacilo cada vez mais forte...! Outro problema, aqui, é o grande número de meninas grávidas (...) nós ofertamos planejamento familiar com anticoncepcional, tanto oral quanto injeção, além dos preservativos, mas parece que entra por um ouvido e sai pelo outro...! Eu fico pensando, pra gente que estudou e trabalha a semana toda, as coisas já não são fáceis, imagina pra uma menina dessas sem estudo, sem trabalho e sem horizonte nenhum...?! É praticamente uma criança cuidando de outra criança, sim, porque para mim, uma menina grávida aos 12, 13 anos não deixou de ser uma criança...! E daí vai viver do quê...? Sem contar que, às vezes, além de grávida, é metida com gangues e drogas, e aí acaba de complicar aquilo que já era sem jeito...! Esse é um retrato da realidade do mangue e eu acho que da maior parte de Fortaleza...! Tem motorista da prefeitura que diz, doutora, como é que a senhora tem coragem de trabalhar num lugar desses, aqui só tem o que não presta, é bandido, é marginal...! Eu sei que isso é verdade, mas tem muita gente de bem também que não pode morar em outro lugar...! E esse pessoal depende só do PSF (...) tem dia que eu tenho o maior orgulho de ser do PSF, mas tem dia que eu ando meio pensando se eu não deveria estar trabalhando em outro canto, sei lá, no interior, em algum hospital...!

(JOANA)

6.2.1.3) Reconhecimento do território e os processos de territorialização em saúde no Programa de Saúde da Família (PSF):

A partir da análise e discussão desta categoria, objetivamos compreender como os profissionais da Atenção Básica do Centro de Saúde da Família João Medeiros descrevem o território sobre o qual exercem suas responsabilidades sanitárias, bem como a opinião dos mesmos sobre o processo de territorialização levado a cabo pela SMS/PMF (Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura Municipal de Fortaleza).

O processo de territorialização em saúde de Fortaleza foi iniciado no ano de 2005 e teve como objetivo principal “delimitar e quantificar as micro-áreas de atuação dos agentes comunitários de saúde (ACS), ou seja, fazer um mapeamento geral do município” (FORTALEZA, 2005). Explicita o referido documento (FORTALEZA, 2005):

“Territorializar uma cidade de grande porte, como Fortaleza, é um desafio diário e cotidiano. Desafio este iniciado em 2005, com continuidade em 2006, no intuito de oportunizar a identificação detalhada das potencialidades, dificuldades, recursos, enfim, um conhecimento mais apurado da complexidade social de cada território e micro-área, protagonizada não só por técnicos, mas com a participação das comunidades (...) O processo de mapeamento geral, concluído inicialmente em dezembro de 2005, possibilitou a definição sobre a quantidade de ACS que irão acompanhar 100% da população totalmente dependente do SUS. Para a SMS, isto corresponde a 70% de cobertura da população total de Fortaleza”. (p.62)

Ainda, segundo o Relatório de Gestão da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura Municipal de Fortaleza (FORTALEZA, 2005):

“Didaticamente, o processo de territorialização em saúde de Fortaleza está dividido em dois momentos: o mapeamento geral e a territorialização propriamente dita, conforme segue:

- Mapeamento geral: define o retrato inicial da cidade e a descrição técnica, através de dados secundários, de territórios de saúde, seus perímetros e áreas de abrangência. Nesta etapa, são envolvidos técnicos e profissionais de saúde, além de

profissionais de apoio (geógrafos, técnicos de informática, etc.). O resultado desta etapa não deve ser encarado como real, pois apesar de toda tecnologia em informática em mapeamentos e banco de dados existente, não há a participação efetiva das comunidades.

- Territorialização (propriamente dita): com o mapeamento inicial e a delimitação dos territórios de saúde pode-se catalogar cada espaço, cadastrar as populações, alimentando bancos de dados a partir da realidade local, conhecer a dinâmica das comunidades e acompanhar suas relações. Trata-se da territorialização viva, que se constrói em interação com vários atores da comunidade e outros que interferem nas relações locais. Nesta perspectiva, a contribuição dos ACS e dos agentes sanitários é por demais valiosa e necessária. São os profissionais que conhecem a dinâmica social dos territórios, possibilitando uma apreensão viva dos mesmos e, ainda, contribuindo para o protagonismo das comunidades no processo de territorialização". (p.63)

Desta forma, temos que a chamada área verde do mangue do bairro Vila Velha é representada, segundo esta lógica de territorialização, pelo conjunto das micro-áreas 068, 069, 070 e 071.

Entretanto, conforme constatamos nas entrevistas realizadas com os profissionais das equipes de saúde da família, nenhum destes relatou ter participado do processo de territorialização em saúde do município de Fortaleza, muito menos da divisão do território do bairro Vila Velha, bem como da alocação das equipes a partir de então. Para esta categoria de análise, optamos por transcrever na íntegra os depoimentos dos profissionais entrevistados como forma de mostrar que este foi um tema bastante problematizado e que produziu uma série de reflexões por parte dos profissionais.

“Eu acho essa discussão de território muito importante, mesmo, mas do jeito que é feito (a territorialização), eu acho que tá tudo errado (...) essa divisão é feita não sei por quem, não sei aonde (...) e quando a gente chega pra trabalhar no PSF de Fortaleza é aquela algazarra...! Veja, aqui no Vila Velha (bairro) tem muita micro-área descoberta e sem nenhum agente de saúde, que dirá atendimento médico...?! O povo (técnicos do Distrito de Saúde) da regional (Secretaria Executiva Regional I) diz que vai vir aqui e arrumar mais médico, mais agente de saúde, mais enfermeiro, mas do jeito que vai, não sei não...! Essa divisão é toda doida ...! Por exemplo, a área do mangue, que é aquela área verde, não tem nenhum agente comunitário de saúde e os médicos que atendem lá são os residentes (médicos residentes em Medicina de Família e Comunidade), que têm muita garra de trabalhar lá, mas o PSF não é feito só de boa vontade, tem que ter gestão e planejamento também pra poder caminhar (...) uma área

daquele tamanho tinha que ter pelos menos, uma equipe voltada só para o atendimento dela, só para iniciar alguma coisa de saúde, mas infelizmente não é assim...! Veja aqui (apontando para o mapa das micro-áreas do bairro Vila Velha) a quantidade de micro-áreas que o posto (Centro de Saúde da Família João Medeiros) tem e a quantidade de profissionais que temos (...) é humanamente impossível atender quase 60.000 (sessenta mil) pessoas só com duas ou três equipes (...) então a gente brinca de fazer PSF, porque o PSF não é isso, não...! Quem já trabalhou no interior sabe que é completamente diferente...! Pra mim essa territorialização não funciona de jeito nenhum e, na verdade, só faz é atrapalhar porque eu preferia que nós atendêssemos muito bem algumas áreas e aquelas outras que são descobertas a gente deixasse para lá, para a Prefeitura resolver...! O que não dá é sobrecarregar todo mundo e cobrar de todo mundo como se nós tivéssemos toda a infra-estrutura para atender bem esse povo e uma quantidade de equipes satisfatória para isso...! Como é que pode alimentar o SIAB (impostar os dados de saúde das micro-áreas no Sistema de Informações da Atenção Básica) de forma correta...? É tudo invenção...! É tudo um exercício de imaginação...! Para mim, a territorialização é o processo de dividir o território do jeito mais justo entre as equipes, de modo que nenhuma equipe fique mais sobrecarregada que uma outra, ou então dividir as famílias de modo o mais igual possível para que todo mundo possa ser atendido (...) eu acho que dividir (o território) por quarteirões é melhor do que dividir por ruas (...) porque eu já vi agente de saúde brigando para ver quem atendia o lado par ou ímpar da rua, porque o lado ímpar, no período da tarde ficava no lado do sol...! A coordenação do posto (Centro de Saúde da Família João Medeiros) fica o tempo todo nos pedindo para atender gente de área descoberta que, infelizmente, é a maioria...! Os profissionais deveriam participar diretamente dessa divisão das áreas, pois são eles que atendem aos pacientes (...) os ACS (agentes comunitários de saúde) também, porque são eles quem de fato andam pelas áreas e, em tese, conhecem todo mundo (...) apesar de que no mangue as pessoas mudam a todo instante porque é uma área de invasão, de ocupação e aí fica mais difícil conhecer toda a população do mangue (...) eu já escutei que lá tem dois mil, três mil, até quase cinco mil pessoas eu já ouvi falar (...) quer dizer, é quase impossível fazer a territorialização do mangue...! Não se tem noção nenhuma de quantas pessoas realmente vivem lá, pode-se dizer que é uma população flutuante...!"

(PAULA)

“Olha, eu acho que essa conversa de territorialização é conversa pra boi dormir (risos...) (...) só serve pra dar dor de cabeça para as equipes, pois do jeito que é feita, não dá...! Eu não conheço um médico, uma enfermeira que tenha participado da divisão do território (...) essa divisão é a maior furada...! Eu vivo

falando nas reuniões do posto que essa divisão (do território) está toda errada, pois o mangue nem agente de saúde tem, só para você ter uma idéia...! Assim, como é que a gente pode organizar o atendimento, organizar a demanda e cumprir os programas (ações programáticas, atendimento aos grupos prioritários da Estratégia de Saúde da Família)...?! Eu fiz especialização em saúde da família e sei o quanto é importante (a territorialização), mas na prática é difícil de fazer isso...! E sempre dá confusão com os profissionais de outras unidades de saúde, pois quando a gente senta com os profissionais dos outros postos dos bairros vizinhos ficam todos discutindo para não receber mais áreas, com mais gente, com mais responsabilidade, com mais papel pra preencher...! Parece que o objetivo de todo mundo nessas reuniões é se livrar das áreas que já possuem para ver se alivia um pouco mais a pressão (...) por exemplo, pergunta quem quer ficar com a área do mangue sem sequer um ACS (agente comunitário de saúde)...!”? (JOANA)

“Bom seria se nós mesmos fizéssemos essa divisão do território e não a regional (Secretaria Executiva Regional I) (...) porque tudo que vem de cima para baixo não pode funcionar direito, né...?! Fica muito antipático...! Eu acho, inclusive, que os próprios pacientes podiam participar também, mas isso é muito difícil de organizar, pois todos eles (os pacientes) iriam querer puxar o atendimento pra perto deles e, talvez, muitos outros ficariam prejudicados...! O fato é que isso é um grande nó (...) a gente trabalha com a adscrição da clientela para a organização das consultas, mas como fazer a adscrição da clientela se a gente não consegue nem cadastrar todos eles (moradores do bairro Vila Velha), o que dirá fazer o acompanhamento correto...?! Tem hipertenso que eu vejo uma vez perdida, e isso quando ele procura o posto (Centro de Saúde João Medeiros) dizendo que o remédio da pressão já acabou há quase um mês e só agora ele conseguiu uma ficha (...) aí, a coordenadora pede para que a gente atenda o paciente para passar os remédios novamente (...) eu adoro ajudar, mas ficar quebrando o galho o tempo todo não é bom nem para o serviço e nem para o paciente, mas fazer o quê, né...?! Tem dia que eu atendo mais gente de outras áreas do que da minha própria área (...) e isso é horrível, pois eu deixo de cumprir meus programas (ações programáticas da Estratégia de Saúde da Família) para cumprir das áreas descobertas...! Tem dia que eu me programo para atender os pacientes com hipertensão e diabetes, mas tem tanta criança de outras áreas que eu fico sem ação (...) tem gestante, tem idoso, até tuberculoso tem no meio de um monte de velhinho com pressão alta (...) e eles não querem nem saber, pois todo mundo acha que o seu problema é sempre maior do que o do outro...! Não existe territorialização sem agente de saúde, e não existe territorialização sem um número adequado de profissionais que possa dar conta do atendimento...!” (PEDRO)

“A territorialização é, sem dúvida, um dos passos mais importantes para o correto funcionamento do PSF (...) sem o reconhecimento do território não se pode fazer o diagnóstico da comunidade, uma análise de verdade...! O que eu vejo é que todo esse processo é feito sem conversa entre as partes (...) eu não lembro de ter participado, acho que os moradores também não participaram, pois é muito comum chegar um paciente para um colega (médico) e este falar que não pode atender porque a pessoa é de outra área (...) ué, mas o SUS não diz que é universal...?! Que todos têm os mesmos direitos...?! Eu fico imaginando o que se passa na cabeça da pessoa quando o médico diz que ela não é da área dele...! Doença não espera e não tem área...! A pessoa está ali diante do médico porque precisa de atendimento e de remédio e não quer saber se a área dela é coberta ou descoberta pelo PSF...! Essa territorialização, às vezes, deixa a gente e os pacientes perdidos (...) é muito burocrático (...) acho que pode melhorar muito...! Como o mangue não possui agente de saúde, eu estou pensando que nós mesmos podíamos separar um espaço na agenda semanal e tentarmos cadastrar os moradores do mangue (...) acho que já seria um bom começo, pois isso ainda não foi feito e qualquer iniciativa seria uma boa...! Eu penso que deveríamos fazer um mutirão para isso (...) são 9 (nove) agentes de saúde, 2 (duas) equipes de PSF e 2 (dois) residentes (...) as equipes se chamam “Mangue 1” e “Mangue 2”, mas na prática quem atende lá são os residentes...! Se começar pela Arhtur Borges (rua) já dá para ter uma boa noção geral, apesar de que lá é enorme e tem gente demais (...) tem dia que chove tanto que essa rua que dá acesso ao local do atendimento fica toda alagada e simplesmente isola a comunidade toda...! Se a gente fizer (o cadastramento) de 10 (dez) em 10 (dez) casas pode ser que a gente termine um dia...!!! O problema é que o final dessa rua já pertence à regional 3 (Secretaria Executiva Regional III), se eu não estiver enganado...!” (ANDRÉ)

6.2.1.4) Políticas públicas de saúde e ambiente:

Nesta categoria de análise, objetivamos apreender as compreensões dos profissionais das equipes de saúde da família acerca das inter-relações entre a saúde e o ambiente, tanto em nível de conhecimento geral, quanto em nível do âmbito institucional.

Em geral, explicitando aqui nossa experiência já de alguns anos de atuação profissional no Sistema Único de Saúde (SUS) como médico do Programa de Saúde da Família (PSF), precisamente, há oito anos ininterruptos, assinalamos que os profissionais das equipes de saúde da família, na maior parte do tempo, limitam ou circunscrevem suas ações à esfera assistencial ou ao cumprimento das ações programáticas previstas na Política Nacional da Atenção Básica, qual seja a atenção ao cumprimento das metas de suas áreas estratégicas, tais como a Saúde da Criança, a Saúde da Mulher, o Controle do Diabetes, o controle da Hipertensão, a Eliminação da Hanseníase, o Controle da Tuberculose, a Saúde Bucal, a Eliminação da Desnutrição Infantil, a Promoção da Saúde e a Saúde do Idoso (BRASIL, 2006a).

Ademais, são estabelecidos “compromissos entre os gestores do SUS em torno de prioridades que apresentam impacto sobre a situação de saúde da população brasileira” conforme as palavras das recomendações constantes no documento intitulado: Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão: Diretrizes Operacionais (BRASIL, 2006b). Este documento assinala seis prioridades pactuadas: Saúde do Idoso, Controle do câncer do colo do útero e da mama, Redução da mortalidade infantil e materna, Fortalecimento da capacidade de resposta às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza, Promoção da Saúde com ênfase na atividade física regular e alimentação saudável e o Fortalecimento da Atenção Básica. Assinalamos aqui, que o conjunto das ações preconizadas para os profissionais de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) não abarca toda a complexidade do desenrolar do processo saúde-doença e das inter-relações deste último com o ambiente em seus “territórios” de atuação profissional.

O que surge no horizonte, segundo o documento Subsídios para a Construção da Política Nacional de Saúde Ambiental (BRASIL, 2007) é avançar na discussão e na capacidade de intervenção sobre os condicionantes e determinantes da saúde ou “abrir caminho para um novo ciclo do SUS”.

Neste contexto, segundo o referido documento (BRASIL, 2007):

“O desenvolvimento da referência conceitual da interface entre saúde e ambiente, com o intuito de implementar uma política de saúde ambiental, recoloca na ordem do dia a necessidade de aprimoramento do atual modelo de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS), de forma que a agenda da promoção da saúde seja compreendida numa dimensão em que a construção da saúde é realizada fundamentalmente, embora não exclusivamente, fora da prática das unidades de saúde, ocorrendo nos espaços do cotidiano da vida humana, nos ambientes dos processos produtivos e na dinâmica da vida das cidades e do campo. Busca-se compreender o ambiente como um território vivo, dinâmico, reflexo de processos políticos, históricos, econômicos, sociais e culturais, onde se materializa a vida humana e a sua relação com o universo. É necessária e urgente a adoção de uma prática de saúde voltada para os determinantes e condicionantes da saúde, a partir da qual se poderia construir mais um novo ciclo do SUS.” (p.13)

O referido documento (BRASIL, 2007) lança um convite para uma nova prática de saúde com vistas a um avanço qualitativo significativo das intervenções do Sistema Único de Saúde, na qual a agenda da promoção da saúde ocorra “predominantemente, mas não exclusivamente” fora das unidades de saúde. Ora, no contexto da Atenção Básica em Saúde, este local “fora da unidade de saúde” corresponde ao próprio território de atuação das equipes de saúde da família, no qual estas desenvolvem suas ações programáticas para a população adscrita, mas também “espaço do cotidiano da vida humana”, ou ainda, o lugar onde se vive a vida.

SANTOS (2002) aponta para a “força do lugar” e o conteúdo geográfico do cotidiano. Outros autores assinalam a centralidade do lugar, este fundado na escala temporal do cotidiano vivido, para o entendimento das inter-relações entre a saúde e o ambiente, como nas obras de SANTOS (sem data), SANTOS e PELUSO (2006), MENDES e DONATO (2003) e NOVAES (2002).

Entendemos, assim, que o lugar, e seu correspondente operacional no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o território, correspondem a uma importante categoria para a compreensão do desenrolar

dos eventos da vida da população. Na prática, como médico do Programa de Saúde da Família (PSF), percebo que as equipes de saúde da família desenvolvem suas ações de saúde em função de atributos individuais e/ou das famílias e, assim, o enquadramento destes/destas nas áreas programáticas definidas pela Política Nacional da Atenção Básica. Obviamente, tais atividades são realizadas a partir de uma organização territorial do sistema de saúde.

Falta-nos, entretanto, no nosso entendimento, um olhar qualificado para o território em suas múltiplas dimensões, este entendido como produto de transformações históricas, políticas, econômicas, sociais, culturais e ambientais e palco de disputas de poder por distintos e variados atores. Entendemos por olhar qualificado sobre o território a apreensão de variáveis objetivas deste e que o definem através dos chamados indicadores, bem como de variáveis simbólicas e subjetivas que coloquem em primeiro plano a percepção das pessoas que lá vivem.

Destarte, “abrir um caminho para um novo ciclo do SUS”, na perspectiva do lugar, exige por parte dos profissionais de saúde, a ampliação da potência descritiva e analítica do processo saúde-doença nos “lugares cotidianos da vida”. No entanto, o próprio Ministério da Saúde reconhece a dificuldade da implementação de uma política integrada de saúde e ambiente em virtude da insuficiente qualificação técnica dos profissionais de saúde para compreender as dimensões objetivas e subjetivas do (re) surgimento e manutenção de doenças e agravos à saúde no âmbito dos seus espaços de atuação, bem como aponta para a necessidade do trabalho multidisciplinar, interdisciplinar e transdisciplinar necessário à construção de uma política de saúde ambiental (BRASIL, 2007):

“Outro grande desafio se refere à qualificação técnica dos profissionais de saúde e das outras áreas envolvidas, para que desenvolvam atividades nesse campo. A experiência de institucionalização da Coordenação Geral de Vigilância em Saúde Ambiental, da Secretaria de Vigilância em Saúde, do Ministério da Saúde (CGVAM/SVS/MS), aponta a necessidade de se contar com uma equipe multidisciplinar, integrada por especialistas de diversas áreas do conhecimento, bem como a necessidade de que estes profissionais estejam comprometidos, no plano individual e coletivo, com a construção e a implementação de políticas públicas que dêem respostas efetivas às demandas da sociedade.”

(p.20)

Como, então, uma política pública de saúde ambiental “toca” o lugar, o chão da vida das pessoas? De que lugar estamos falando? Que pessoas estão envolvidas neste processo? Que transformações deste lugar são importantes no contexto do desenvolvimento de políticas públicas setoriais e intersetoriais? Como transformar o lugar nos chamados “ambientes ou espaços saudáveis”? Que atributos definem um “ambiente saudável”? São muitas perguntas a serem respondidas ao longo deste “caminho para um novo ciclo do SUS” e, mais do que tentar respondê-las, assinalamos a necessidade de problematizar tais questões como uma forma de contribuir para a discussão atual da construção de uma política nacional de saúde ambiental, sobretudo diante da necessidade da criação de pontes metodológicas entre esta e a Atenção Básica.

Neste contexto, apontamos a Vigilância em Saúde Ambiental como sendo o braço operacional de uma futura política nacional de saúde ambiental e, explicitamos, aqui, a importância da construção de elos entre esta e a Atenção Básica, o que, na nossa compreensão, ampliaria sobremaneira a potência analítica e descritiva dos eventos de saúde e doença, bem como a capacidade de resposta aos mesmos. Mas como fazê-lo? Como agir? Que prioridades estabelecer? Dentre as inúmeras sugestões que porventura venham a surgir para a resolução desta problemática, defendemos que a categoria de análise fundamental para tal fim diz respeito ao território. A esta altura, recordo-me de profícuas e longas discussões com um grande amigo, ele, geógrafo, então Coordenador do NUVAS/SMS/PMF (Núcleo de Vigilância Ambiental em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura Municipal de Fortaleza) e eu, médico, profissional do Programa de Saúde da Família do município de Fortaleza.

Com relação à discussão acerca do lugar, apontamos, ainda, que as deliberações em torno do Plano Diretor Participativo de Fortaleza podem servir como estímulo adicional para o entendimento das complexas transformações e ocupação dos territórios urbanos da capital cearense ao “problematizar” a intersetorialidade e a participação popular não mais como um esforço de retórica, mas como um instrumento de abordagem da realidade concreta do espaço urbano. Neste caso, foram construídos mapas de leitura

técnica e mapas de leitura comunitária, onde moradores da cidade foram instados a produzir tais mapas a partir de suas vivências nos diversos bairros do município de Fortaleza. Sem dúvida, os profissionais das equipes de saúde da família podem (e devem) se apropriar destes mapas como forma de melhor compreender os diversos “territórios” da cidade.

Apesar de algumas críticas às subdivisões operacionais de abordagem da realidade da Vigilância em Saúde Ambiental, nos chamados “compartimentos ambientais” (ar, água, solo, ambientes de trabalho, etc.), no nosso entendimento, esta pode representar um grande avanço qualitativo do Sistema Único de Saúde (SUS) ao apontar e elucidar questões relacionadas à qualidade ambiental destes “compartimentos” e a exposição de determinados estratos da população a estas “condições ambientais inadequadas nestes compartimentos”. Permanece, entretanto, o desafio da construção de pontes metodológicas entre a Vigilância em Saúde Ambiental e a Estratégia de Saúde da Família. A construção dessa intersecção operacional é premente e, sem dúvida, estratégica para um novo modo de entender e de atuar sobre o processo saúde-doença.

“Eu acho essa estória de meio ambiente muito importante e atual, pois o mundo precisa tomar tento para a degradação do planeta (...) as políticas públicas até existem, mas a justiça não consegue proteger a natureza da ganância dos ricos e dos empresários que destroem o planeta e isso é muito sério! (...) e os pobres também têm que cumprir a sua parte e não invadir as áreas de risco...! (JOANA)

Observamos, no comentário acima, o uso do termo “meio ambiente” quase como sinônimo de “natureza” ou de “planeta”, e “políticas públicas” como sinônimo de “justiça”, ou algo como um instrumento de mediação de conflitos entre ricos, de um lado, e pobres, do outro, mas ambos os grupos com importantes parcelas de participação no atual estado de degradação ambiental. O discurso da “ação antrópica”, entretanto, perde força quando são identificados e chamados à responsabilidade os atores promotores das progressivas transformações, para alguns irreversíveis, do equilíbrio dos ecossistemas.

Interessante apontar, ainda, na narrativa de JOANA, que quem deve tomar conta para a degradação do planeta é o mundo, mas não as pessoas, e que a existência de políticas públicas *per se* seria suficiente para o controle da degradação ambiental. JOANA não faz referência à possibilidade de danos à saúde humana em virtude da redução e da perda progressiva da qualidade ambiental. Apontamos, ademais, que na fala da mesma ficam explícitos que os atuais motivos das transformações ambientais do planeta são a “ganância dos ricos e dos empresários” e a “invasão das áreas de risco pelos pobres”, como se estes dois fatores fossem suficientes para fornecer o entendimento cabal do atual estado de coisas ou como se o controle do “ímpeto” de pobres e ricos fosse capaz de minimizar a degradação ambiental.

Em nenhum momento de sua fala, a entrevistada JOANA se coloca como sujeito ativo na compreensão desta problemática, tendo delegado esta compreensão ao “mundo, aos ricos e empresários e aos pobres”. E o seu papel de profissional de saúde? Como chamá-la à reflexão acerca da problemática ambiental e suas repercussões sobre a saúde de seus pacientes em seu “território”? Como instrumentalizá-la com ferramentas que dêem conta de descrever e analisar as transformações do território? Como se “dar ao luxo” de pensar a dimensão ambiental com tantos pacientes que lhe batem à porta diariamente em busca de atendimento médico? Como inserir o “ambiente” no cotidiano das unidades de saúde?

A Atenção Primária Ambiental, em sua tentativa de dar renovada atenção ao “nível local” e à “participação da sociedade” fornece importantes elementos de análise das questões ambientais, sobretudo aquelas mais relacionadas ao espaço local e ao cotidiano das pessoas, procurando evitar, assim, definições mais genéricas de meio ambiente e descoladas das realidades sócio-ambientais da escala local, do dia a dia das populações e dos indivíduos, reconhecendo que os problemas ambientais que afligem as pessoas são, em sua maioria, de natureza local (OPAS, 1999). Nesse percurso, o “território” do Programa de Saúde da Família pode receber considerável aporte descritivo e analítico dos problemas de saúde a partir do entendimento da articulação do nível local com outros níveis que sobre este incidem e o determinam e/ou o condicionam (regional, nacional, etc.).

Prossegue outro dos nossos entrevistados:

“Eu acho que seria interessante se nós estivéssemos mais atentos para os problemas do ambiente, pois a gente sabe que o ambiente interfere diretamente na saúde das pessoas (...) o lixo, o ar poluído, a água de beber (...) tudo isso pode adoecer as pessoas e representa uma carga para o sistema de saúde como um todo...! A diarreia, por exemplo, tem a ver com a água, com os alimentos contaminados (...) a asma pode piorar se o ar estiver muito poluído e por aí vai...! (PEDRO)

A narrativa de PEDRO explicita que “o ambiente interfere na saúde das pessoas”, mas o faz de forma vaga, apesar de apontar alguns elementos como o “lixo, o ar poluído, a água de beber (...) e os alimentos contaminados” como fontes potenciais de agravos à saúde. Citam-se algumas doenças tradicionalmente relacionadas à baixa qualidade ambiental, como as doenças diarreicas e a asma, mas sem uma maior elaboração analítica. Aqui, apontamos certa “linearidade” de causa-efeito nem sempre perceptível e, mesmo, condenável, na análise de relações tão complexas, posto que, alguns podem imaginar que a resolução de todos os casos de diarreia passa exclusivamente pelo “saneamento ambiental” e a solução para o número cada vez maior de casos de asma, sobretudo infantil, passa exclusivamente pela “purificação do ar”. Em saúde ambiental, problemas complexos demandam por análises e soluções amplas e integradoras.

CAPÍTULO 7 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

Realizar esta pesquisa foi a concretização de um sonho pessoal cultivado já há algum tempo. Quando fiz a opção (feliz) de trabalhar como médico do Programa de Saúde da Família (PSF) fui ao encontro do meu coração e ignorei, completamente, os conselhos (!) de alguns professores da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará (UFC), instituição onde realizei minha graduação, que diziam que quem não estudasse acabaria por se tornar médico do PSF. Pois bem, nunca tive que estudar tanto em minha vida e, ironia do destino, justamente por ter me tornado médico de família...!!!

A discussão acerca do território, proveniente de diversas tradições das ciências humanas, permitiu-me entrar em contato com um mundo completamente novo. As mudanças econômicas, políticas e culturais nos convidam a buscar novas ferramentas teóricas, metodológicas e conceituais para a compreensão do mundo contemporâneo. Assim, trabalhar no Programa de Saúde da Família (PSF) exige a aquisição de determinados referenciais que tradicionalmente não nos são repassados nos bancos da graduação e sua formação eminentemente voltada para o “território” do corpo, mas não para o “território” da vida das comunidades das periferias dos grandes centros urbanos brasileiros.

As discussões mais recentes sobre o território incorporam o componente cultural considerando que o território carrega sempre, de forma indissociável, uma dimensão material, mas também uma dimensão simbólica, esta última repleta de significações e sentidos para as pessoas que vivem suas vidas não somente em um espaço político-administrativo, mas em um lugar cotidianamente vivido. Assim, trabalhar como médico na comunidade do mangue do bairro Vila Velha é algo realmente instigante, pois naquele contexto estão articuladas diversas realidades. O território do SUS na comunidade que mostramos em nossa pesquisa não diz muito a respeito das vidas daquelas pessoas, pois não é suficiente enquadrá-las em micro-áreas, estas agrupadas em áreas, que por fim compõem a área de abrangência do Centro de Saúde da Família João Medeiros, unidade básica de saúde responsável pelo atendimento do bairro Vila Velha. Logicamente, o sistema de saúde organiza-se a partir de

um substrato territorial, mas não faz sentido encerrar a discussão sobre aquele território e sua gente sofrida, mas cheia de força, nos limites singulares propostos pela territorialização em saúde do município de Fortaleza.

Daí, termos feito a opção de estudar a comunidade do mangue do bairro Vila segundo sua articulação em três territórios distintos, mas interligados: o território do SUS local e sua lógica própria de organização da atuação das equipes do Programa de Saúde da Família para a consecução de suas ações programáticas, o território do bairro Vila Velha em sua conexão com o crescimento e a expansão urbana da cidade de Fortaleza e sua precária oferta de serviços urbanos a importantes contingentes de sua população e, por fim, o território da Área de Proteção Ambiental (APA) do Estuário do Rio Ceará, especificamente um grande trecho da margem direita do Rio Ceará, em sua planície flúvio-marinha, área sujeita às oscilações de maré e que vem sendo ocupada por famílias em um contexto de elevada vulnerabilidade social. No entanto, as pessoas que ali vivem o fazem pela falta de opção de ocupar outros espaços da cidade, sendo os excluídos da lógica urbana perversa que reserva aos pobres urbanos os espaços que em um determinado momento histórico não fazem parte da lógica da valorização do solo urbano pela especulação imobiliária.

Assim, buscamos compreender estes três “territórios” segundo o discurso dos órgãos oficiais, que culpabiliza as famílias que lá vivem (e sobrevivem) pelo elevado grau de degradação ambiental da APA do Rio Ceará; a partir da perspectiva de alguns de seus moradores mais antigos e suas histórias de vida no lugar e suas trajetórias de exclusão em busca de espaço no concorrido solo urbano para construir suas casas e viver com dignidade suas vidas; e, por fim, do ponto de vista dos profissionais de saúde que assistem à comunidade do mangue do bairro Vila Velha.

Dos moradores da comunidade do mangue do bairro Vila Velha, intentamos analisar suas opiniões sobre as condições gerais de vida e de moradia, as condições de saúde e a questão da repressão e do uso do poder coercitivo do Estado para a transferência das famílias para os questionáveis conjuntos habitacionais.

Dos profissionais do Programa de Saúde da Família, buscamos compreender como estes avaliam as condições gerais de vida e de moradia, bem como as condições de saúde da comunidade, além das impressões dos mesmos acerca dos processos de territorialização em saúde e as políticas de saúde e ambiente.

Ao final, obtivemos um amplo e complexo cenário repleto de significados e disputado por distintos atores sociais, com notáveis diferenças de poder de ação. Uns tentando viver suas vidas (os moradores), outros tentando ajudá-los nessa jornada (os profissionais do PSF), e outros buscando transferir milhares de pessoas que ali residem sob a argumentação da preservação ambiental do lugar. Outros pesquisadores já estudaram a comunidade sob variados ângulos de análise e, certamente, a nossa pesquisa corresponde a mais uma destas tentativas de compreender este cenário de tantas riquezas, mas também de muitas privações.

Aquilo que vimos e ouvimos dos participantes da pesquisa não encerram a discussão sobre a comunidade do mangue do bairro Vila Velha, nem foi esta nossa intenção, mas o conjunto de informações levantadas pode servir de apoio para outros estudos acerca daquele território.

REFERÊNCIAS

1 - ABRASCO. Subsídios ao Plano Diretor para o Desenvolvimento da Área de Saúde e Ambiente. VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, grupo temático de saúde e ambiente da ABRASCO, Brasília, 29 e 30 de Julho de 2003.

2 – ADRIANO, JR *et al.* A construção de cidades saudáveis: uma estratégia viável para a melhoria da qualidade de vida? Revista Ciência & Saúde Coletiva, v. 3, nº 2, p.59-68. Rio de Janeiro/RJ, 2000.

3 - AKERMAN, M. Território, governança e articulação de agendas. Gestão local nos territórios da cidade, ciclos de atividades com as subprefeituras, CEPEDOC, Cidades Saudáveis, São Paulo, 2005.

4 – ANDRADE, MC. A questão do território no Brasil. 2º Edição. Editora HUCITEC. São Paulo/SP, 2004.

5 - ANDRADE, LOM e colaboradores. A estratégia saúde da família. Capítulo 7, Fundamentos e Práticas em Atenção Primária em Saúde. 3º Edição. Artmed, 2006.

6 – ARAÚJO, MV & FREIRE, GSS. Análise ambiental e de uso e ocupação da Área de Proteção Ambiental (APA) do Estuário do Rio Ceará, Fortaleza/CE. Revista de Geologia da Universidade Federal do Ceará (UFC), vol. 21, nº 1, p. 7-19, 2008.

7 - AUGUSTO, LGS e colaboradores. Saúde e ambiente: uma reflexão da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - ABRASCO. Revista Brasileira de Epidemiologia, vol.6, nº 2, 2003.

8 – BARCELLOS, C & BASTOS, FI. Geoprocessamento, ambiente e saúde: uma união possível? Cadernos de Saúde Pública, 12 (3): 389-397. Rio de Janeiro/RJ, 1996.

9 – BARCELLOS, C & MONKEN, M. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. Cadernos de Saúde Pública, 21(3): 898-906, Maio-Junho, Rio de Janeiro/RJ, 2005.

10 – BARCELLOS, C & MONKEN, M. O território na promoção e vigilância em saúde. In: O território e o processo saúde-doença. Educação profissional e docência em saúde: a formação e o trabalho do agente comunitário de saúde. Volume 1, Capítulo 6, Org. Angélica Ferreira Fonseca e Anamaria D'andrea Corbo. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/FIOCRUZ.

11 - BARCELLOS, C e QUITÉRIO, LAD. Vigilância Ambiental em Saúde e sua implantação no Sistema Único de Saúde. Revista de Saúde Pública, 40 (1): 170 - 177, São Paulo/SP, 2006.

12 – BARREIRA FILHO, EB & SAMPAIO, JLF. Sustentabilidade ambiental: discutindo o lugar. Mercator – Revista de Geografia da Universidade Federal do Ceará (UFC), ano 3, nº 6. Fortaleza/CE, 2004.

13 – BECKER, H. Métodos de pesquisa em ciências sociais. Editora HUCITEC, 2º Edição. São Paulo, 1993.

14 - BERDOULAY, V. A ecologia urbana, o lugar e a cidadania. Revista Território, Rio de Janeiro, ano IV, nº 7, pág. 79-92, Julho-Dezembro, 1999.

15 – BONNEMAISON, JI. Viagem em torno do território. In: CORRÊA, RL & ROSENDAHL, Z. Geografia cultural: um século. EDUERJ, p. 83-102. Rio de Janeiro, 2002.

16 – BORDO, AA *et al.* As diferentes abordagens conceituais de território. Trabalho de Conclusão de Disciplina da disciplina “O tempo, o espaço e o território” do Mestrado em Geografia da Universidade Estadual Paulista (UNESP), 2004.

17 - BORJA, PC e MORAES, LRS. Sistemas de indicadores de saúde ambiental-saneamento em políticas públicas. Bahia Análise de Dados, vol.10, nº 4, pág. 229-244, Salvador, Março de 2002.

18 - BRASIL. Manual do Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB). Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília – DF, Agosto/2000.

19 – BRASIL. Treinamento de técnicos municipais para o mapeamento e gerenciamento de áreas urbanas com riscos de escorregamentos, enchentes e inundações. Ministério das Cidades, IPT (Instituto de Pesquisas Tecnológicas). Brasília, Maio/2004.

20 – BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Política Nacional da Atenção Básica. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Série Pactos pela Saúde, Volume 4, 2º Edição, 1º Reimpressão, Editora MS. Brasília – DF, 2006.

21 – BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Departamento de Apoio à Descentralização/Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Série Pactos pela Saúde, Volume 1, 1º Edição, 1º Reimpressão, Editora MS. Brasília –DF, 2006.

22 – BRASIL. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Subsídios para Construção da Política Nacional de Saúde Ambiental. Série B. Textos Básicos de Saúde. Editora MS. Brasília – DF, 2007.

23 – BRASIL. IBAMA – Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis, GEO Brasil 2002, Perspectivas do Meio Ambiente no Brasil, O estado das áreas urbanas e industriais, pág. 170-199, Edições IBAMA, Brasília, 2002.

24 – BRASIL. Fundação Nacional de Saúde (FUNASA). Saúde pública e Ambiente: histórico e evolução. In: Curso Básico de Vigilância Ambiental. Brasília/DF, 2002.

25 – BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. 1988.

26 – BUSS, PM. Promoção da saúde e qualidade de vida. Revista Ciência & Saúde Coletiva, v. 5, nº 1, p.163-177. Rio de Janeiro/RJ, 2000.

27 - CÂMARA, VM & TAMBELLINI, AT. Considerações sobre o uso da epidemiologia nos estudos em saúde ambiental. Revista Brasileira de Epidemiologia, vol.6, nº 2, 2003 (Documento elaborado para a Oficina de Trabalho do GT Saúde e Ambiente da ABRASCO do V Congresso Brasileiro de Epidemiologia, Curitiba, Brasil, 2002).

28 – CARLOS, AFA. O lugar no/do mundo. Editora HUCITEC. São Paulo/SP, 1996.

29 - CARNEIRO, FF e colaboradores. Da Atenção Primária Ambiental para a Atenção Primária em Saúde Ambiental: construção de espaços saudáveis e convergências no Brasil, 2004.

30 - CARVALHO, CAJ. A contribuição do conceito de território para uma gestão socialmente justa da cidade. Gestão local nos territórios da cidade, ciclos de atividades com as subprefeituras, CEPEDOC, Cidades Saudáveis, São Paulo, 57-65, 2005.

31 – CARVALHO, NM. Os territórios da saúde e a saúde dos territórios: discutindo o processo de territorialização em saúde a partir do caso de um serviço de atenção primária em Porto Alegre/RS. Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre/RS, 2003.

32 – CASTRO, GAOR. Impactos ambientais no estuário da Bacia do Rio Ceará. Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Mestrado em Desenvolvimento e Meio Ambiente da Universidade Federal do Ceará (PRODEMA/UFC), Fortaleza, 2004.

33 – CEARÁ. Diário Oficial do Estado (DOE) do Ceará. Decreto nº 25.413, de 29 de Março de 1999, que dispõe sobre a criação da Área de Proteção Ambiental do Estuário do Rio Ceará, localizada na divisa dos municípios de Fortaleza e Caucaia e adota outras providências.

34 - CEARÁ. Plano de Manejo da Área de Proteção Ambiental (APA) do Estuário do Rio Ceará. Superintendência Estadual do Meio Ambiente do Ceará (SEMACE). Convênio SEMACE-FCPC, Fortaleza, 2005.

35 – COHEN, SC *et al.* Habitação saudável no SUS. Uma estratégia de ação para o PSF: uma incorporação do conceito de habitação saudável na política pública de saúde. Documento produzido pela Rede Brasileira de Habitação Saudável. ENSP (Escola Nacional de Saúde Pública), 2003.

36 - COHEN, SC *et al.* Habitação e saúde como instrumentos de políticas públicas saudáveis e de concretização de uma estratégia de promoção da saúde. Trabalho final da disciplina Introdução à Promoção da Saúde, de Doutorado em Saúde Pública. ENSP (Escola Nacional de Saúde Pública), 2000.

37 - COHEN, SC *et al.* Habitação saudável no Programa de Saúde da Família (PSF): uma estratégia para as políticas públicas de saúde e ambiente. Revista Ciência & Saúde Coletiva, 9 (3): 807-813, 2004.

38 – COSTA, SS *et al.* Indicadores epidemiológicos aplicáveis a estudos sobre a associação entre saneamento e saúde de base municipal. Revista Brasileira de Engenharia Sanitária e Ambiental, vol. 10, nº 2, 118-127, Abril-Junho, 2005.

39 – COUTO, ACO. A cidade dividida: da inclusão precária à territorialização perversa. Núcleo de Altos Estudos Amazônicos da Universidade Federal do Pará (UFPA). Belém/PA, sem data.

40 - CZERESNIA, D & RIBEIRO, AM. O conceito de espaço em epidemiologia: uma interpretação histórica e epidemiológica. Cadernos de Saúde Pública, 16 (3):595-617, Julho-Setembro, Rio de Janeiro, 2000.

41 – DINIZ, RCM & FRAGA, MNO. O contexto social e epidemiológico dos moradores assentados em área de manguezal. Revista Brasileira de Promoção da Saúde, 18 (2): 98 – 104, 2005.

42 – EDUARDO, MF. Território, trabalho e poder: por uma geografia relacional. Campo-Território: Revista de Geografia Agrária, vol. 1, nº 2, p. 173-195, Agosto/2006.

43 – FERRAZ, ST. Promoção da saúde: viagem entre dois paradigmas. Revista de Administração Pública, v. 32, nº 2, p. 49-60. Rio de Janeiro/RJ, 1998.

44 – FERREIRA, ABH. Dicionário Aurélio – eletrônico. 3º Edição. Editora Positivo. São Paulo/SP, 2004.

45 - FONSECA, AF & CORBO, AD. O território e o processo saúde-doença. Volume 1. Coleção educação profissional e docência em saúde: a formação e o trabalho do agente comunitário de saúde. EPSJV (Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio), FIOCRUZ (Fundação Oswaldo Cruz), Ministério da Saúde, Rio de Janeiro, 2007.

46 – FORTALEZA. “Fortaleza em números”, pesquisa realizada pela Secretaria de Planejamento e Orçamento (SEPLA) da Prefeitura Municipal de Fortaleza, 2006.

47 - FORTALEZA. Relatório de Gestão da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza: saúde, qualidade de vida e ética do cuidado. Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza (SMS), Prefeitura Municipal de Fortaleza (PMF), 2005.

48 - FORTALEZA. Lei de Uso e Ocupação do Solo, Lei nº 7.987 de 23 de Dezembro de 1996.

49 - FRANCO, T & MERHY, E. PSF: Contradições e desafios. Conferência Nacional de Saúde On-line, Tribuna Livre, <http://www.datasus.gov.br/cns/cns.htm>, acessado em 27 de Maio de 2007.

50 - FREITAS, CFS. A produção desequilibrada do meio ambiente urbano de Fortaleza e o papel do movimento ambientalista. Sem data.

51 – FREITAS, CM. Problemas ambientais, saúde coletiva e ciências sociais. Revista Ciência & Saúde Coletiva, v.8, nº 1, p.137-150. Rio de Janeiro/RJ, 2003.

52 - FREITAS, CM. A produção científica sobre o ambiente na saúde coletiva. Cadernos de Saúde Pública, 21 (3): 679-701, Rio de Janeiro, Maio-Junho, 2005.

53 - GOMES, MAS e SOARES, BR. Reflexões sobre a qualidade ambiental urbana. Estudos Geográficos, Rio Claro, 2 (2): 21-30, Julho-Dezembro, 2004.

54 - GROSTEIN, MD. MetrÓpole e expansão urbana – a persistência de processos “insustentáveis”. São Paulo em perspectiva, 15(1), 2001.

55 – HAESBAERT, R. O mito da desterritorialização – do “fim dos territórios” à multiterritorialidade. 400p. 2º Edição. Editora Bertrand Brasil. Rio de Janeiro/RJ, 2006.

56 – HELLER, L. Saneamento e Saúde. Organização Pan-Americana de Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS), Representação do Brasil, Brasília, 1997.

57 – HELLER, L *et al.* Saneamento e saúde nos países em desenvolvimento. CC & P Editores, 390 p, Rio de Janeiro/RJ, 1997.

58 - HOLZER, W. Uma discussão fenomenológica sobre os conceitos de paisagem e lugar, território e meio ambiente. Revista Território, ano II, nº 3, pág. 77-85, 1997.

59 - IANNI, AMZ e QUITÉRIO, LAD. A questão ambiental urbana no Programa de Saúde da Família: avaliação da estratégia ambiental numa política pública de saúde. Ambiente e Sociedade, vol. IX, nº 1, Janeiro-Junho, 2006.

60 – LIMA, M. Diagnóstico sócio-ambiental do Rio Maranguapinho no Parque Genibaú, Fortaleza, Ceará. Relatório final de Graduação apresentado ao Curso de Geografia da Universidade Federal do Ceará (UFC) para obtenção do grau de Bacharel. Fortaleza, 2007.

61 - LUIZ, OC & COHN, A. Sociedade de risco e risco epidemiológico. Cadernos de Saúde Pública, 22 (11): 2339-2348, Rio de Janeiro, Novembro, 2006.

62 – MARTINS, FM. Expansão urbana e impactos ambientais: o caso da planície flúvio-marinha do Rio Ceará. Monografia apresentada ao Curso de Graduação em Geografia da Universidade Federal do Ceará (UFC). Fortaleza, 2003.

63 – MEIRELES, AJA. Danos sócio-ambientais na zona costeira cearense. Páginas 73-87. In: Racismo ambiental – I Seminário Brasileiro contra o Racismo Ambiental. Org: Selene Herculano & Tânia Pacheco. 334p. Rio de Janeiro, 2006.

64 – MENDES, EV. Uma nova agenda para a saúde. Editora HUCITEC. São Paulo/SP, 2002.

65 – MENDES, R & DONATO, AF. Território: espaço social de construção de identidades e de políticas. Revista SANARE, ano IV, nº 1, Janeiro/Fevereiro/Março, 2003.

66 - MENDES, R & FERNANDEZ, JCA. Práticas intersetoriais para a qualidade de vida na cidade. Gestão local nos territórios da cidade, ciclos de atividades com as subprefeituras, CEPEDOC, Cidades Saudáveis, São Paulo, pág. 117-123, 2005.

67 - MINAYO, MCS. O desafio do conhecimento – pesquisa qualitativa em saúde. 9º edição revista e aprimorada. Editora HUCITEC, São Paulo, 2006.

68 - MINAYO, MCS. O desafio do conhecimento – pesquisa qualitativa em saúde. 3º Edição. Editora HUCITEC, São Paulo, 1994.

69 – MONKEN, M. Desenvolvimento de tecnologia educacional a partir de uma abordagem geográfica para a aprendizagem da territorialização em vigilância em saúde. Tese de Doutorado apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). Rio de Janeiro/RJ, 2003.

70 – MONKEN, M *et al.* O território na saúde: construindo referências para análises em saúde e ambiente. Parte I – Capítulo 1. In: Território, ambiente e saúde. Org. MIRANDA, AC; BARCELLOS, C; MOREIRA, JC e MONKEN, M. Editora FIOCRUZ. Rio de Janeiro/RJ, 2008.

71 – MORAES, DSL & JORDÃO, BQ. Degradação dos recursos hídricos e seus efeitos sobre a saúde humana. Revista de Saúde Pública, 36 (3): 370-374, São Paulo, 2002.

72 – MOREIRA, CAL. Impactos ambientais causados pela expansão urbana ao longo do sistema estuarino do Rio Ceará, Fortaleza – Caucaia. Monografia apresentada ao Curso de Geografia da Universidade Federal do Ceará (UFC) Fortaleza, 2002.

73 - MOREIRA, GL e TREVIZAN, SDP. O processo de (re)produção do espaço urbano e as transformações território-ambientais: um estudo de caso. Estudos Geográficos, Rio Claro, 3(2): 78-90, Dezembro, 2005.

74 – NERI, MC. Trata Brasil – saneamento e saúde. Centro de Políticas Sociais (CPS) da Fundação Getúlio Vargas (FGV), 163 p, Rio de Janeiro/RJ, 2007.

75 – NETO, FRGX. Gerenciamento do território na Estratégia de Saúde da Família: o processo de trabalho dos gerentes. Dissertação de Mestrado apresentada ao Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da Universidade Estadual do Ceará (UECE). Fortaleza/CE, 2007.

76 - NETO, GF & CARNEIRO, FF. Vigilância Ambiental em Saúde no Brasil. Ciência e Ambiente, nº 25, pág. 47-58, Julho-Dezembro, 2002.

77 - NEVES, JL. Pesquisa qualitativa – características, usos e possibilidades. Cadernos de pesquisa em administração, volume 1, número 3, 2º semestre. São Paulo, 1996.

78 – NIETZCHE, F. A gaia ciência. Editora Martin. São Paulo/SP, 1983.

79 – NOVAES, RC. Desenvolvimento sustentável na escala local e a Agenda 21 local como estratégia para a construção da sustentabilidade, 2002.

80 – O POVO. Jornal O POVO on-line, edição do dia 01 de Fevereiro de 2008. Acesso em 23 de Agosto de 2008, disponível em www.opovo.com.br.

81 – OLIVEIRA, DS. Região Metropolitana do Rio de Janeiro: confluências e disparidades – a evolução da segregação sócio-espacial no contexto da RMRJ. Trabalho enviado para o IV Encontro Nacional sobre Migrações na sessão temática: Migração, Urbanização e “Novas Territorialidades”, Rio de Janeiro, 16 a 18 de Novembro de 2005.

82 - ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, Atenção Primária Ambiental (APA) Divisão de Saúde e Ambiente, Programa de Qualidade Ambiental, Washington, D.C. Junho, 1999.

83 – PAIM, JS & ALMEIDA FILHO, N. Saúde coletiva: uma nova “saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? Revista de Saúde Pública, v. 32, nº 4, p.299-316. São Paulo/SP, 1998.

84 – PEREIRA, DA. Educação ambiental voltada ao manejo e conservação do ecossistema manguezal do Rio Ceará. Monografia apresentada ao Departamento de Geografia da Universidade Federal do Ceará (UFC) para obtenção do título de Especialista em Ensino de Geografia. Fortaleza/CE, 2007.

85 - PEREIRA, MPB e BARCELLOS, C. O território no Programa de Saúde da Família. Hygeia, Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde, 2(2): 47-55, Junho, 2006.

86 – PEREZ, F. Onde mora o perigo? II.3 Debates. Páginas 135 - 141. In: MINAYO, MCS & MIRANDA, AC (Organizadores) Saúde e ambiente sustentável: estreitando nós. ABRASCO, 2002.

87 – PETERSEN, SRF. O cotidiano como objeto teórico ou o impasse entre a ciência e o senso comum no conhecimento da vida cotidiana. Editora da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Porto Alegre/RS, 1995.

88 - PORTO, MF. Saúde Pública e (in) justiça ambiental no Brasil. Justiça Ambiental e Cidadania, pág. 119-137. Rio de Janeiro/RJ, 1998.

89 - RAFFESTIN, C. Por uma geografia do poder. Editora Ática. São Paulo/SP, 1993.

90 - RAMALHO, DS. Degradação ambiental urbana e pobreza: a percepção dos riscos. Revista Raízes, ano XVIII, nº 19, Maio/1999.

91 – RIBEIRO, ACA. Análise e planejamento ambiental do sistema hidrográfico Papicu-Maceió, Fortaleza – Ceará. Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Mestrado em Desenvolvimento e Meio Ambiente da Universidade Federal do Ceará (PRODEMA/UFC), Fortaleza, 2001.

92 – SANTOS, M. A natureza do espaço – técnica e tempo, razão e emoção. Editora da Universidade de São Paulo (EDUSP). São Paulo/SP, 2002.

93 – SANTOS, AA. Lugar, não-lugar e território – espaço e saúde pública em tempos de globalização. Departamento de Gestão da Educação na Saúde do Ministério da Saúde do Brasil – DEGES/SGTES/MS. Brasília – DF, sem data.

94 – SANTOS, M. Da totalidade ao lugar. Editora da Universidade de São Paulo (EDUSP). São Paulo/SP, 2002.

95 – SANTOS, AA & PELUSO, M. A contribuição da geografia no debate sobre a integralidade na saúde – algumas reflexões. Revista Hygeia, 2(2): 47-55, Junho, 2006.

96 - SANTOS, BS. A territorialização/desterritorialização da exclusão/inclusão social no processo de construção de uma cultura emancipatória. Exposição realizada no Seminário: “Estudos territoriais de desigualdades sociais”, de 16 a 17 de Maio de 2001, no auditório da PUC/SP.

97 - SANTOS, M. Modo de produção técnico-científico e diferenciação espacial. Revista Território, ano IV, nº 6, Janeiro-Junho, 1999.

98 – SANTOS, M. Metamorfoses do espaço habitado. Editora HUCITEC. São Paulo/SP, 1988.

99 – SANTOS, CAC & QUEIROZ, PHB. Uso, ocupação e impactos sócio-ambientais da planície flúvio-marinha do Rio Ceará - o exemplo de Vila Velha, Fortaleza/CE. Cadernos de Cultura e Ciência da Universidade Regional do Cariri (URCA), volume 2, nº 2, Maio, 2007.

100 – SOGAME, M. Rudimentos para o exame da urbanização em sua fase crítica: uma aproximação ao conceito de segregação sócio-espacial. Geografares, nº 2, p. 95-103, Vitória, Junho, 2001.

101 – SOUZA, MS & JULIÃO, MLB. Análise do processo de degradação sócio-ambiental na APA do Rio Ceará. Anais do VI Congresso de Ecologia do Brasil, 2003.

102 – SOUZA, MS. Meio ambiente urbano e saneamento básico. Mercator – Revista de Geografia da Universidade Federal do Ceará (UFC), ano 01, número 01, Fortaleza, 2002.

103 – SPINK, MJP. Sobre a polissemia dos riscos: transitando por distintas “tradições”. II.3 Debates. Páginas 142 – 147. In: MINAYO, MCS & MIRANDA, AC (Organizadores) Saúde e ambiente sustentável: estreitando nós. ABRASCO, 2002.

104 - TEIXEIRA, CF; PAIM, JS & VILASBÔAS, AL. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. IESUS (Informe Epidemiológico do SUS), VII (2), Abril/Junho, 1998.

105 – TRIVIÑOS, NA. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa na educação. Editora Atlas, São Paulo/SP, 1987.

106 - TURATO, ER. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. Revista de Saúde Pública, 2005, 39 (3): 507 – 514.

107 – VALENTE, MLMG. A questão da habitação social na Região Metropolitana de Belém. In: Saneamento ambiental em áreas urbanas: esgotamento sanitário na Região Metropolitana de Belém. UFPA/NUMA, EDUFPA, Belém, 2003.

108 – VALLEJO, LR. Unidades de conservação: uma discussão teórica à luz dos conceitos de território e de políticas públicas. 22 p. Universidade Federal Fluminense (UFF). Niterói/RJ, sem data.

109 - VALVERDE, RRHF. Transformações no conceito de território: competição e mobilidade na cidade. GEOUSP – Espaço e Tempo, nº 15, pág. 119-126, São Paulo, 2004.

110 – VASCONCELOS, FP. Gestão Integrada da zona costeira: ocupação antrópica desordenada, erosão, assoreamento e poluição ambiental. Editora Premius. Fortaleza/CE, 2005.

111 - VERONA, JA *et al.* Geografia e questões ambientais. Mercator – Revista de Geografia da UFC, pág. 87-97, ano 2, nº 4, 2003.

112 - VIANA, ALD & POZ, MRD. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. Cadernos de Saúde Coletiva, 8(2): 11-27, Rio de Janeiro, 1998.

113 - VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA, SECRETARIA EXECUTIVA REGIONAL I (SER I), 2006.

114 – WESTPHAL, MF. O movimento cidades/municípios saudáveis: um compromisso com a qualidade de vida. Revista Ciência & Saúde Coletiva, v.5, nº 1, p.39-51. Rio de Janeiro/RJ, 2000.

115 – WIKIPÉDIA. Enciclopédia eletrônica livre. Disponível em: <http://pt.wikipedia.org/wiki/Terr%C3%B3rio>. Acessado em 25 de Abril de 2008.

116 – WRIGHT, MGM *et al.* La estratégia de atención primaria ambiental: un enfoque crítico-holístico. Washington, D.C. 1998.

Anexos

ANEXO 1

ROTEIRO PARA ENTREVISTAS SEMI-ESTRUTURADAS COM INFORMANTES-CHAVE DA COMUNIDADE DO MANGUE DO BAIRRO VILA VELHA

1. Identificação:

Nome completo, idade, local de nascimento, lugares em que já viveu, mora aqui há quanto tempo, mora com quem, até que série estudou, ocupação atual e anteriores.

2. Condições gerais de vida:

2.1 – Condições de vida e de moradia na comunidade:

Como o Sr. (a) avalia as condições de vida e de moradia na comunidade?

(impressões acerca da questão da moradia e habitação na comunidade em uma área de risco, relações com o crescimento populacional do local e a expansão urbana da cidade; percepção sobre a qualidade de vida das pessoas; descrição da qualidade da infra-estrutura urbana do local; descrição do local de habitação em termos de abastecimento de água, coleta de resíduos, esgotamento sanitário; expectativa com relação ao período chuvoso e a possibilidade de alagamentos; expectativa em relação aos órgãos públicos para a solução e/ou mitigação dos problemas da comunidade; questões acerca da violência urbana)

2.2 – Lazer e participação comunitária:

Como o Sr. (a) e as pessoas da comunidade se divertem?

(preferências de lazer na comunidade; participação em associações da comunidade ou em outras instâncias de participação comunitária; descrição de opções de lazer no local; percepção do lazer como uma dimensão necessária a uma vida saudável)

2.3 – Condições de saúde:

Como o Sr. (a) avalia sua situação de saúde? E de sua família? E dos moradores da comunidade?

(impressões acerca da própria saúde; assistência formal e informal à saúde; onde procura atendimento de saúde; percepção sobre as ações de saúde efetuadas pela equipe do Programa de Saúde da Família (PSF) do local; doenças que mais acometem a população local; impressões acerca do estado de saúde dos moradores da comunidade; entendimento pessoal do que é saúde; relações entre as condições de saúde e a moradia em área de risco)

2.4 – Condições ambientais:

Qual (is) o(s) principal (is) problema(s) ambiental (is) da comunidade?

(impressões acerca da qualidade ambiental da comunidade; degradação ambiental e sua relação com a qualidade de vida das pessoas da comunidade; moradia em área de preservação ambiental; influência do meio ambiente no estado de saúde das pessoas da comunidade; entendimento pessoal do que é meio ambiente)

3. Participação nas atividades de planejamento da equipe do Programa de Saúde da Família (PSF) que prestam assistência à saúde na comunidade:

O Sr. (a) participa do planejamento das atividades da equipe de saúde da família em sua comunidade? Já foi convidado a participar alguma vez? Gostaria de participar?

(participação nas atividades de planejamento das ações da equipe de saúde da família local; participação nas atividades de avaliação das ações da equipe de saúde da família local; participação nos processos de territorialização em saúde; participação nas atividades de análise da situação de saúde da comunidade)

4. Conflito sócio-ambiental e a questão do uso e ocupação do solo urbano:

Como o Sr. (a) avalia a questão da pressão dos órgãos públicos ambientais pela desocupação e a transferência das famílias da comunidade para uma outra área?

(conflito sócio-ambiental estabelecido pela coação e pelo discurso de culpabilização da comunidade pela problemática ambiental local por parte dos órgãos públicos ambientais; o uso do aparelho coercitivo do poder público para a retirada das famílias; a especulação imobiliária e a venda de lotes de terra na área; análise do conflito sócio-ambiental a partir da perspectiva da injustiça ambiental; o contraste entre a cidade formal – dotada de infra-estrutura urbana básica – e a cidade informal – carente de planejamento ambiental urbano e da eficiência das políticas públicas para o uso e a ocupação do solo)

5. Tema livre:

O que mais o Sr. (a) tem a dizer sobre a comunidade do mangue do bairro Vila Velha?

ANEXO 2

ROTEIRO PARA ENTREVISTAS SEMI-ESTRUTURADAS COM OS PROFISSIONAIS DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (PSF) QUE PRESTAM ASSISTÊNCIA À SAÚDE NA COMUNIDADE DO MANGUE DO BAIRRO VILA VELHA

1. Identificação:

Nome completo, idade, profissão, tempo de exercício profissional, tempo de trabalho no Programa de Saúde da Família (PSF), tempo de trabalho na comunidade do mangue do bairro Vila Velha, titulação acadêmica.

2. Planejamento das atividades da equipe do Programa de Saúde da Família (PSF) que presta assistência à saúde na comunidade do mangue do bairro Vila Velha:

O Sr. (a) costuma reunir-se com fins de planejamento das atividades com sua equipe de trabalho? E com os moradores da comunidade?

(planejamento das atividades da equipe do Programa de Saúde da Família (PSF), avaliação das atividades da equipe do Programa de Saúde da Família; dificuldades e possibilidades do trabalho em equipe multiprofissional; planejamento participativo local com moradores da comunidade; condições materiais e operacionais do trabalho na comunidade; necessidades e demandas de saúde percebidas)

3. Condições gerais de vida e de saúde:

Como o Sr. (a) avalia as condições de vida e a situação de saúde da comunidade do mangue do bairro Vila Velha?

(impressões dos profissionais acerca das condições sanitárias da comunidade; análise da situação de saúde da comunidade; principais problemas ambientais identificados na comunidade; percepções acerca das vulnerabilidades da moradia em área de risco)

4. Território e o processo de territorialização em saúde:

Como o Sr. (a) avalia a operacionalização do conceito de território e os processos de territorialização em saúde para a atuação das equipes do Programa de Saúde da Família (PSF)?

(análise dos conceitos logísticos da territorialização em saúde, tais como área de abrangência, área de influência, população adscrita, micro-áreas, micro-áreas de risco, território; divisão do número de pessoas da área pelo número de equipes de saúde da família; práticas vigentes de territorialização em saúde; complexidade das inter-relações entre a saúde e o ambiente no território; instrumentos de reconhecimento do território como ferramentas operacionais voltadas ao planejamento participativo local em saúde).

5. Políticas públicas de saúde e ambiente:

Como o Sr. (a) avalia as políticas públicas de saúde em suas interfaces com a questão ambiental?

(Atenção Primária em Saúde; Atenção Primária Ambiental; Vigilância em Saúde; Vigilância Ambiental em Saúde; Política Nacional da Atenção Básica; Política Nacional de Desenvolvimento Urbano; Política Nacional de Saneamento;

Política Nacional de Saúde Ambiental; Plano Diretor Participativo Municipal;
Agenda 21)

6. Tema livre:

**O que mais o Sr. (a) tem a dizer sobre a comunidade do mangue do bairro
Vila Velha?**

ANEXO 3

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (Informantes-chave/moradores da comunidade)

Prezado (a) Senhor (a),

Convidamos V. Senhoria para participar de uma pesquisa do Curso de Mestrado em Saúde Pública da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará com o título: “A Comunidade do Mangue do Bairro Vila Velha, Fortaleza/CE: O Território e o Cotidiano Vivido a partir da Perspectiva dos Moradores e dos Profissionais do Programa de Saúde da Família (PSF)”.

Os objetivos desta pesquisa são: caracterizar a comunidade do mangue do bairro Vila Velha em suas relações com a expansão urbana e o crescimento populacional do município de Fortaleza/CE; descrever o território da comunidade do mangue do bairro Vila Velha a partir da perspectiva do cotidiano vivido pelos moradores; e descrever o território da comunidade do mangue do bairro Vila Velha a partir da perspectiva dos profissionais do Programa de Saúde da Família (PSF) que prestam assistência à saúde na comunidade.

Os resultados da pesquisa poderão servir de base para novas práticas de territorialização em saúde que levem em conta a complexidade das inter-relações entre a saúde e o ambiente no contexto do cotidiano localmente vivido.

Ao participar desta pesquisa, o Sr. (a) responderá às questões do roteiro de entrevista semi-estruturada sobre as condições gerais de vida e de moradia; lazer e participação comunitária; condições de saúde; condições ambientais; participação nas atividades de planejamento da equipe do Programa de Saúde da Família (PSF); e o conflito sócio-ambiental e o uso e ocupação do solo urbano na comunidade do mangue do bairro Vila Velha.

Sua entrevista será realizada em local e horário previamente agendados com o Sr. (a) e será gravada e transcrita para posterior análise.

Os resultados obtidos poderão ser publicados em revistas científicas, apresentados em congressos e/ou encontros científicos, preservando-se a identificação do Sr. (a) de acordo com as normas éticas.

A sua participação nesta pesquisa é totalmente voluntária, não havendo ônus ou despesa para o Sr. (a) e ficando a seu critério a possibilidade de desistência em qualquer fase da realização da mesma.

Informo, ainda, que esta pesquisa corresponde à dissertação de mestrado de Alexandre de Lima Santos, Médico, inscrito no Conselho Regional de Medicina do Ceará (CREMEC) sob o nº 7941.

Contando com a sua compreensão e valiosa colaboração, agradeço antecipadamente e me coloco à sua disposição para eventuais esclarecimentos que se fizerem necessários.

Cordiais Saudações,

Alexandre de Lima Santos (autor da pesquisa)
Médico, CREMEC 7941, RG 93002207540 SSP/CE, CPF 457.546.243-87
Rua Gonçalves Ledo, 845, apto. 404, Aldeota, Fortaleza/CE
Fone (85) 8811-0991 e (85) 3219-9804
Comitê de Ética em Pesquisa/UFC (85) 3366-8338

Assinatura do Pesquisador: _____

Concordo em participar da pesquisa descrita acima, desde que sejam respeitados o sigilo e o caráter voluntário de minha participação.

Assinatura do participante

Endereço para contato do participante

Testemunha

Local e Data

Polegar Direito



ANEXO 4

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (Profissionais do Programa de Saúde da Família)

Prezado (a) Senhor (a),

Convidamos V. Senhoria para participar de uma pesquisa do Curso de Mestrado em Saúde Pública da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará com o título: “A Comunidade do Mangue do Bairro Vila Velha, Fortaleza/CE: O Território e o Cotidiano Vivido a partir da Perspectiva dos Moradores e dos Profissionais do Programa de Saúde da Família (PSF)”.

Os objetivos desta pesquisa são: caracterizar a comunidade do mangue do bairro Vila Velha em suas relações com a expansão urbana e o crescimento populacional do município de Fortaleza/CE; descrever o território da comunidade do mangue do bairro Vila Velha a partir da perspectiva do cotidiano vivido pelos moradores; e descrever o território da comunidade do mangue do bairro Vila Velha a partir da perspectiva dos profissionais do Programa de Saúde da Família (PSF) que prestam assistência à saúde na comunidade.

Os resultados da pesquisa poderão servir de base para novas práticas de territorialização em saúde que levem em conta a complexidade das inter-relações entre a saúde e o ambiente no contexto do cotidiano localmente vivido.

Ao participar desta pesquisa, o Sr. (a) responderá às questões do roteiro de entrevista semi-estruturada sobre: o planejamento das atividades da equipe do Programa de Saúde da Família (PSF), as condições gerais de vida e de saúde na comunidade do mangue do bairro Vila Velha, o território e os processos de territorialização em saúde, e as políticas públicas de saúde e ambiente.

Sua entrevista será realizada em local e horário previamente agendados com o Sr. (a) e será gravada e transcrita para posterior análise.

Os resultados obtidos poderão ser publicados em revistas científicas, apresentados em congressos e/ou encontros científicos, preservando-se a identificação do Sr. (a) de acordo com as normas éticas.

A sua participação nesta pesquisa é totalmente voluntária, não havendo ônus ou despesa para o Sr. (a) e ficando a seu critério a possibilidade de desistência em qualquer fase da realização da mesma.

Informo, ainda, que esta pesquisa corresponde à dissertação de mestrado de Alexandre de Lima Santos, Médico, inscrito no Conselho Regional de Medicina do Ceará (CREMEC) sob o nº 7941.

Contando com a sua compreensão e valiosa colaboração, agradeço antecipadamente e me coloco à sua disposição para eventuais esclarecimentos que se fizerem necessários.

Cordiais Saudações,

Alexandre de Lima Santos (autor da pesquisa)
Médico, CREMEC 7941, RG 93002207540 SSP/CE, CPF 457.546.243-87
Rua Gonçalves Ledo, 845, apto. 404, Aldeota, Fortaleza/CE
Fone (85) 8811-0991 e (85) 3219-9804
Comitê de Ética em Pesquisa/UFC (85) 3366-8338

Assinatura do Pesquisador: _____

Concordo em participar da pesquisa descrita acima, desde que sejam respeitados o sigilo e o caráter voluntário de minha participação.

Assinatura do participante

Endereço para contato do participante

Testemunha

Local e Data

Polegar Direito



ANEXO 5

A ÁREA DE PROTEÇÃO AMBIENTAL (APA) DO ESTUÁRIO DO RIO CEARÁ

(MAPAS)

ANEXO 6

FORTALEZA E O BAIRRO VILA VELHA

(MAPAS)

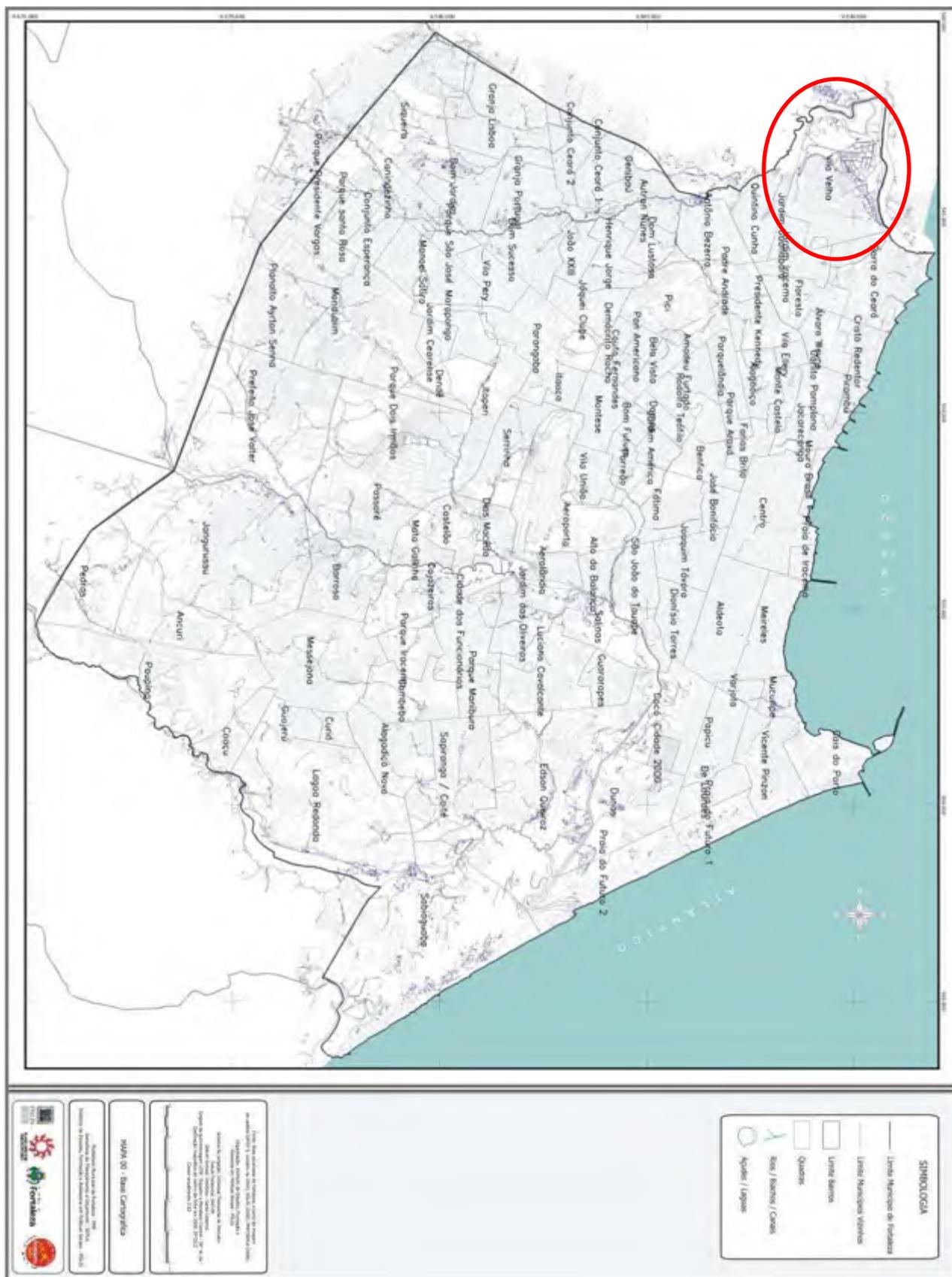
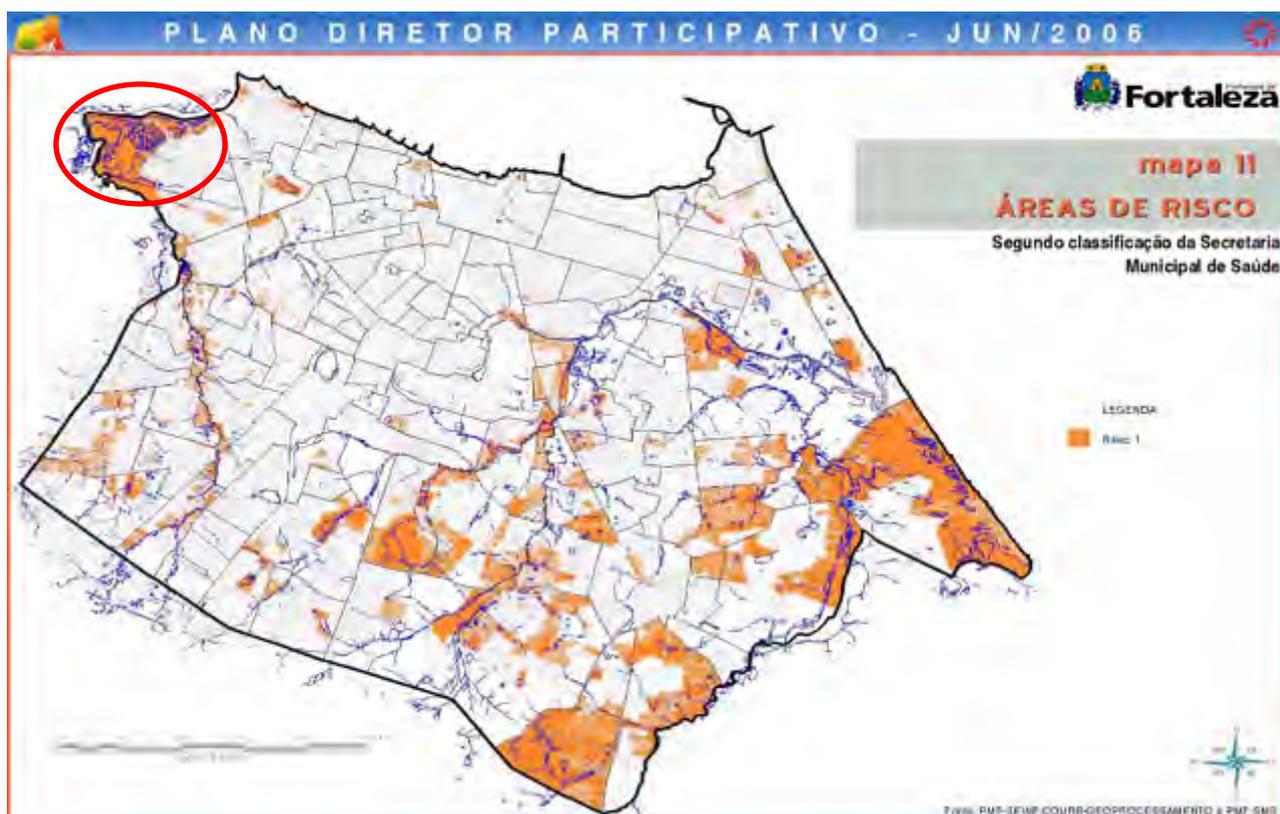


FIGURA 1 – Base Cartográfica de Fortaleza. Secretaria Municipal de Planejamento e Orçamento da Prefeitura Municipal de Fortaleza (SEPLA/PMF). O bairro Vila Velha está em destaque pela elipse vermelha. Mapa disponível em www.sepla.fortaleza.ce.gov.br. (2005)



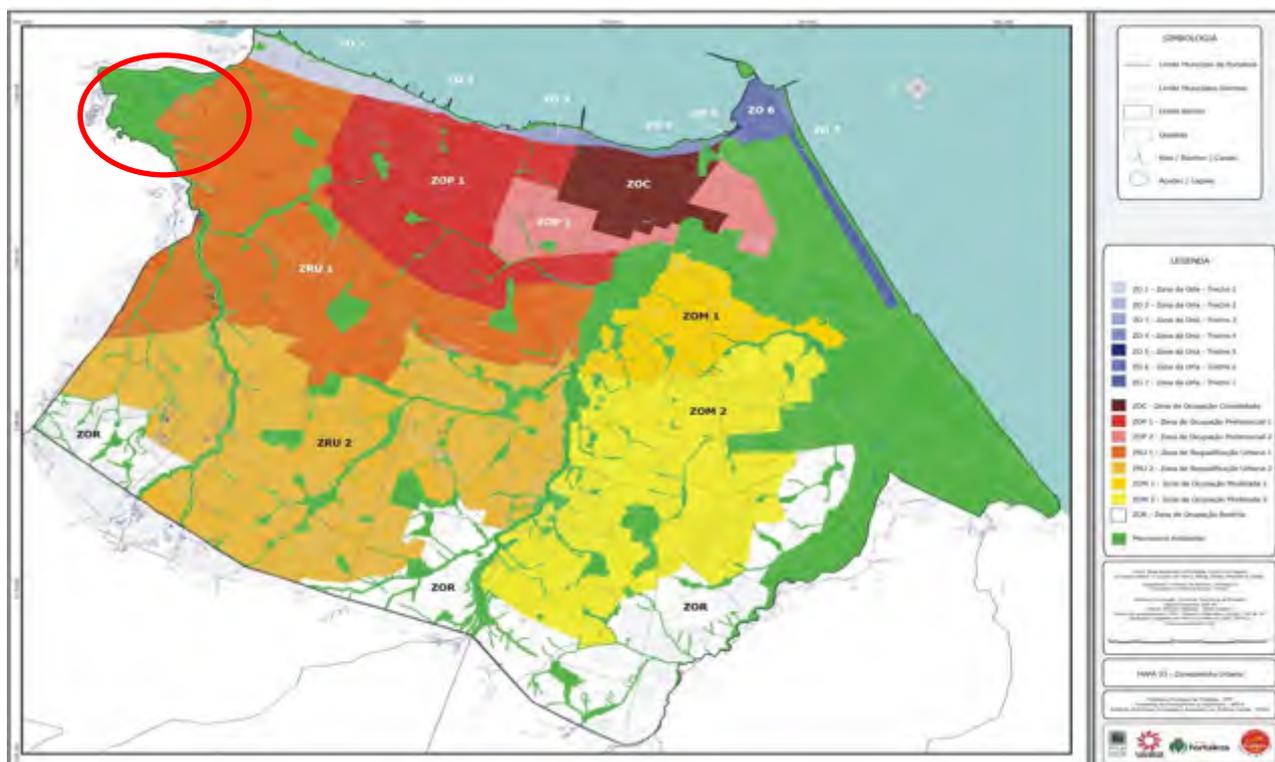


FIGURA 4 – Fortaleza e Zoneamento Urbano. Secretaria Municipal de Planejamento e Orçamento da Prefeitura Municipal de Fortaleza (SEPLA/PMF). O bairro Vila Velha está em destaque pela elipse vermelha. Mapa disponível em www.semam.fortaleza.ce.gov.br. (2005)

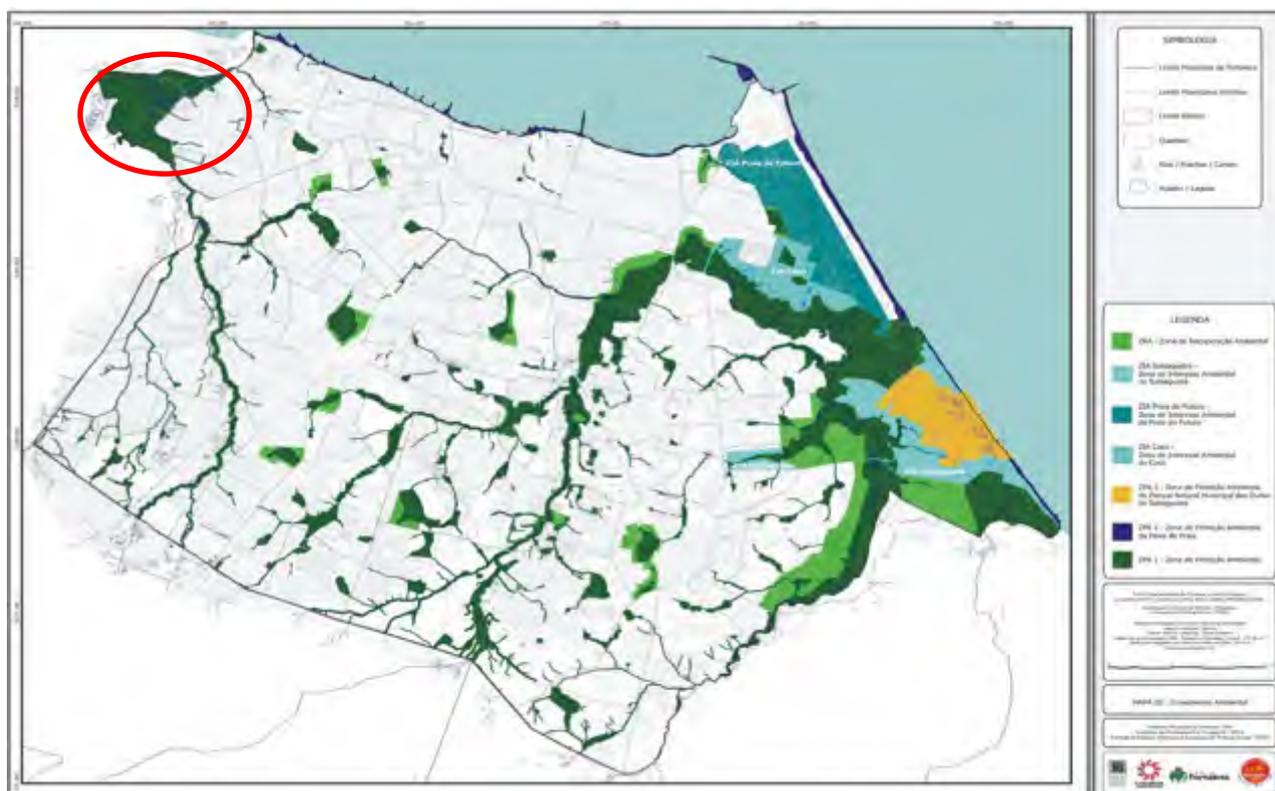


FIGURA 5 – Fortaleza e Zoneamento Ambiental. Secretaria Municipal de Planejamento e Orçamento da Prefeitura Municipal de Fortaleza (SEPLA/PMF). O bairro Vila Velha está em destaque pela elipse vermelha. Mapa disponível em www.sepla.fortaleza.ce.gov.br. (2006)

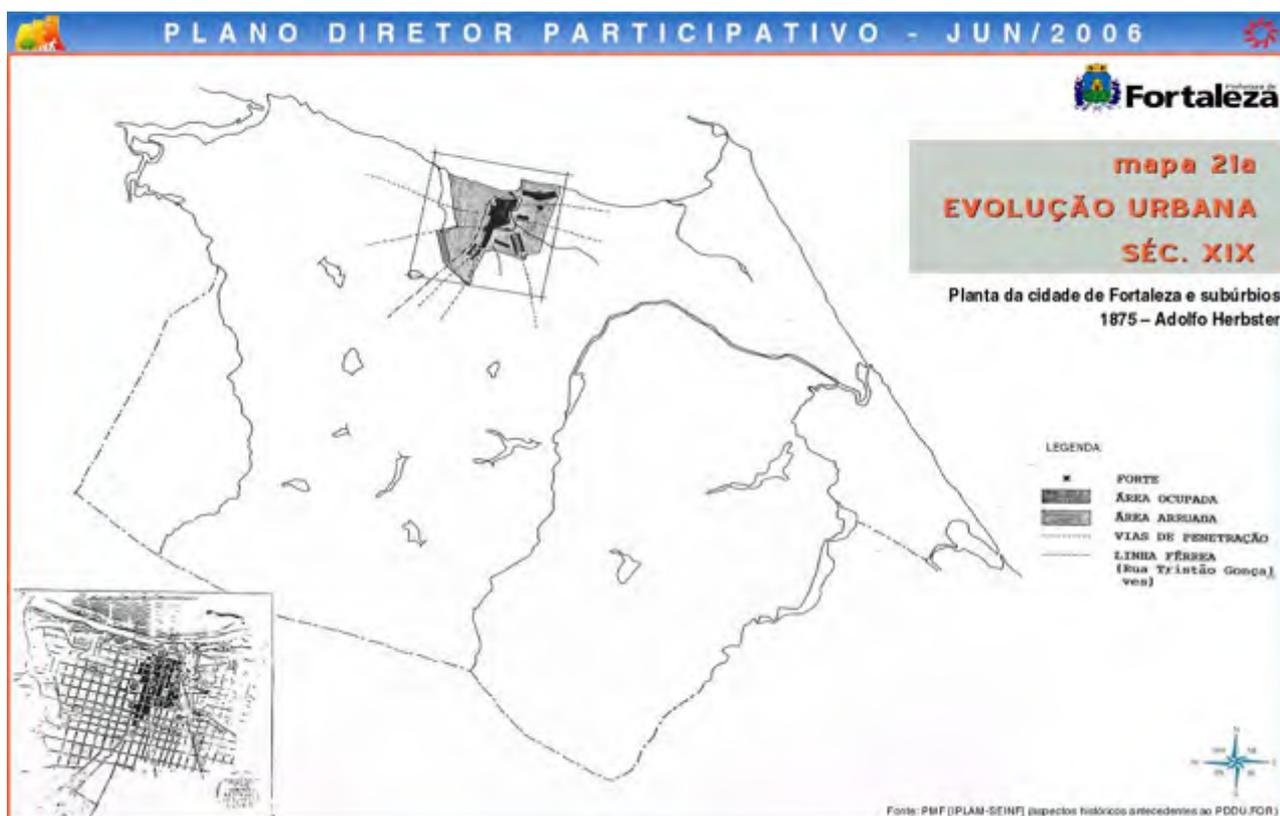


FIGURA 6 – Fortaleza e Evolução Urbana (Século. XIX). Secretaria Municipal de Planejamento e Orçamento da Prefeitura Municipal de Fortaleza (SEPLA/PMF). Mapa disponível em www.sepla.fortaleza.ce.gov.br/planodiretor. (2006)

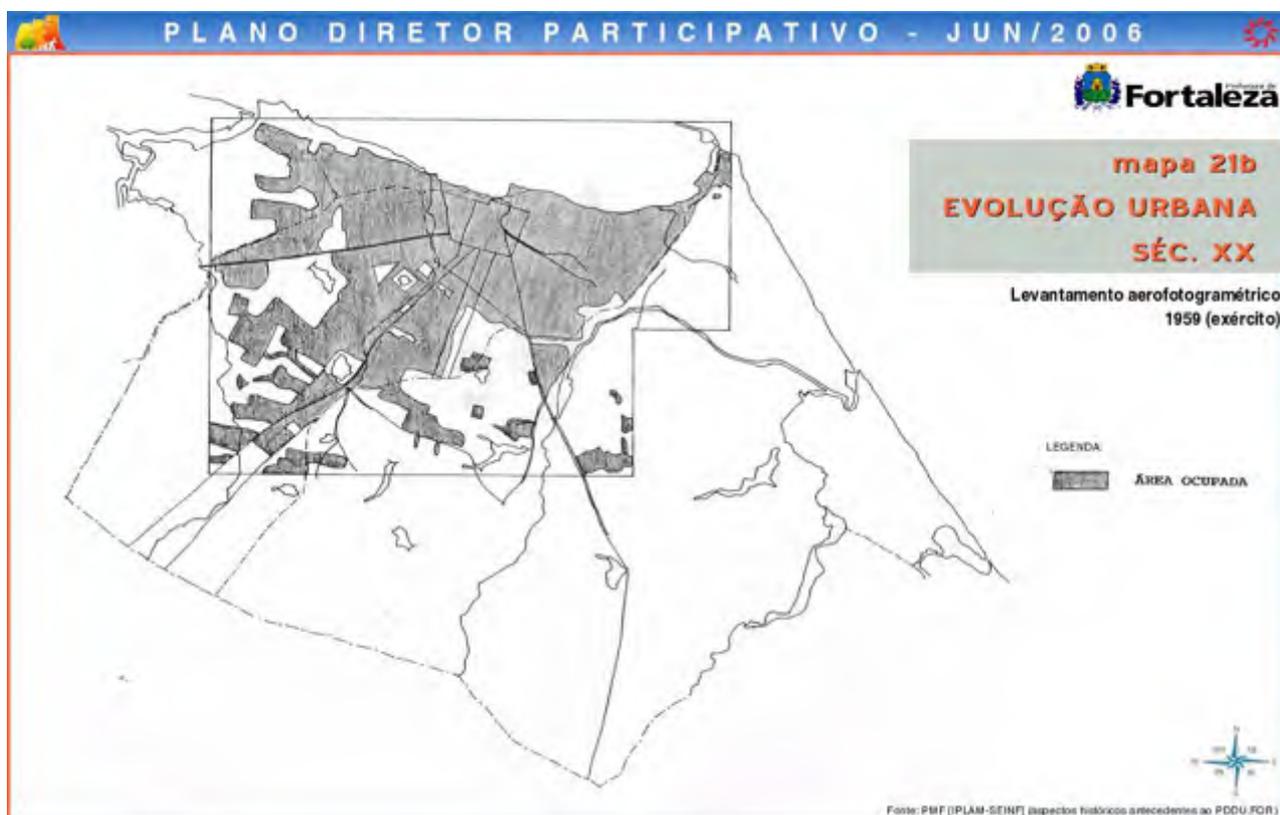


FIGURA 7 – Fortaleza e Evolução Urbana (Século. XX). Secretaria Municipal de Planejamento e Orçamento da Prefeitura Municipal de Fortaleza (SEPLA/PMF). Mapa disponível em www.sepla.fortaleza.ce.gov.br/planodiretor. (2006)

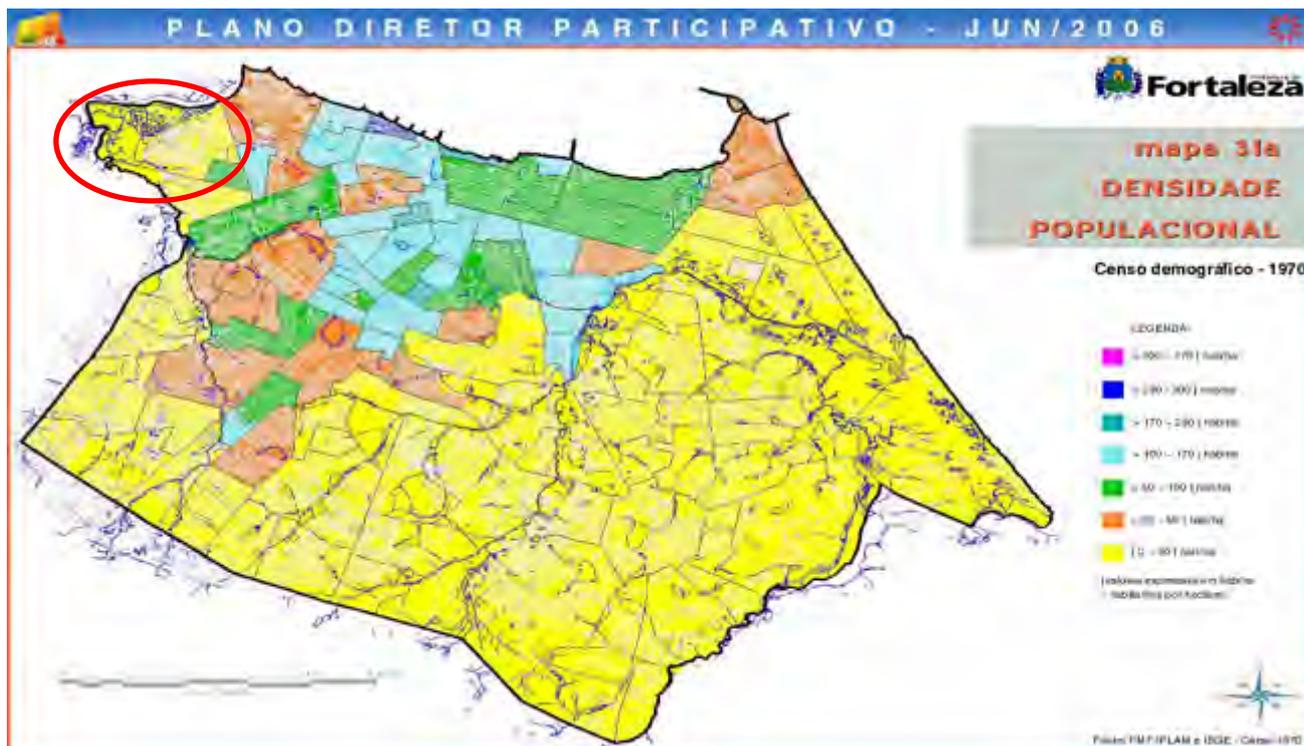


FIGURA 8 – Fortaleza e Densidade Populacional (1970). Secretaria Municipal de Planejamento e Orçamento da Prefeitura Municipal de Fortaleza (SEPLA/PMF). Área correspondente ao bairro Vila Velha em destaque pela elipse vermelha. Mapa disponível em www.sepla.fortaleza.ce.gov.br/planodiretor. (2006)

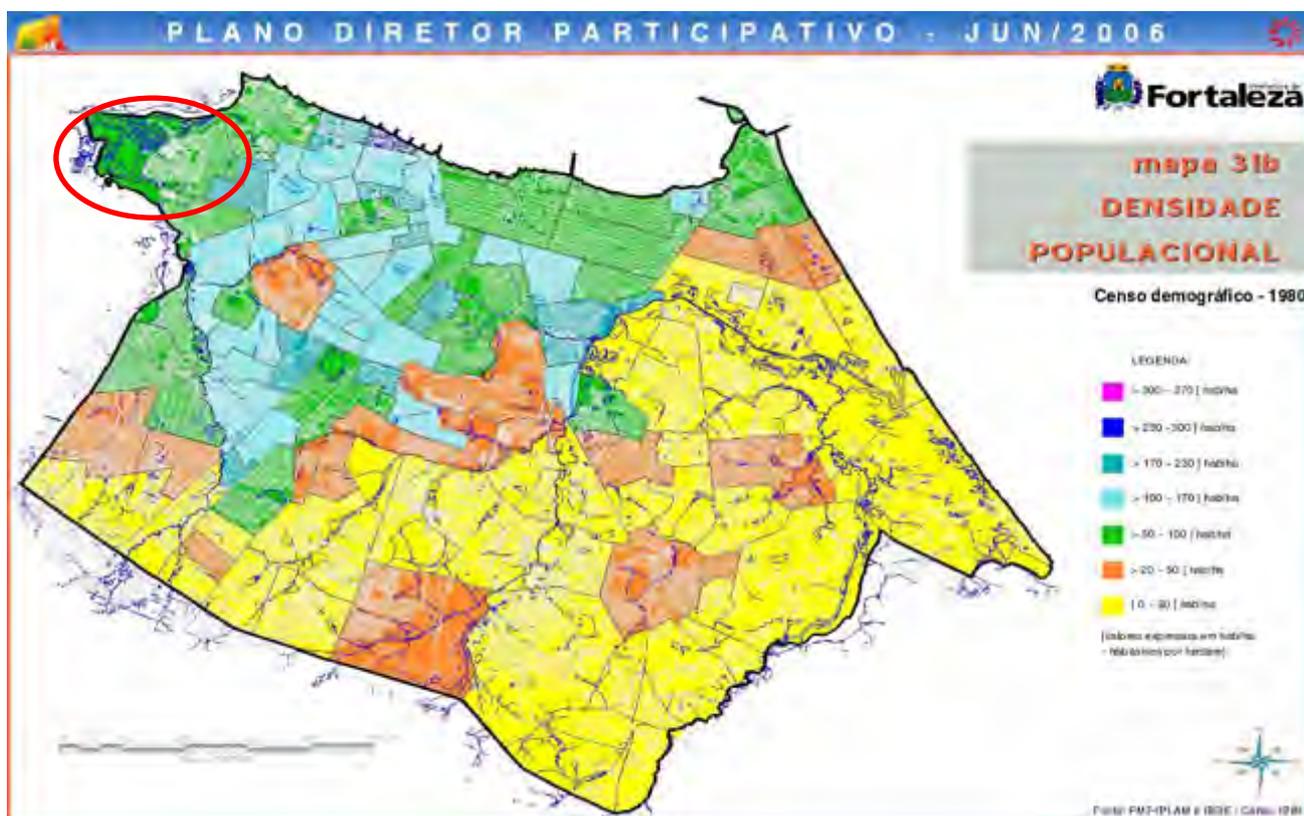


FIGURA 9 – Fortaleza e Densidade Populacional (1980). Secretaria Municipal de Planejamento e Orçamento da Prefeitura Municipal de Fortaleza (SEPLA/PMF). Área correspondente ao bairro Vila Velha em destaque pela elipse vermelha. Mapa disponível em www.sepla.fortaleza.ce.gov.br/planodiretor. (2006)

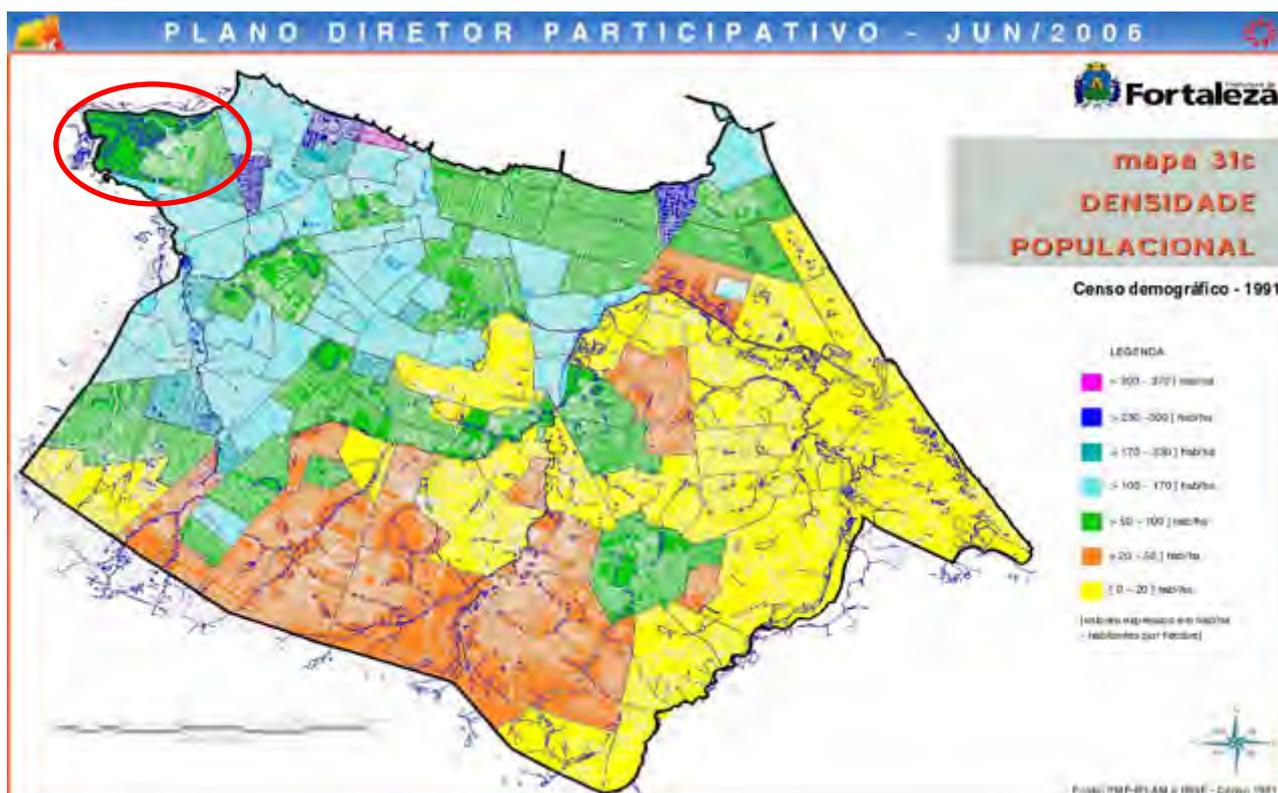


FIGURA 10 – Fortaleza e Densidade Populacional (1991). Secretaria Municipal de Planejamento e Orçamento da Prefeitura Municipal de Fortaleza (SEPLA/PMF). Área correspondente ao bairro Vila Velha em destaque pela elipse vermelha. Mapa disponível em www.sepla.fortaleza.ce.gov.br/planodiretor. (2006)

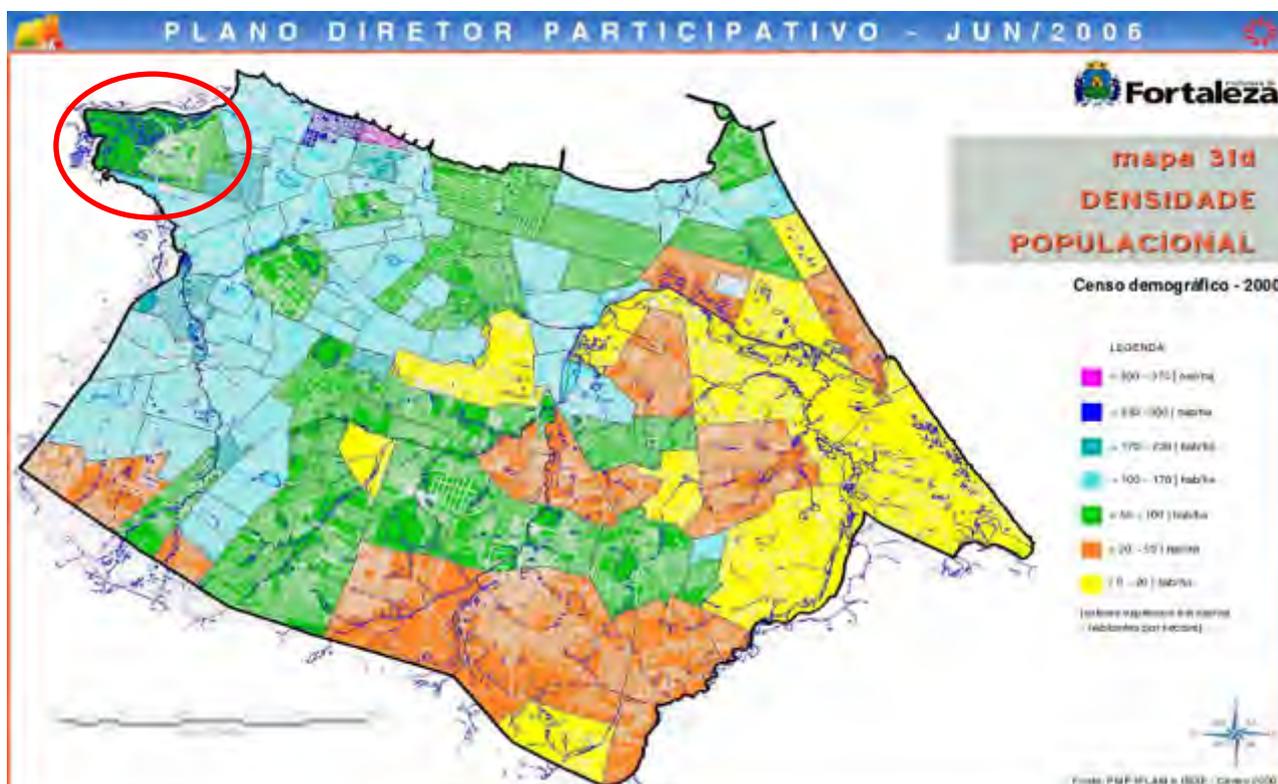


FIGURA 11 – Fortaleza e Densidade Populacional (2000). Secretaria Municipal de Planejamento e Orçamento da Prefeitura Municipal de Fortaleza (SEPLA/PMF). Área correspondente ao bairro Vila Velha em destaque pela elipse vermelha. Mapa disponível em www.sepla.fortaleza.ce.gov.br/planodiretor. (2006)

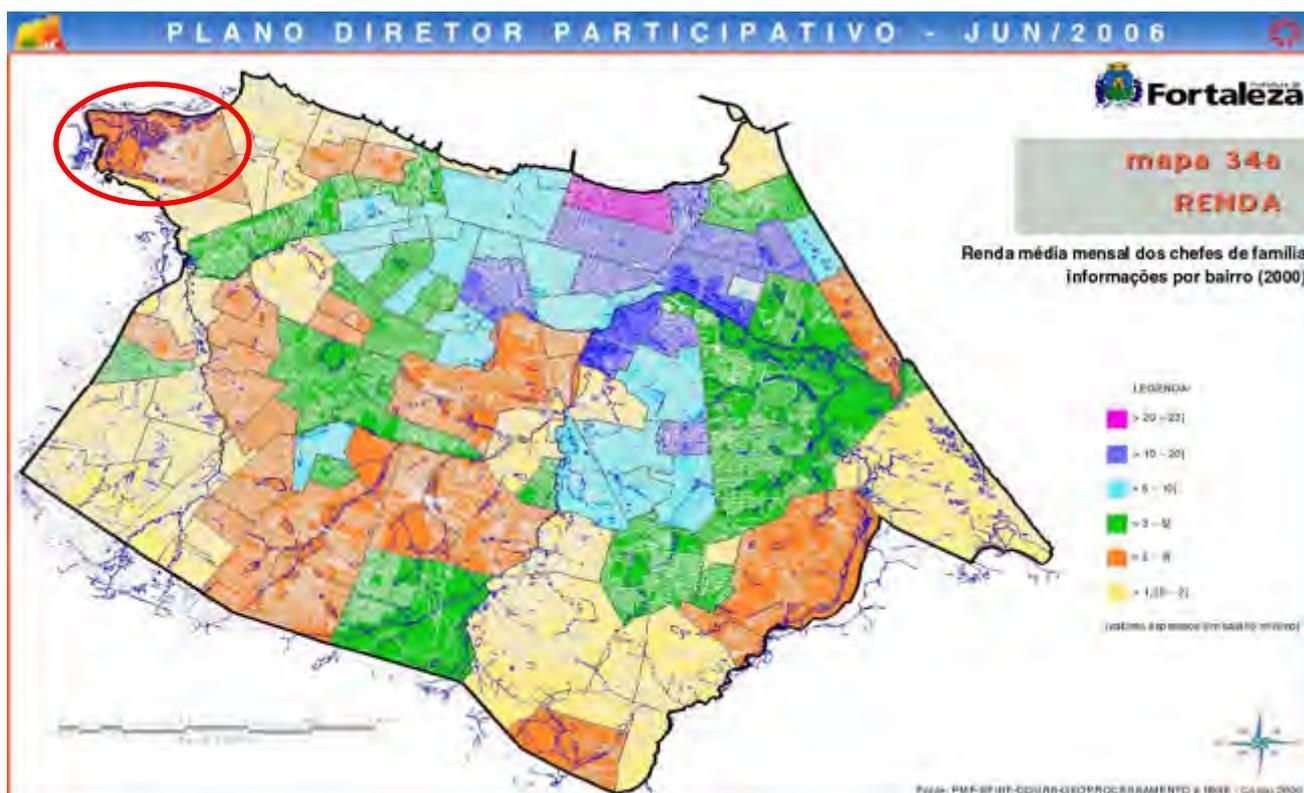


FIGURA 12 – Fortaleza e Renda Média Mensal dos Chefes de Família por Bairro (2000). Secretaria Municipal de Planejamento e Orçamento da Prefeitura Municipal de Fortaleza (SEPLA/PMF). Área correspondente ao bairro Vila Velha em destaque pela elipse vermelha. Mapa disponível em www.sepla.fortaleza.ce.gov.br/planodiretor. (2006)

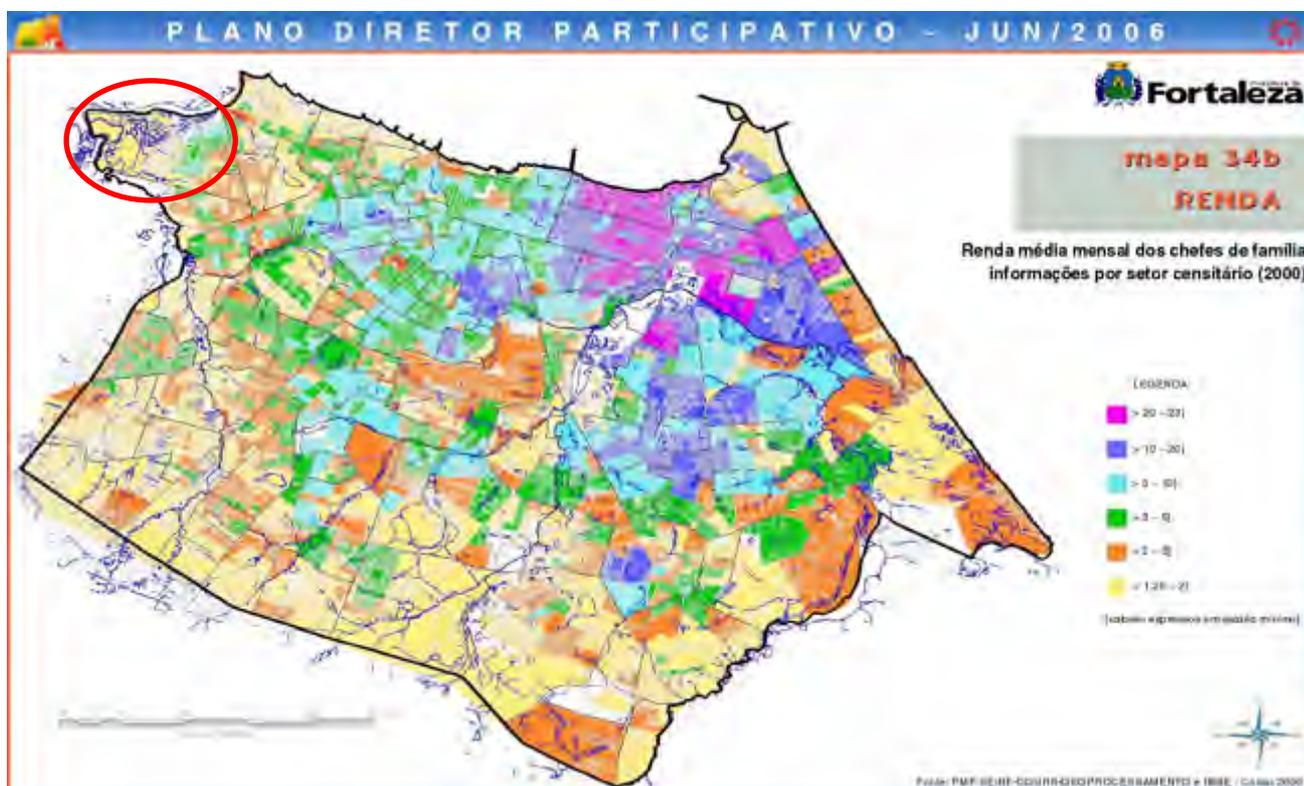


FIGURA 13 – Fortaleza e Renda Média Mensal dos Chefes de Família por Setor Censitário (2000). Secretaria Municipal de Planejamento e Orçamento da Prefeitura Municipal de Fortaleza (SEPLA/PMF). Área correspondente ao bairro Vila Velha em destaque pela elipse vermelha. Mapa disponível em www.sepla.fortaleza.ce.gov.br/planodiretor. (2006)

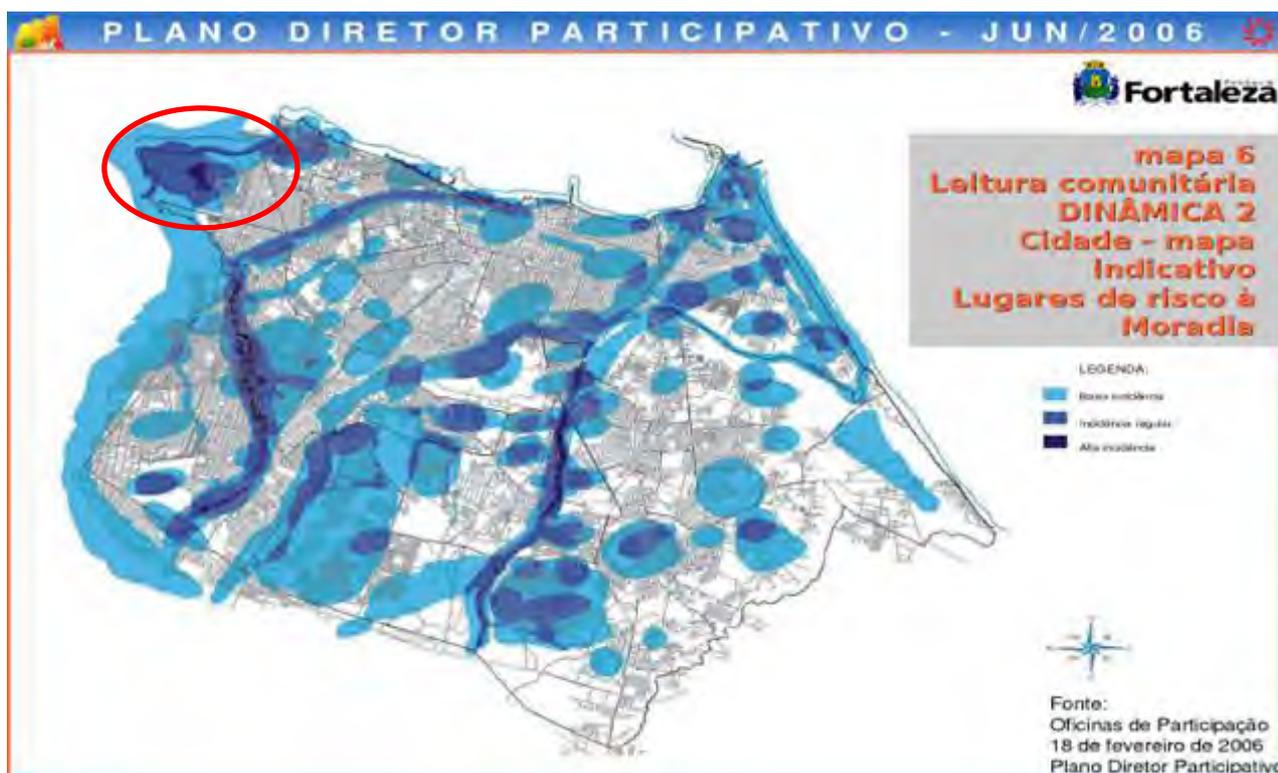


FIGURA 14 – Fortaleza e Mapa Indicativo de Lugares de Risco à Moradia (Leitura Comunitária). Secretaria Municipal de Planejamento e Orçamento da Prefeitura Municipal de Fortaleza (SEPLA/PMF). Área correspondente ao bairro Vila Velha em destaque pela elipse vermelha. Mapa disponível em www.sepla.fortaleza.ce.gov.br/planodiretor. (2006)

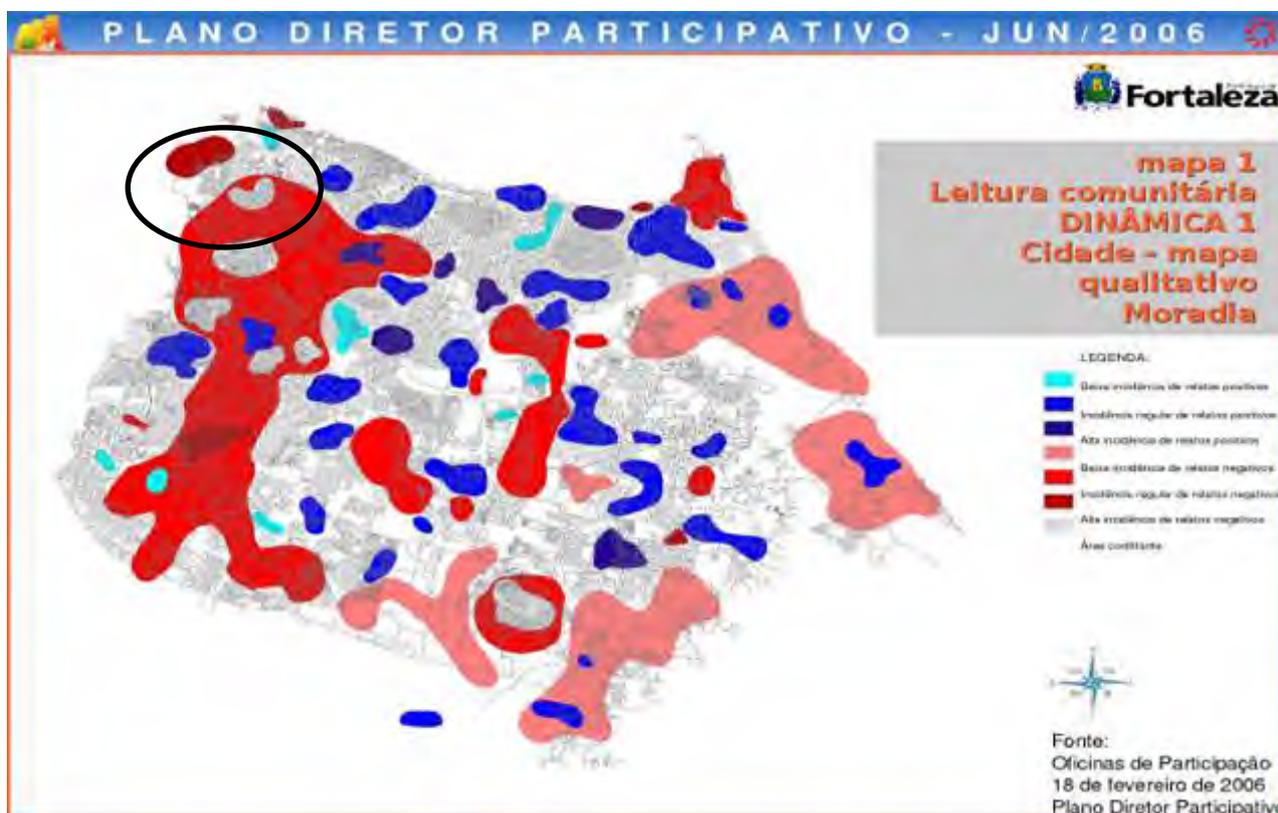


FIGURA 15 – Fortaleza e Mapa Qualitativo de Moradia (Leitura Comunitária). Secretaria Municipal de Planejamento e Orçamento da Prefeitura Municipal de Fortaleza (SEPLA/PMF). Área correspondente ao bairro Vila Velha em destaque pela elipse preta. Mapa disponível em www.sepla.fortaleza.ce.gov.br/planodiretor. (2006)

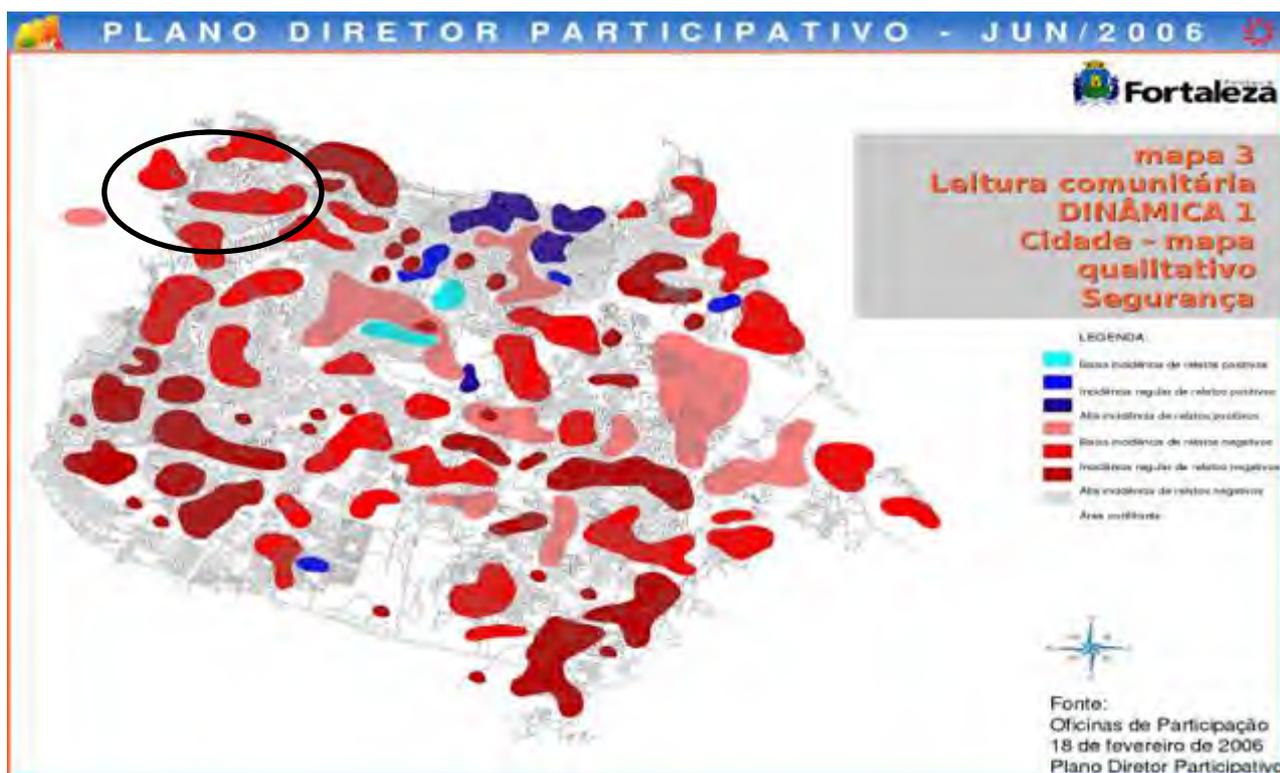


FIGURA 16 – Fortaleza e Mapa Qualitativo da Segurança (Leitura Comunitária). Secretaria Municipal de Planejamento e Orçamento da Prefeitura Municipal de Fortaleza (SEPLA/PMF). Área correspondente ao bairro Vila Velha em destaque pela elipse preta. Mapa disponível em www.sepla.fortaleza.ce.gov.br/planodiretor. (2006)

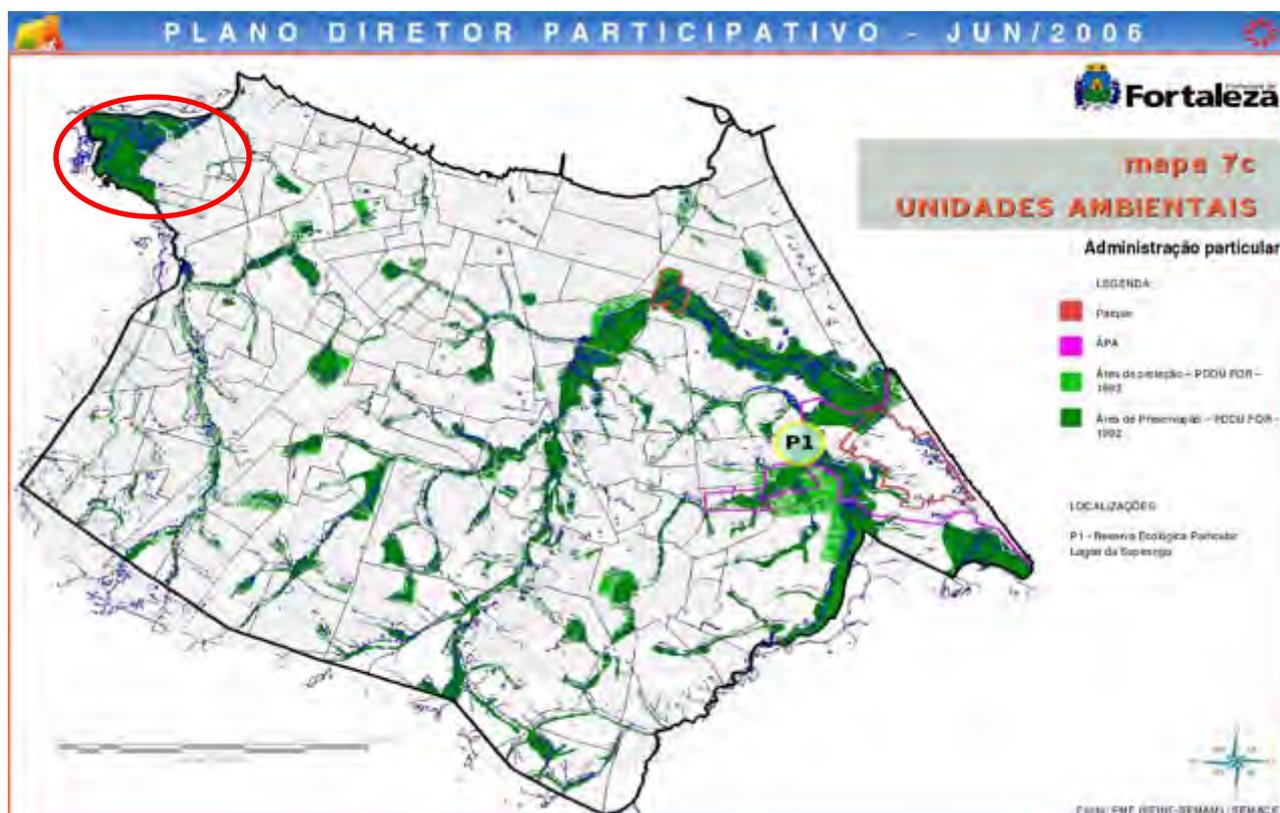


FIGURA 17 – Fortaleza e Unidades Ambientais (Administração Particular). Secretaria Municipal de Planejamento e Orçamento da Prefeitura Municipal de Fortaleza (SEPLA/PMF). Área correspondente ao bairro Vila Velha em destaque pela elipse vermelha. Mapa disponível em www.sepla.fortaleza.ce.gov.br/planodiretor. (2006)

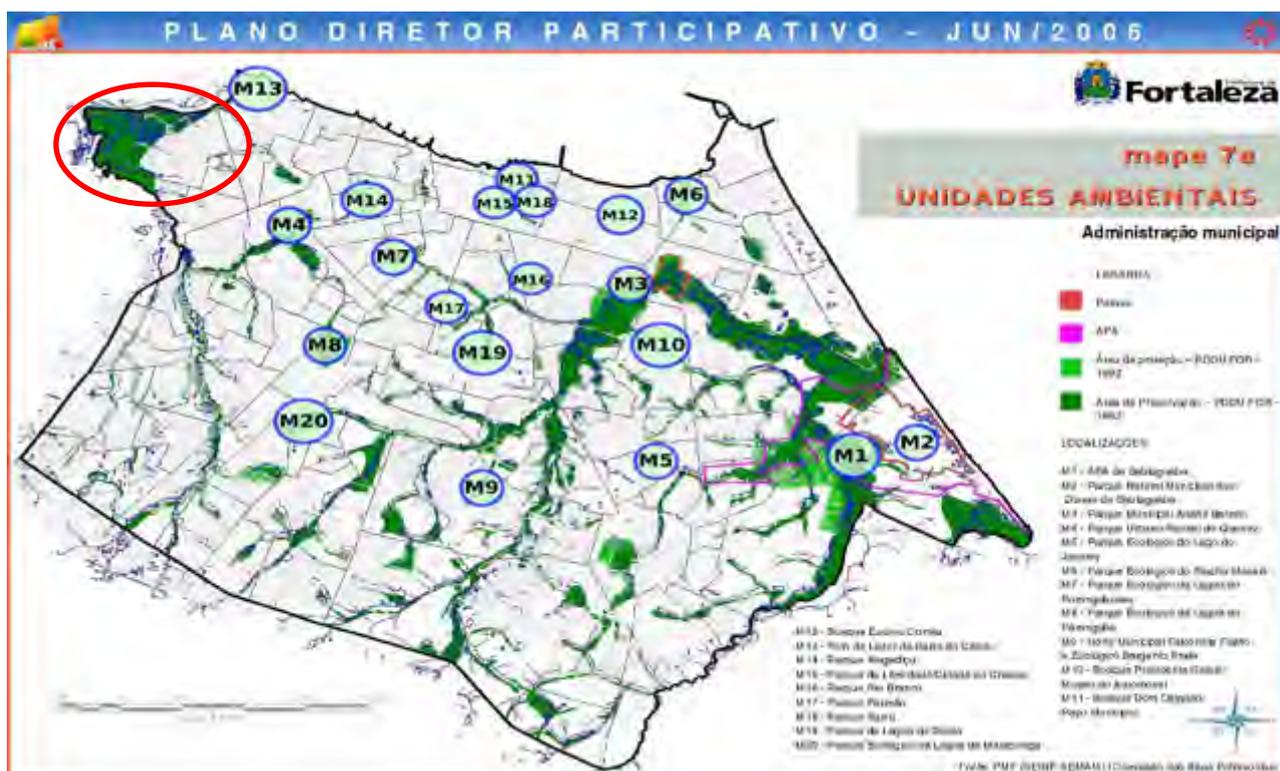


FIGURA 18 – Fortaleza e Unidades Ambientais (Administração Municipal). Secretaria Municipal de Planejamento e Orçamento da Prefeitura Municipal de Fortaleza (SEPLA/PMF). Área correspondente ao bairro Vila Velha em destaque pela elipse vermelha. Mapa disponível em www.sepla.fortaleza.ce.gov.br/planodiretor. (2006)

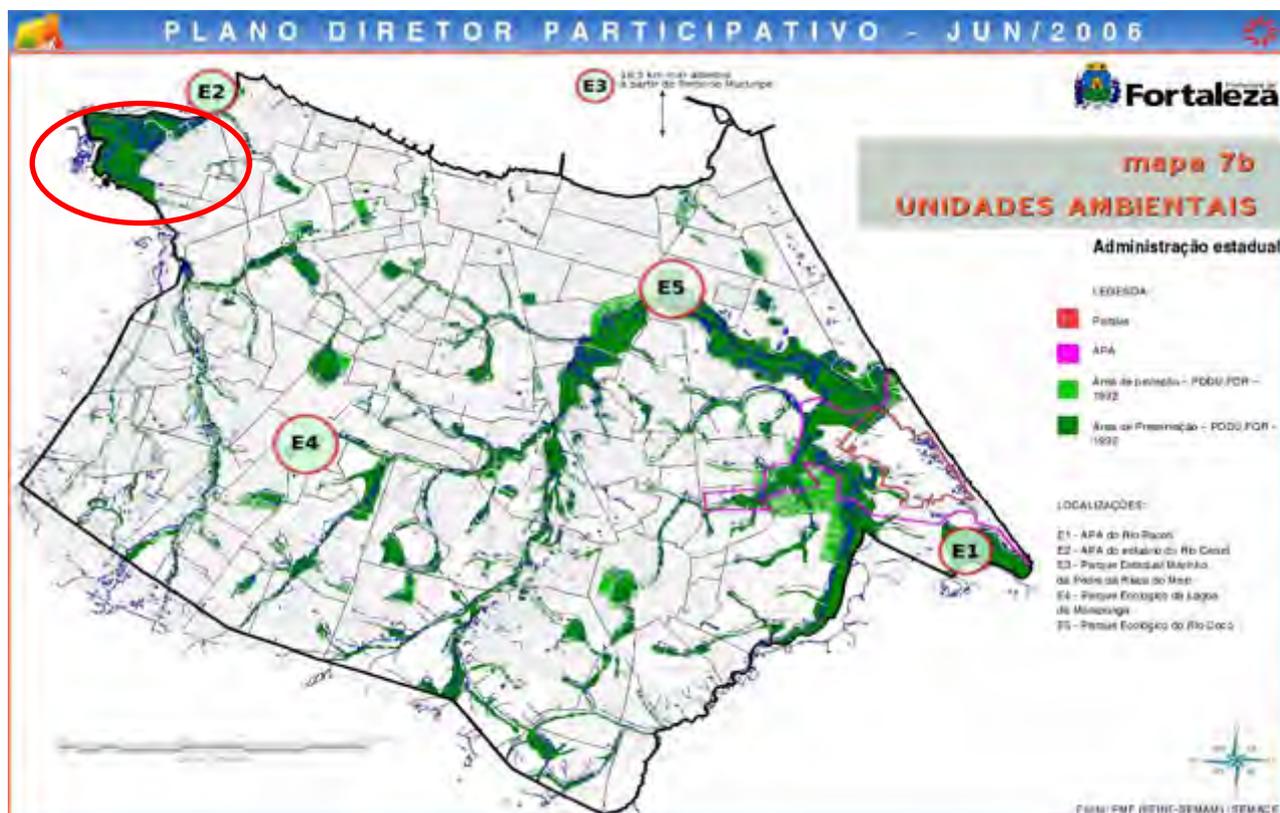


FIGURA 19 – Fortaleza e Unidades Ambientais (Administração Estadual). Secretaria Municipal de Planejamento e Orçamento da Prefeitura Municipal de Fortaleza (SEPLA/PMF). Área correspondente ao bairro Vila Velha em destaque pela elipse vermelha. Mapa disponível em www.sepla.fortaleza.ce.gov.br/planodiretor. (2006)

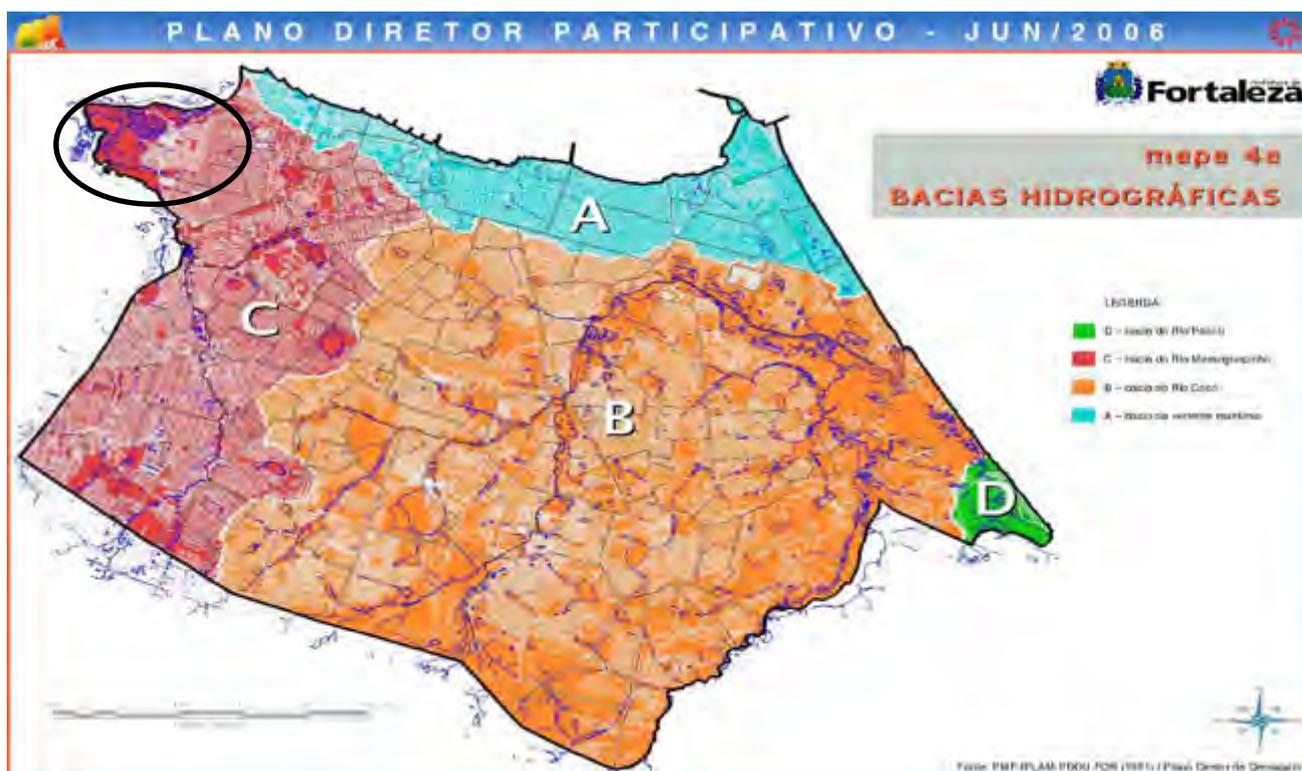


FIGURA 20 – Fortaleza e Bacias Hidrográficas. Secretaria Municipal de Planejamento e Orçamento da Prefeitura Municipal de Fortaleza (SEPLA/PMF). Área correspondente ao bairro Vila Velha em destaque pela elipse preta. Mapa disponível em www.sepla.fortaleza.ce.gov.br/planodiretor. (2006)

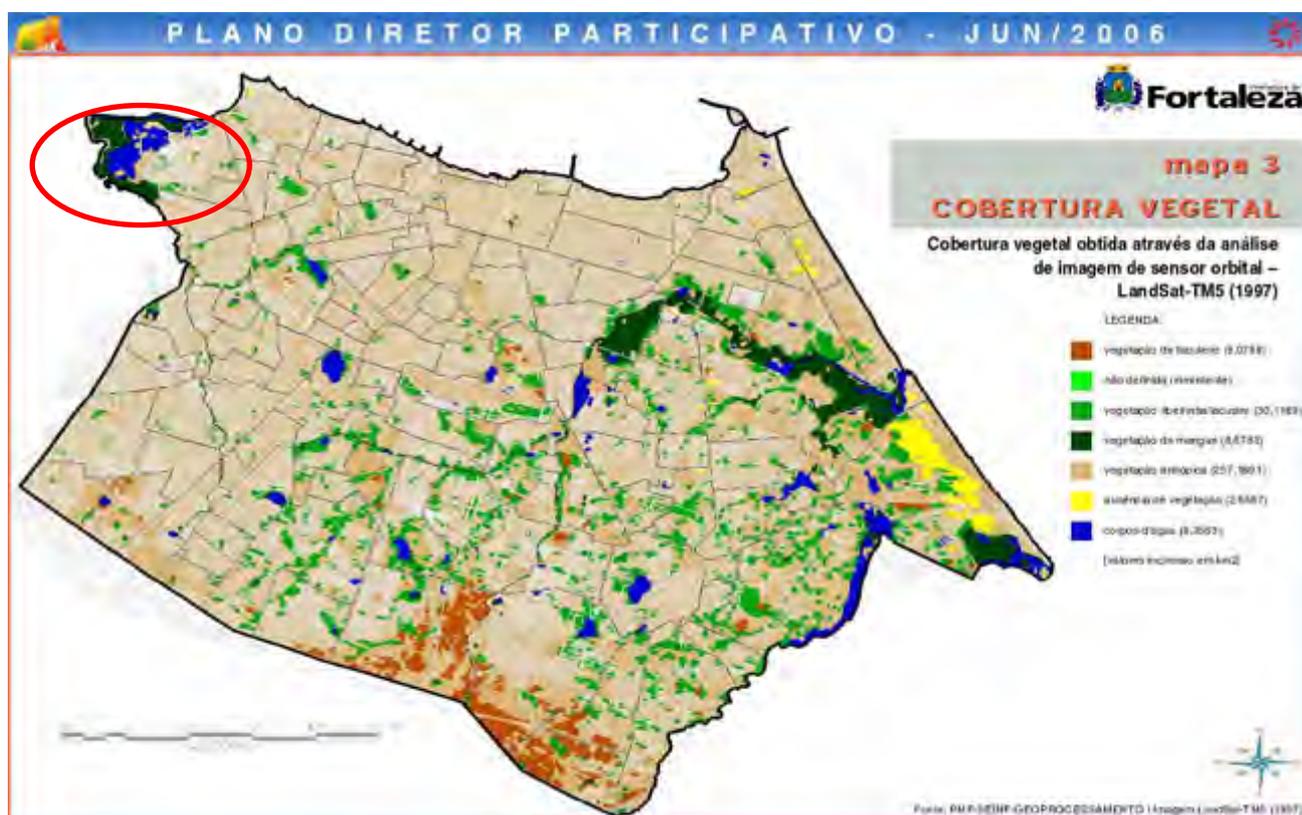


FIGURA 21 – Fortaleza e Cobertura Vegetal. Secretaria Municipal de Planejamento e Orçamento da Prefeitura Municipal de Fortaleza (SEPLA/PMF). Área correspondente ao bairro Vila Velha em destaque pela elipse vermelha. Mapa disponível em www.sepla.fortaleza.ce.gov.br/planodiretor. (2006)

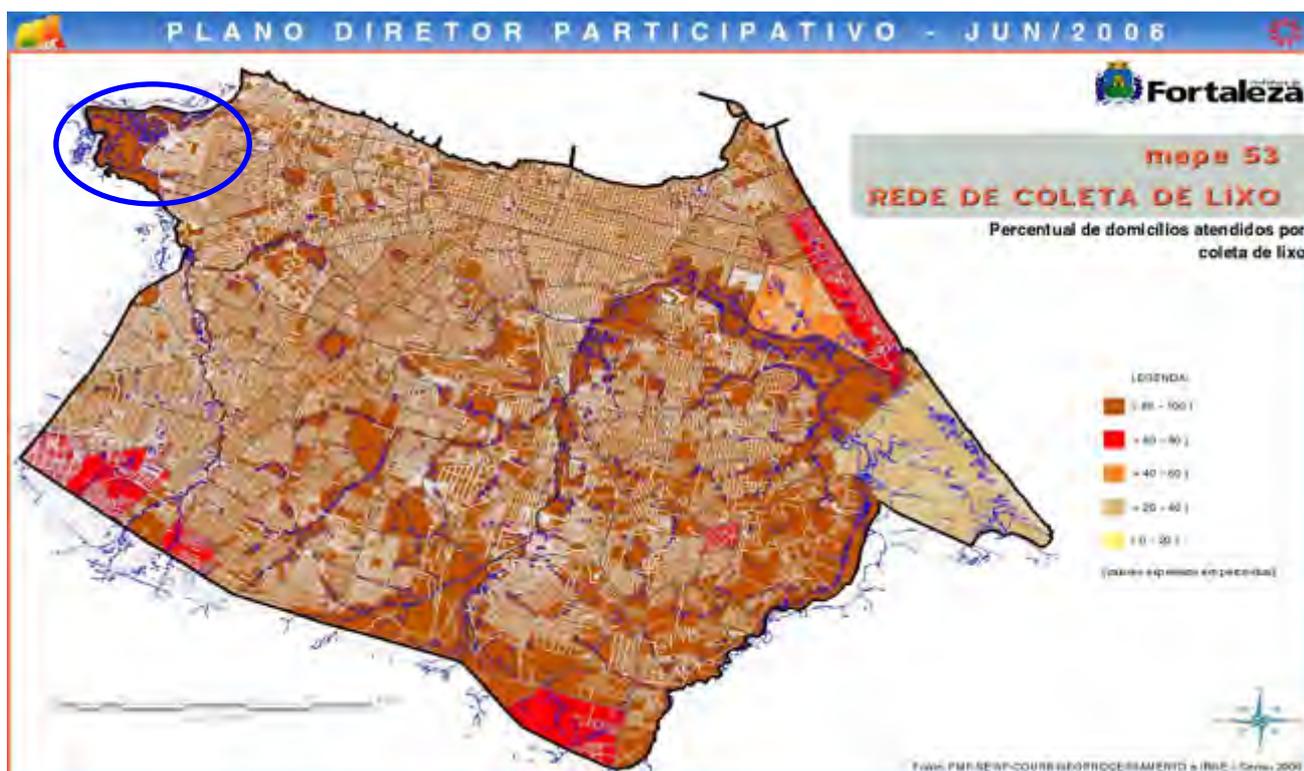


FIGURA 22 – Fortaleza e Rede de Coleta de Lixo. Secretaria Municipal de Planejamento e Orçamento da Prefeitura Municipal de Fortaleza (SEPLA/PMF). Área correspondente ao bairro Vila Velha em destaque pela elipse azul. Mapa disponível em www.sepla.fortaleza.ce.gov.br/planodiretor. (2006)

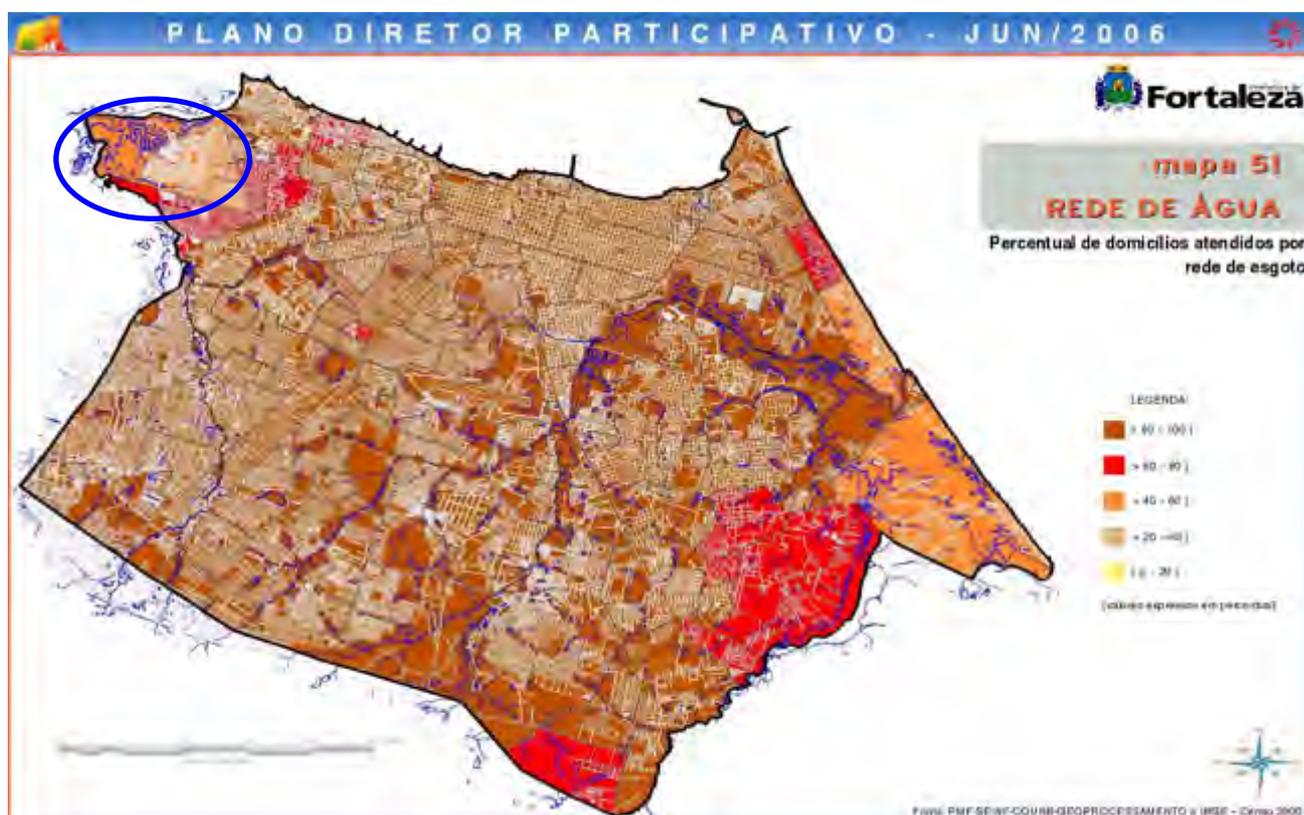


FIGURA 23 – Fortaleza e Rede de Água. Secretaria Municipal de Planejamento e Orçamento da Prefeitura Municipal de Fortaleza (SEPLA/PMF). Área correspondente ao bairro Vila Velha em destaque pela elipse azul. Mapa disponível em www.sepla.fortaleza.ce.gov.br/planodiretor. (2006)

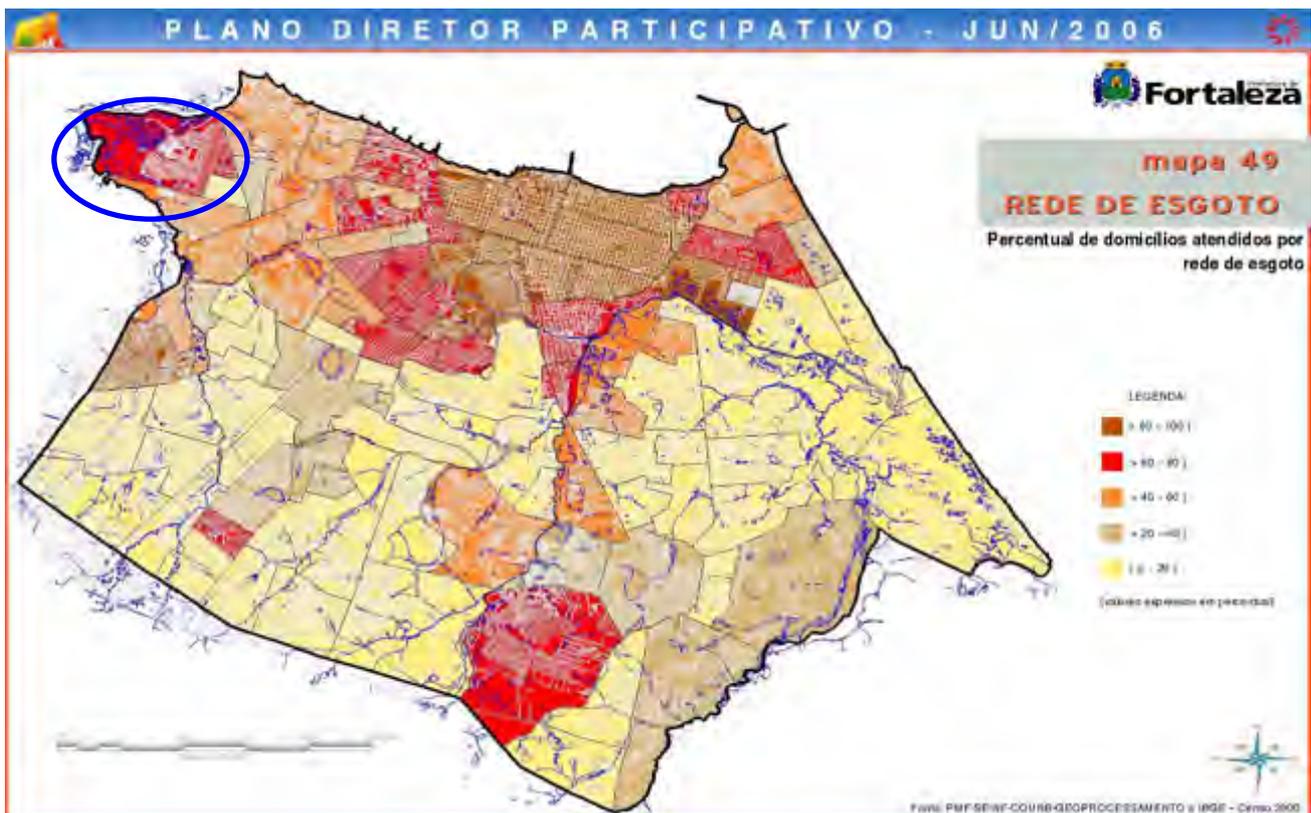


FIGURA 24 – Fortaleza e Rede de Esgoto. Secretaria Municipal de Planejamento e Orçamento da Prefeitura Municipal de Fortaleza (SEPLA/PMF). Área correspondente ao bairro Vila Velha em destaque pela elipse azul. Mapa disponível em www.sepla.fortaleza.ce.gov.br/planodiretor. (2006)

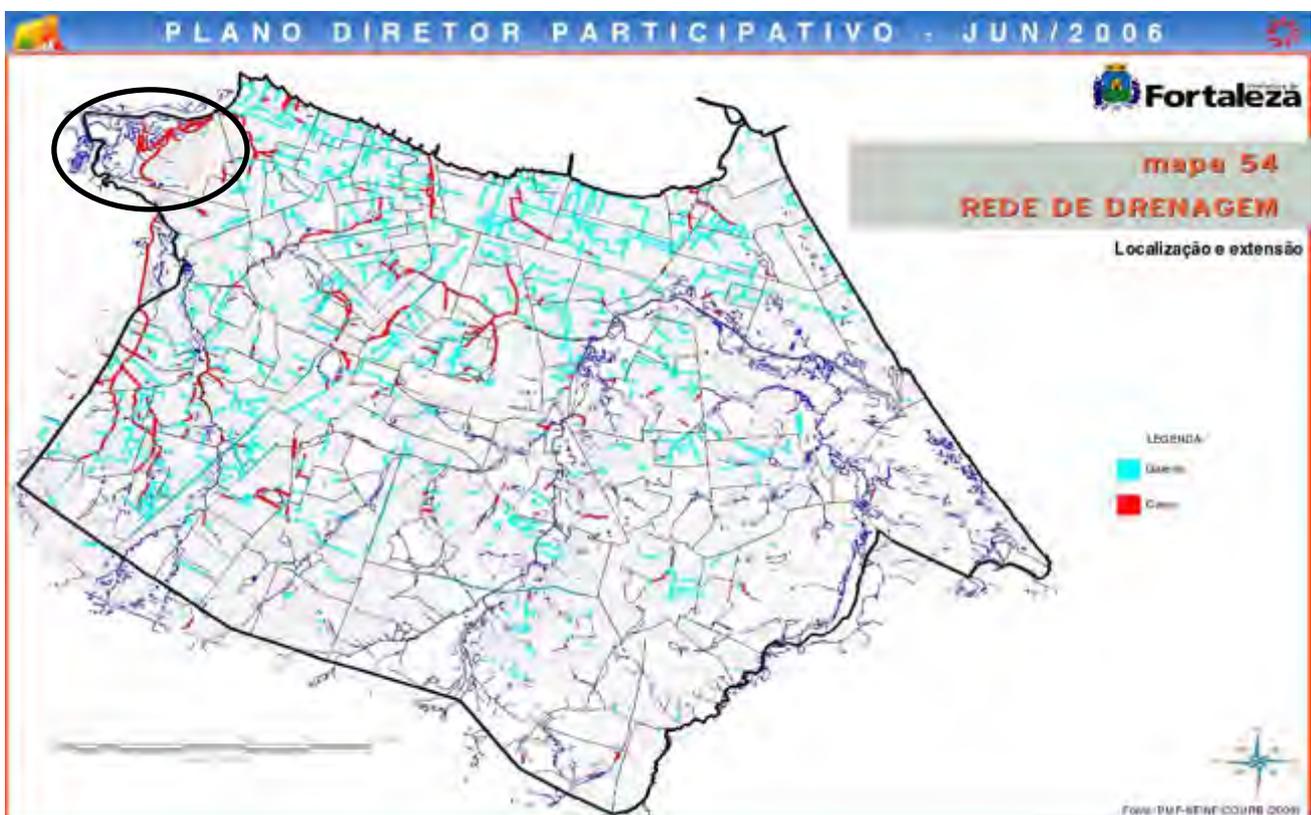


FIGURA 25 – Fortaleza e Rede de Drenagem. Secretaria Municipal de Planejamento e Orçamento da Prefeitura Municipal de Fortaleza (SEPLA/PMF). Área correspondente ao bairro Vila Velha em destaque pela elipse preta. Mapa disponível em www.sepla.fortaleza.ce.gov.br/planodiretor. (2006)

ANEXO 7

A COMUNIDADE DO MANGUE DO BAIRRO VILA VELHA (Documentação Fotográfica)



FOTO 1 – Aspecto da Rua Arthur Borges, principal rua de acesso à comunidade do mangue do bairro Vila Velha, em um dia chuvoso do mês de Abril de 2008. Fotografia realizada pelo autor em 11 de Abril de 2008.



FOTO 2 – Aspecto da Rua Arthur Borges, principal rua de acesso à comunidade do mangue do bairro Vila Velha, em um dia chuvoso do mês de Abril de 2008. Fotografia realizada pelo autor em 11 de Abril de 2008.



FOTO 3 – Aspecto da Rua Arthur Borges em um dia chuvoso do mês de Abril de 2008. Notar a dificuldade de acesso à comunidade do mangue do bairro Vila Velha pelo veículo da Secretaria Executiva Regional (SER I) que faz o transporte da equipe do Programa de Saúde da Família (PSF) do Centro de Saúde da Família João Medeiros. Fotografia realizada pelo autor em 11 de Abril de 2008.



FOTO 4 – Aspecto da Rua Arthur Borges em um dia chuvoso do mês de Abril de 2008. Alguns moradores preferem passar em meio às águas correntes do canal da Rua Arthur Borges a passar por algumas das pontes precariamente construídas pela população. Fotografia realizada pelo autor em 11 de Abril de 2008.



FOTO 5 – Aspecto da Rua Arthur Borges em um dia chuvoso do mês de abril de 2008. Moradora atravessando o canal da Rua Arthur Borges. Fotografia realizada pelo autor em 11 de Abril de 2008.



FOTO 6 – Aspecto de uma moradia às margens do canal da Rua Arthur Borges em um dia chuvoso do mês de Abril de 2008. Fotografia realizada pelo autor em 11 de Abril de 2008.



FOTO 7 – Mapeamento da comunidade do mangue do bairro Vila Velha realizado pelos profissionais do Programa de Saúde da Família (PSF) do Centro de Saúde da Família João Medeiros. Fotografia realizada pelo autor em 13 de Junho de 2008.



FOTO 8 – Aspecto do local de atendimento da equipe do Programa de Saúde da Família (PSF) do Centro de Saúde da Família João Medeiros na comunidade do mangue do bairro Vila Velha. À direita, nota-se o ambulatório de consultas e à esquerda, a palhoça, onde há a realização dos grupos de hipertensos e diabéticos, de mulheres e de crianças. Fotografia realizada pelo autor em 09 de Maio de 2008.



FOTO 9 - Aspecto do local de atendimento da equipe do Programa de Saúde da Família (PSF) do Centro de Saúde da Família João Medeiros na comunidade do mangue do bairro Vila Velha. À direita, nota-se o ambulatório de consultas e à esquerda, a palhoça, onde há a realização dos grupos de hipertensos e diabéticos, de mulheres e de crianças. Fotografia realizada pelo autor em 09 de Maio de 2008.



FOTO 10 – Aspecto de uma moradia próxima a um trecho da margem direita do Rio Ceará. Fotografia realizada pelo autor em 09 de Maio de 2008.



FOTO 11 – Aspecto de uma moradia próxima a um trecho da margem direita do Rio Ceará. Notar as precárias condições da moradia em questão. Fotografia realizada pelo autor em 09 de Maio de 2008.



FOTO 12 – Aspecto de uma moradia (a mesma da foto anterior) posta à venda, situada em um trecho da margem direita do Rio Ceará. Notar as precárias condições da moradia em questão. Fotografia realizada pelo autor em 09 de Maio de 2008.



FOTO 13 – Aspecto de uma moradia da comunidade do mangue do bairro Vila Velha situada em um trecho da margem direita do Rio Ceará. Notar as precárias condições da moradia em questão. Fotografia realizada pelo autor em 09 de Maio de 2008.



FOTO 14 – Aspecto de uma moradia situada sobre a antiga área de salinas na comunidade do mangue do bairro Vila Velha. Notar a área inundada pelas oscilações de maré da planície flúvio-marinha, em um trecho à margem direita do Rio Ceará. Notar as precárias condições da moradia em questão. Fotografia realizada pelo autor em 09 de Maio de 2008.



FOTO 15 – Moradia situada sobre a antiga área de salinas da comunidade do mangue do bairro Vila Velha. Notar a área inundada pelas oscilações de maré da planície flúvio-marinha, em um trecho à margem direita do Rio Ceará. Fotografia realizada pelo autor em 09 de Maio de 2008.



FOTO 16 – Trecho da comunidade do mangue do bairro Vila Velha correspondente à antiga área de salinas. Notar a área inundada pelas oscilações de maré da planície flúvio-marinha, em um trecho à margem direita do Rio Ceará. Fotografia realizada pelo autor em 09 de Maio de 2008.



FOTO 17 – Aspecto de uma moradia da comunidade do mangue do bairro Vila Velha situada em um trecho da margem direita do Rio Ceará. Notar as precárias condições da moradia em questão. Fotografia realizada pelo autor em 09 de Maio de 2008.



FOTO 18 – Aspecto de uma rua da comunidade do mangue do bairro Vila Velha. Notar as precárias condições das moradias e o acúmulo de lixo a céu aberto, à direita da foto. Fotografia realizada pelo autor em 23 de Maio de 2008.



FOTO 19 – Aspecto de uma moradia da comunidade do mangue do bairro Vila Velha. Notar a precária condição da moradia em questão. Fotografia realizada pelo autor em 23 de Maio de 2008.



FOTO 20 – Aspecto de uma moradia da comunidade do mangue do bairro Vila Velha situada sobre a antiga área de salinas (à direita na foto) em um trecho da planície flúvio-marinha, à margem direita do Rio Ceará. Notar as precárias condições da moradia em questão. Fotografia realizada pelo autor em 23 de Maio de 2008.



FOTO 21 – Aspecto de uma moradia (a mesma da foto anterior) situada sobre a antiga área de salinas em um trecho da planície flúvio-marinha, à margem direita do Rio Ceará. Notar a área inundada pelas oscilações de maré do Rio Ceará. Fotografia realizada pelo autor em 23 de Maio de 2008.



FOTO 22 – Aspecto de um monte de entulho utilizado pelos moradores da comunidade do mangue do bairro Vila Velha para o aterramento e posterior construção de moradias sobre trechos inundados da comunidade. O entulho é despejado no período da noite por caminhões que são fretados pelos moradores. Fotografia realizada pelo autor em 23 de Maio de 2008.



FOTO 23 – Aspecto de uma moradia da comunidade do mangue do bairro Vila Velha. Notar as precárias condições da moradia em questão. Fotografia realizada pelo autor em 21 de Maio de 2008.



FOTO 24 – Aspecto de uma moradia da comunidade do mangue do bairro Vila Velha. Notar as precárias condições da moradia em questão e o monte de entulho utilizado pelos moradores para o aterramento e posterior construção de moradias em trechos inundados da comunidade. Fotografia realizada pelo autor em 21 de Maio de 2008.



FOTO 25 – Aspecto do local de atendimento da equipe do Programa de Saúde da Família (PSF) do Centro de Saúde da Família João Medeiros (visão dos fundos do ambulatório). Notar a área inundada pelas oscilações de maré da planície flúvio-marinha, à margem direita do Rio Ceará. Fotografia realizada pelo autor em 21 de Maio de 2008.



FOTO 26 – Aspecto do local de atendimento da equipe do Programa de Saúde da Família (PSF) do Centro de Saúde da Família João Medeiros (visão dos fundos do ambulatório). Notar a área inundada pelas oscilações de maré da planície flúvio-marinha, à margem direita do Rio Ceará. Fotografia realizada pelo autor em 21 de Maio de 2008.



FOTO 27 – Aspecto de uma moradia da comunidade do mangue do bairro Vila Velha. Notar as precárias condições da moradia em questão. Fotografia realizada pelo autor em 21 de Maio de 2008.



FOTO 28 – Aspecto de uma moradia da comunidade do mangue do bairro Vila Velha. Notar as precárias condições da moradia em questão. Fotografia realizada pelo autor em 21 de Maio de 2008.



FOTO 29 – Aspecto de uma moradia da comunidade do mangue do bairro Vila Velha. Notar as precárias condições da moradia em questão e área inundada pelas oscilações de maré da planície flúvio-marinha, em um trecho à margem direita do Rio Ceará. Fotografia realizada pelo autor em 21 de Maio de 2008.



FOTO 30 – Aspecto de uma moradia da comunidade do mangue do bairro Vila Velha. Notar as precárias condições da moradia em questão. Fotografia realizada pelo autor em 21 de Maio de 2008.