

VERA MARIA NEVES SMOLENTZOV

**TOPOGRAFIA DA DESIGUALDADE SOCIAL E SAÚDE EM
ARAÇATUBA/SP**

DOUTORADO EM CIÊNCIAS SOCIAIS

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO

São Paulo – 2006

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

VERA MARIA NEVES SMOLENTZOV

**PROGRAMA DE ESTUDOS PÓS-GRADUADOS EM CIÊNCIAS
SOCIAIS**

**TOPOGRAFIA DA DESIGUALDADE SOCIAL E SAÚDE EM
ARAÇATUBA/SP**

**Pontifícia Universidade Católica de São Paulo
São Paulo - 2006**

VERA MARIA NEVES SMOLENTZOV

**TOPOGRAFIA DA DESIGUALDADE SOCIAL E SAÚDE EM
ARAÇATUBA/SP**

Tese apresentada à Banca Examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como exigência parcial para obtenção do título de Doutora em Ciências Sociais, na área de concentração em Sociologia, sob a orientação da Profa. Dra Maura Pardini Bicudo Vêras.

Pontifícia Universidade Católica de São Paulo

São Paulo – 2006

Banca Examinadora

Aos meus amores,

Sergio,

Tatiana e Igor

Agradecimentos

Inúmeras são minhas dívidas de gratidão acumuladas durante o processo de construção desta tese de doutorado. O desenvolvimento desse trabalho intelectual cheio de percalços, dificuldades acadêmicas e pessoais, obriga-me a um incontável número de agradecimentos pelo apoio, solidariedade, ajuda e compreensão, acumulados ao longo desse processo.

Quero, no entanto, agradecer de forma muito especial à minha querida amiga e orientadora Maura Pardini Bicudo Vêras, cujo apoio e garantias nunca faltaram, mesmo com sua extraordinária sobrecarga de trabalho, ao assumir o conturbado cargo de reitora, eleita em votação direta pela comunidade PUC de São Paulo, instituição que aprendi a amar e respeitar pela sua dignidade acadêmica, e democrático respeito aos desiguais. À querida Edna, que amortece as dificuldades no relacionamento institucional, e está sempre nos incentivando com sua cativante atitude otimista e carinhosa.

Ao Programa de Estudos Pós-Graduados em Ciências Sociais da PUC-SP, pelo orgulho que sempre tive de fazer parte dele, e pela alegria que tive de saborear as aulas e leituras garantidas pelos seus professores. Foi um grande prazer e alegria ter convivido aqui todo esse tempo, desde o mestrado.

Às professoras Vera Chaia e Regina M. Giffoni Marsiglia, que fizeram parte da minha banca de qualificação do doutorado, os meus sinceros agradecimentos pela gentileza, competência e grande despojamento, que tiveram em suas críticas construtivas fundamentais para a conclusão deste trabalho.

A todas as minhas amigas de convívio respeitoso em Paris, solidárias em todos os momentos daqueles oito meses de bolsa CAPES sanduíche, e à Casa do Brasil, a querida *Maison du Brésil* em Paris, por tornar mais aconchegante nossa vida de pesquisadores solitários no exterior.

À CAPES, cuja seriedade, dignidade, comprometimento acadêmico e prestígio internacional, tive o maior orgulho de partilhar como bolsista no Brasil e na França.

Ao professor Serge Paugam, nosso orientador na Ecole des Hautes Etudes em Sciences Sociales (EHESSS), pela gentil acolhida e profundo respeito acadêmico a todos os seus orientandos.

Ao coordenador do Programa de Atenção Básica de Saúde da Família de Araçatuba (PSF) e diretor da Santa Casa de Misericórdia de Araçatuba/SP, Sergio Smolentzov, que resolveu com sua *expertise*, competência e experiência profissionais questões que me pareciam ser impossíveis. Suas críticas e intervenções foram essenciais e divido com ele as alegrias da conclusão desta tese.

Aos meus alunos e diretor da Fundação Educacional Araçatuba – FAC-FEA, Pascoal Manfredi Neto, cientista social como eu, uspiano convicto, e grande companheiro nas lutas cotidianas no exercício do magistério, pelo apoio, seriedade e dignidade do convívio, das discussões e trocas acadêmicas.

Aos meus amigos de sempre.

E, especialmente à minha família, meu marido e companheiro, e meus filhos, pelo suporte pessoal do dia a dia, carinho, amor e paciência que garantiram minha sanidade.

Araçatuba, Janeiro de 2006.

RESUMO

O principal escopo deste trabalho foi estabelecer e analisar as relações entre a incidência de doenças relacionadas à saúde pública e as desigualdades sociais. O estudo foi conduzido em Araçatuba/SP nos seguintes bairros: Nova Iorque, Vila Mendonça e o triplo bairro São José/Ezequiel Barboza/Mão Divina, levantando a topografia das suas desigualdades sociais. A caracterização sociológica do espaço analisado os definiu como os mais característicos do município, por suas diferenças e especificidades, garantindo a sua diversidade. Para estabelecer essa relação entre os parâmetros de desigualdade social e doenças que merece a atenção das políticas públicas de saúde, esse trabalho de pesquisa se baseou nos dados levantados pelo Programa de Saúde da Família (PSF), que incorpora e reafirma os princípios básicos do Sistema Único de Saúde (SUS) e garantem a universalidade, descentralidade, integralidade, equidade e participação social. A riqueza de dados desse programa oficial foi o principal fator de sua escolha como fonte básica de dados dessa pesquisa, no período que vai de abril de 2001 (implantação do programa no município) a abril de 2005 (data da consolidação de dados do 1º trimestre anual do programa). Indiscutível é a relevância do tema a ser tratado e das implicações da saúde na desigualdade social, dos mecanismos políticos de consolidação da democracia e da cidadania, assim como nas graves distorções econômicas do país e da região onde o município de Araçatuba se localiza. A análise do tema saúde, que é muito rico do ponto de vista teórico, vai apreciar, nesse trabalho, sobretudo, as questões que envolvem as articulações entre a Saúde Pública, o Estado e a Sociedade Civil, principalmente nas questões sociais. A pesquisa consistiu de dados secundários regionalizados e estatísticos fornecidos pelo Programa de Saúde da Família (PSF), através das equipes responsáveis pelo programa em Araçatuba nos bairros escolhidos, com exceção do bairro do Jardim Nova Iorque, onde o PSF local não atua. Por esse motivo, foram distribuídos questionários a um

grupo de moradores do bairro, que se constituíram na fonte de dados primária desta pesquisa, levantando algumas questões direcionadas a seus procedimentos na área da saúde e a suas condições de vida, cujos dados foram incorporados ao trabalho, preservando a identidade desses moradores. O estudo permitiu perceber que, nos bairros onde o PSF foi implantado, houve uma grande transformação em toda a comunidade, iniciada com a discussão em torno das questões locais relacionadas à saúde, extrapolando, no entanto, essa área. E é através do processo de envolvimento da comunidade em torno de discussões mais amplas, que transformam seus membros em cidadãos capazes de se reconhecerem e reconhecerem o outro como portadores de direitos, e de atuarem como sujeitos políticos e sociais.

Palavras chaves: Desigualdade social, saúde pública, participação social e cidadania.

ABSTRACT

The main scope of this work was to set forth and analyze the relations between the incidence of diseases related to public health and social inequities. The study was carried out in Araçatuba/SP in the following districts: Nova Iorque, Vila Mendonça and the triple district São José/Esequiel Barbosa/Mão Divina, investigating the topography of their social differences. The sociological characterization of the space analyzed, defined them as the most characteristic districts in the city due to their differences and specificities, keeping the diversity of the city, in order to set forth this relation between the parameters of social inequality and diseases, which deserve the attention of public health policies. This work research was based on the data collected by PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (PSF) (Family Health Program), which incorporates and reasserts the basic principles of SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS), which assert the universality, decentrality, integrality, equity and social participation. The data amount and wealthness of this official program was the main reason for its choice as a basic source, in a period of time starting on April 2001 (implementation of the program in the city) up to April 2005 (date of data consolidation of the first annual three months of the program). Unquestionable is the relevance of the topic to be approached, the health as to the social inequity, the political mechanisms of democracy and citizenship, as well as the severe economical struggle in the country and in the region where the city of Araçatuba is located. The analysis of the health topic, which is very valuable from a theoretical point of view, shall appreciate in this work, specially the issues related to the articulations among Public Health, State and Civil Society, mainly in the social issues. The research consisted in secondary, regionalized and statistic data provided by PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (PSF) (Family Health Program), through teams in charge of the program in Araçatuba on the chosen districts, except for the district of Jardim Nova Iorque where the PSF does not carry out its activities. For this reason, questionnaires were distributed

to a group of people who live there, and were the source of the primary data of this research, raising some questions related to the procedures of those people in health and life conditions area. The study allowed us to realize that in the districts whereby the PSF was implemented there was a great transformation in all community, beginning with the discussion of local questions related to health area, but overlapping such area. Through this process of involving the community in extensive discussions, it is possible to transform its members in citizens capable of recognizing themselves and the other individual as right takers and act as political and social entities.

Key words: Social inequity, public health, social participation and citizenship

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	19
Justificativa, objeto, objetivos, relevância do tema, aspectos teórico-metodológicos, principais hipóteses e resultados obtidos.	
CAPÍTULO I. TOPOGRAFIA DA DIFERENÇA SOCIAL	31
A fundamental questão social: uma revisão bibliográfica.....	31
O mapa da exclusão: a questão social e a doença.....	39
CAPÍTULO II. ARAÇATUBA: UMA VISÃO CRÍTICA. O PESO DE UM SÉCULO DE HISTÓRIA NO NOROESTE PAULISTA	67
Cidade e território.....	67
A crítica questão do meio ambiente, saúde pública e violência. Em defesa da vida.....	89
Violência urbana e desigualdade.....	90
Educação e cidadania: faces diferentes da mesma problemática social.....	97
CAPÍTULO III. SERVIÇOS PÚBLICOS ESSENCIAIS: UM DESENHO INSTITUCIONAL DO PÚBLICO E DO PRIVADO	101
Municipalização da saúde e a questão sanitária municipal.....	101
A constituição dos serviços públicos municipais: engenharia institucional e realidade sanitária do município – equipamentos de saúde.....	106
Os Conselhos Municipais de Saúde – uma trajetória <i>sui-generis</i> , desde sua implantação em 1998.....	114
As Unidades Básicas de Saúde (UBS/USF) ou Unidades de Saúde da Família: comprometimento no atendimento da população ou apenas uma nova forma de tratar velhas questões?.....	122

CAPÍTULO IV. DESIGUALDADE SOCIAL E SAÚDE EM

ARAÇATUBA.....125

1. A saúde pública no Brasil - reforma sanitária e o Sistema Único de Saúde (SUS), um sistema único.....125

- Algumas considerações históricas.....126

- Cidadania, dignidade e participação social.....131

2. Estratégia da saúde da família - história, perspectivas e desafios.....134

- O Programa de Saúde da Família (PSF): histórico e implantação em Araçatuba.....145

- O PSF como campo de interdisciplinaridade.....146

3. O Programa Saúde da Família (PSF) de Araçatuba: estatísticas e análise, a versão oficial.....157

- Atuação das equipes do PSF no município: um balanço necessário depois de quatro anos de funcionamento.....166

- Novas estratégias do PSF em Araçatuba: um campo de mediação no combate à desigualdade social?.....171

CAPÍTULO V. UMA LEITURA SOCIOLÓGICA DOS BAIRROS SÃO JOSÉ/EZEQUIEL BARBOSA/MÃO DIVINA; JARDIM NOVA IORQUE

E VILA MENDONÇA.....177

Análise e critério de escolha dos bairros pesquisados.....177

O bairro do Jardim Nova Iorque, exclusividade, conforto, segurança.....180

O triplo bairro São José, Ezequiel Barbosa e Mão Divina, um grande desafio político-social.....184

Atuação das equipes do PSF no triplo bairro São José, Ezequiel e Mão Divina.....193

O bairro da Vila Mendonça e sua inserção no complexo da saúde.....198

O PSF e o bairro da Vila Mendonça: uma outra estratégia.....	198
A Santa Casa e o PSF uma experiência recente e um relacionamento mais do que necessário.....	207
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	210
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	215
ANEXOS.....	224
ANEXO A - Questionários-padrão do Conselho Municipal de Saúde (CMS): gestão 1998-2000 e gestão 2004-06.....	225
ANEXO B - Questionário-padrão com os moradores do Jardim Nova Iorque.....	227
ANEXO C - Tabelas e gráficos, ilustrando a riqueza de dados do Programa de Saúde da Família (PSF) em Araçatuba/SP.....	230

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Índice de Desenvolvimento Humano Municipal, 2000.....	165
Figura 2- Síntese das variáveis de definição do Índice Paulista de Responsabilidade Social (IPRS).	81
Figura 3 - Municípios paulistas agrupados segundo IPRS (índice paulista de responsabilidade social), riqueza, escolaridade e longevidade.....	81
Figura 4 - Barcaça na Hidrovia em Araçatuba.....	84
Figura 5 - Mapa geral do Bairro do Jardim Nova Iorque.....	86
Figura 6 - Mapa geral do triplo bairro: São José, Ezequiel Barbosa, Mão Divina.....	185
Figura 7 - Mapa geral do bairro da Vila Mendonça.....	198

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Taxas de mortalidade infantil*: DIR VI e município de Araçatuba/SP, de 2000-2004.....	52
Tabela 2 - Casos e coeficiente de incidência* de tuberculose no município e na regional de Araçatuba, 2000-2005, DIR VI – Araçatuba.....	54
Tabela 3 - Casos autóctones e coeficiência de incidência* de dengue, município de Araçatuba e Divisão Regional de Saúde de Araçatuba, 2000 a 2005**.....	58
Tabela 4 - Casos e coeficiência de incidência* de Leishmaniose Visceral Americana (LVA), no município de Araçatuba e Direção Regional de Saúde de Araçatuba (DIR VI), de 1999 a 2005.....	59
Tabela 5 - Dados referentes à população total do município de Araçatuba e dados consolidados das famílias cadastradas pelas 35 equipes do PSF, no município de Araçatuba/SP, desde sua implantação em 2001-2005.....	61
Tabela 6 – Evolução da População de Araçatuba e Região.....	62
Tabela 7 – Doença Referidas.....	63
Tabela 8 - Orçamento e incentivos financeiros transferidos à saúde da família, agentes comunitários de saúde e saúde bucal.....	139
Tabela 9 - Prevalência de aleitamento materno exclusivo e desnutrição infantil, nas áreas cobertas pelo programa SF/Brasil, 1999-2003.....	141
Tabela 10- Taxa de mortalidade infantil nas áreas cobertas pela SF/Brasil, 1999-2003.....	143
Tabela 11- % de Gestantes acompanhadas pelos agentes comunitários de saúde – ACS, nas áreas cobertas pela SF, no Brasil, 1999-2003.....	143
Tabela 12 - Cobertura populacional do SF/BRASIL, dezembro de 1998 a dezembro de 2004.....	144
Tabela 13 - Situação de moradia e saneamento.....	158
Tabela 14 – Famílias Cadastradas.....	159
Tabela 15 - Tratamento de Água no Domicílio.....	160
Tabela 16 - Abastecimento de Água.....	161
Tabela 17 - Destino do Lixo.....	162
Tabela 18 - Destino Fezes/Urina.....	162
Tabela 19 - Oferta de energia elétrica em Araçatuba/SP.....	163
Tabela 20 - Condição referida (Gestante).....	166
Tabela 21 - Aleitamento materno exclusivo em menores de 4 meses no período de julho/2001 a abril/2005, em Araçatuba/SP.....	167
Tabela 22 - Coeficiente de Mortalidade Infantil no período de 2002 a 2004* – Araçatuba/SP.....	167
Tabela 23 - Gestantes acompanhadas no período de julho/2001 a abril/2005 – Araçatuba-SP.....	168
Tabela 24 - Percentual de parturientes com 07 ou mais consultas pré-natais no período de 2002 a 2004, Araçatuba/SP.....	169
Tabela 25 – N° Crianças de 12 a 23 meses, 29 dias desnutridas, no período de julho/2001 a abril/2005, em Araçatuba/SP.....	169
Tabela 26 – Percentual de Médicos por Sexo e Tempo de Formação e Especialidades Médicas, Contratados em Agosto 2005 (do total de 31 médicos).....	172
Tabela 27 - Tipo de casa – São José.....	189
Tabela 28 - N° de famílias estimadas – São José.....	190
Tabela 29 - Tratamento de água no domicílio – São José.....	191
Tabela 30 - Abastecimento de água – São José.....	191
Tabela 31 - Destino do Lixo – São José.....	192

Tabela 32 - Destino fezes/urina – São José.....	192
Tabela 33 - Energia elétrica – São José.....	193
Tabela 34 - Consolidado das famílias cadastradas da zona geral do modelo geral município de Araçatuba Un. Básica 0169676 - São José.....	194
Tabela 35 - Condição referida – São José.....	194
Tabela 36 - Doenças referidas – São José.....	195
Tabela 37 - Consolidado das famílias cadastradas da zona geral do modelo geral unidade básica 0169684 – Centro (Vila Mendonça).....	201
Tabela 38 - Nº de Famílias Estimadas – Vila Mendonça.....	201
Tabela 39 - Doenças Referidas – Vila Mendonça.....	202
Tabela 40 - Condição Referida – Vila Mendonça.....	203
Tabela 41 – Tipo de Casa – Vila Mendonça.....	204
Tabela 42 - Tratamento de Água no Domicílio – Vila Mendonça.....	205
Tabela 43 - Abastecimento de água – Vila Mendonça.....	205
Tabela 44 - Destino do Lixo – Vila Mendonça.....	206
Tabela 45 - Destino fezes/urina – Vila Mendonça.....	206
Tabela 46 – Energia Elétrica – Vila Mendonça.....	207
Tabela 47 - Série histórica da produção da zona geral do modelo 2001-05.....	227
Tabela 48 - Consultas Médicas Residentes na Área.....	227
Tabela 49 – Total de Consultas.....	229
Tabela 50 – Tipo de Atendimento.....	229
Tabela 51- Exames Complementares.....	230
Tabela 52 – Encaminhamentos.....	233
Tabela 53 - Internação domiciliar.....	233
Tabela 54 – Procedimentos.....	233
Tabela 55 – Visitas Domiciliares.....	235

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Casos e Coeficiente de Incidência de Tuberculose, Município de Araçatuba e Regional de Araçatuba, 1997-2005, DIR VI – Araçatuba Fonte: EPI-TB – DIR VI – Araçatuba.....	55
Gráfico 2 - Casos Novos e Coeficiente de Incidência de Tuberculose, Município de Araçatuba e Divisão Regional de Araçatuba, 2005.....	55
Gráfico 3 -Casos Autóctones e Coeficiência de Incidência de Dengue, Município de Araçatuba e Divisão Regional de Saúde de Araçatuba, 2000 a 2005.....	58
Gráfico 4 - Casos e Coeficiência de Incidência de Leishmaniose Visceral Americana, Município de Araçatuba e Divisão Regional de Saúde de Araçatuba, 1999 a 2005.....	60
Gráfico 5 - Dados Consolidados das Famílias Cadastradas pelas 35 equipes do PSF.....	61
Gráfico 6 - População Residente em Araçatuba e na Região da DIR – 6.....	62
Gráfico 7 – Doenças Referidas.....	65
Gráfico 8.1 – Doenças Referidas (%).....	65
Gráfico 8.2 – Doenças Referidas (%).....	66
Gráfico 9 - Número de óbitos por arma de fogo, de 2000 – 2004, no Brasil.....	91
Gráfico 10 – Número de Óbitos Por Arma de Fogo na Região Sudeste, Por Estado e Ano....	92
Gráfico 11 – Ocorrências Anuais / Araçatuba.....	94
Gráfico 12 – Taxa de Delito por 100 mil Habitantes.....	94
Gráfico 13 -Incentivos financeiros transferidos à saúde da família, agentes comunitários de saúde e saúde bucal.....	139
Gráfico 14 - Orçamento para o Programa Saúde da Família.....	140
Gráfico 15 - Prevalência de aleitamento materno exclusivo e desnutrição infantil, nas áreas cobertas pelo SF/Brasil, 1999-2003.....	142
Gráfico 16 - Taxa de Mortalidade Infantil nas Áreas Cobertas pela SF Brasil, 1999 – 2003.	143
Gráfico 17 - % de Gestantes Acompanhadas pelo ACS nas Áreas Cobertas pela SF – Brasil, 1999 – 2003.....	144
Gráfico 18 - Cobertura Populacional do SF – Brasil.....	144
Gráfico 19 – Tipo de Casa.....	158
Gráfico 20 – Famílias Cadastradas.....	159
Gráfico 21 - Tratamento de Água no Domicílio.....	160
Gráfico 22 - Abastecimento de Água.....	161
Gráfico 23 - Destino do Lixo (%).....	162
Gráfico 24 - Destino Fezes/Urina (%).....	163
Gráfico 25 – Energia Elétrica.....	164
Gráfico 26 - IDH de Araçatuba - Período Comparativo de 1991 e 2000.....	165
Gráfico 27- Gestante.....	167
Gráfico 28 - Aleitamento materno exclusivo em menores de 4 meses no período de julho/2001 a abril/2005, em Araçatuba/SP.....	167
Gráfico 29 - Coeficiente de Mortalidade Infantil no período de 2002 a 2004* – Araçatuba/SP.....	168
Gráfico 30 - Gestantes acompanhadas no período de julho/2001 a abril/2005 – Araçatuba-SP.....	168
Gráfico 31 - Gestantes acompanhadas no período de julho/2001 a abril/2005 – Araçatuba-SP (%).....	169
Gráfico 32 - Percentual de parturientes com 07 ou mais consultas pré-natais.....	169
Gráfico 33 - Nº Crianças de 12 a 23 meses, 29 dias desnutridas, no período de julho/2001 a abril/2005, em Araçatuba/SP.....	170

Gráfico 34 - Percentual de Médicos por Sexo e Tempo de Formação e Especialidades Médicas.....	173
Gráfico 35 - Percentual de Enfermeiros por Sexo e Tempo de Formação.....	175
Gráfico 36 - Tipo de casa – São José.....	189
Gráfico 37 - Nº de famílias estimadas – São José.....	190
Gráfico 38 - Nº de famílias estimadas – São José (%).....	190
Gráfico 39 - Tratamento de água no domicílio – São José (%).....	191
Gráfico 40 - Abastecimento de água – São José (%).....	192
Gráfico 41 - Destino do Lixo – São José (%).....	192
Gráfico 42- Destino fezes/urina – São José (%).....	193
Gráfico 43 - Energia elétrica – São José (%).....	193
Gráfico 44 - Consolidado das famílias cadastradas da zona geral do modelo geral município de Araçatuba Un. Básica 0169676 - São José.....	194
Gráfico 45 - Condição referida – São José.....	195
Gráfico 46 - Doenças referidas – São José (%).....	196
Gráfico 47 - Consolidado das Famílias Cadastradas - Vila Mendonça.....	201
Gráfico 48 - Nº de Famílias Estimadas – Vila Mendonça (%).....	202
Gráfico 49 - Doenças Referidas – Vila Mendonça (%).....	203
Gráfico 50 – Condição Referida – Vila Mendonça.....	203
Gráfico 51 - Tipo de Casa – Vila Mendonça (%).....	204
Gráfico 52 - Tratamento de Água no Domicílio – Vila Mendonça (%).....	205
Gráfico 53 - Abastecimento de água – Vila Mendonça (%).....	206
Gráfico 54 - Destino do Lixo – Vila Mendonça.....	206
Gráfico 55 - Destino fezes/urina – Vila Mendonça (%).....	207
Gráfico 56 – Energia Elétrica – Vila Mendonça (%).....	207
Gráfico 57 - Consultas Médicas Residentes na Área.....	228
Gráfico 58 – Total de Consultas.....	229
Gráfico 59 – Tipo de Atendimento.....	230
Gráfico 60 – Exames Complementares.....	231
Gráfico 61 – Exames Complementares (%).....	231
Gráfico 62 – Encaminhamentos.....	232
Gráfico 63 - Internação domiciliar.....	232
Gráfico 64 – Procedimentos.....	234
Gráfico 65 - Visitas Domiciliares.....	235

INTRODUÇÃO

Na impossibilidade de empreender durante o mestrado uma pesquisa capaz de elaborar e mapear uma “geografia da doença” no município de Araçatuba/SP que possibilitasse a apresentação de informações para elaboração de uma política de saúde pública mais pontual e voltada para um melhor atendimento da população, busquei direcionar meu projeto de doutorado para o levantamento e criação do mapa das doenças de maior incidência no município, podendo assim, no raio de ação dessa pesquisa, contribuir para que essas mudanças pudessem ocorrer e beneficiassem a população que utiliza o sistema público de saúde local.

Esse projeto de pesquisa, que em época anterior não seria exequível em função da total falta de informatização na área da saúde, só se tornou possível com a implantação do Programa de Saúde da Família (PSF) em Araçatuba, iniciado já com um número recorde de 35 equipes no começo de uma nova administração municipal em abril de 2001. Vale ressaltar que a implantação do Programa de Saúde da Família (PSF) ocorreu em função da necessidade de melhoria no trabalho realizado pelas unidades básicas de saúde (UBS) existentes no município e que funcionavam precariamente no atendimento à população. Com uma aplicação em torno de 60% de recursos municipais na implantação do Programa de Saúde da Família (PSF), a administração municipal garantiu a informatização e (re)adequação dessas unidades básicas de saúde (UBS) e dos postos de saúde municipais a baixo custo, em tempo curto e pela metade do orçamento previsto, já que a outra parte (40%) do financiamento ficou sob a responsabilidade do Ministério da Saúde.

No início do projeto de pesquisa desse doutorado a intenção era a de mapear cada bairro de Araçatuba, obtendo através dos relatórios das 35 equipes atuantes do Programa de Saúde da Família (PSF) o levantamento das doenças de maior

incidência em cada um desses bairros e, principalmente, em quais deles essas doenças se manifestavam mais fortemente e o motivo dessa incidência. Os dados daí obtidos seriam cruzados com o levantamento dos prontuários de pacientes da Santa Casa de Misericórdia, único hospital de referência da região, acompanhados de minuciosa caracterização sociológica de cada um dos bairros do município, perseguindo nessa análise a construção de um mapa sócio-econômico da cidade. A hipótese inicial da pesquisa era a de que nesse mapa seria encontrada uma grande incidência de doenças ligadas aos problemas de saúde pública, especialmente nos bairros mais carentes e de periferia, cujos cuidados mais precários com infra-estrutura básica, próximos a lixões e a outros tipos de poluição ambiental, seriam muito provavelmente os grandes responsáveis pela constatação dessas doenças.

Infelizmente, o trabalho extenso desse mapeamento geral do município ainda não pode ser feito, mas fica o projeto inteiro garantido pelo sonho de pesquisador de que ele em breve poderá ser concretizado. E, em lugar do todo municipal, foi possível a realização de uma amostra consubstanciada por alguns bairros definidos pelo critério de representação: o que abriga a população mais carente economicamente, representado pelo triplo bairro São José/Ezequiel Barbosa/Mão Divina; o mais elitista, o Jardim Nova Iorque; e um dos bairros mais antigos, estruturado e central, o bairro Vila Mendonça que, além disso, ainda abriga a Santa Casa de Misericórdia e outras instituições filantrópicas da cidade.

Levantar os dados capazes de desvelar o perfil do município foi uma das muitas dificuldades encontradas. A história da cidade, de origem recente de quase 100 anos e de pouca identidade cultural foi sempre marcada pelas intenções predatórias de uma parte da população que a tem visado apenas como um local de enriquecimento rápido, pouco participando das decisões e dificuldades municipais. As informações e

dados, mesmo os oficiais são desatualizados e pouco confiáveis, datando de 1994 o único Plano Diretor Municipal. Vale frisar que a maioria das secretarias municipais de Araçatuba não dispõe de banco de dados, pesquisas ou publicações institucionais capazes de garantir a base de qualquer trabalho acadêmico-científico, embora o município disponha de inúmeros cursos universitários, distribuídos em duas universidades: uma pública, a Universidade Estadual Paulista (UNESP), e a outra privada, a Universidade Paulista (UNIP); e ainda dois centros universitários privados, o Centro Universitário Salesiano Auxilium (UniSalesiano) e o Centro Universitário Toledo (UniToledo); além de três outras faculdades: uma fundação pública não-estatal, a Fundação Educacional Araçatuba (FAC-FEA), e outras duas privadas, as Faculdades THATHI e o Instituto de Ensino Superior São Judas Tadeu. Somente em 2005, no início da nova gestão municipal do reeleito prefeito, foi criada uma secretaria especial de Turismo e Cultura já que o município, às margens de um rio Tietê despoluído, faz parte do Comitê da Bacia do Baixo Tietê. Esse Comitê, integrado pelos representantes dos governos estadual e municipal, sociedade civil e entidades especializadas na área, tem sido importante na divulgação de dados relativos aos municípios integrantes dessa hidro-bacia por possuir um importante banco de dados sobre eles. Pela posição topográfica privilegiada do município de Araçatuba, que integra um dos quatro maiores pólos hídricos do mundo, as duas últimas gestões municipais do mesmo prefeito se preocuparam em discutir a vocação turística do município de uma forma mais consistente, em virtude dos importantes benefícios governamentais de que poderá beneficiar-se o município se for indicado como estância turística.

As dificuldades encontradas acabaram, no entanto, se constituindo num desafio e grande estímulo no esforço de levantamento desse material de pesquisa. Espero que este trabalho possa servir de diagnóstico e base teórico-prática para melhor

entendimento das necessidades do município. E de contribuir para posteriores estudos, além de servir de ponto de partida para o trabalho de outros pesquisadores da região, ainda muito pobre de registros históricos, dados e análises, diminuindo com esse esforço a distância entre os rumos das políticas públicas da saúde do município e as demandas da população local envolvida. Essa é também a minha forma de agradecer a hospitalidade e a amável acolhida que tivemos aqui quando viemos do Rio, buscando uma melhor qualidade de vida para nós e para nossa família, há quase 30 anos.

Indiscutível é a relevância do tema a ser tratado e das implicações da saúde na desigualdade social, nos mecanismos políticos de consolidação da democracia e da cidadania, assim como nas graves distorções econômicas do país e da região onde o município de Araçatuba se localiza. A análise do tema saúde, que é muito rico do ponto de vista teórico, vai apreciar, sobretudo, as questões que envolvem as articulações entre a Saúde Pública, o Estado e a Sociedade Civil, observando o papel do Estado se alterando, principalmente nas questões sociais, modificando e desregulamentando as condições de reprodução da força de trabalho (terceirização, desemprego, subemprego, emprego informal) e aumentando ainda mais a desigualdade e a exclusão sociais.

O termo exclusão social que, aliás, não é novo no Brasil, podendo ser reportado desde os tempos coloniais, tem recebido fortes reforços teóricos de autores americanos e europeus, à medida que eles têm se deparado com um processo de desigualdade e de exclusão social agora muito mais freqüente em suas próprias sociedades, como é o caso da sociedade francesa. Dessa forma, foi de grande importância para este trabalho, o contato com a equipe de pesquisadores franceses dirigidos pelo professor Serge Paugam, bem como a participação em debates e simpósios internacionais relacionados à questão social, hoje de fundamental importância para o mundo contemporâneo. Assim, os “excluídos, os não-cidadãos, os

desafiliados” como aponta Castel e/ou os “deixados de lado ou desqualificados,” conforme Paugam, são os mesmos que integram as engrenagens produtivas de forma desigual, tanto no mercado de trabalho como nas políticas sociais, e expressam claramente as contradições do sistema capitalista. E, ainda segundo Martins (*apud* VÉRAS, 1999, p.28),

[...] as políticas econômicas atuais no Brasil, que poderiam chamar-se neoliberais, acabam por provocar, não políticas de exclusão e sim, políticas de inclusão precária e marginal onde as pessoas são incluídas na produção e na circulação de bens e serviços estritamente em termos daquilo que é racionalmente conveniente e necessário à mais eficiente (e barata) reprodução do capital.

Para analisar a política pública de saúde no Brasil é fundamental abordar a questão da desigualdade social como um problema crucial, tentando mapear seus desdobramentos e suas conseqüências, principalmente para a região, onde [...] “a contínua interpelação dos setores populares enquanto ‘carentes’ no bojo das políticas sociais, e não enquanto partícipes da cidadania, torna o que deveria ser direito em dádiva, justificando a ineficiência, a baixa qualidade e a pouca prioridade que ocupam nas decisões do governo”. (COHN, 1991, p. 10).

E, para compreender o desempenho da política de saúde pública do município de Araçatuba, é necessário entender a transformação ocorrida em função da tardia habilitação da gestão plena do Sistema Único de Saúde (SUS), levantando as principais questões que envolvem essa política de saúde e as demandas da população local, do ponto de vista da saúde como um direito do cidadão e como mecanismo de consolidação da democracia no país, através da participação social dos conselhos municipais. Esta relação saúde-democracia, não facilmente visível, principalmente pela população mais carente, encobre o problema de que os direitos universais assegurados a

cada cidadão pela Constituição (direitos políticos adquiridos e formalizados pelo texto da lei), acabam lhe sendo negados pela própria prática da política de saúde, que assegura a reprodução social do modelo capitalista perverso de desigualdade e exclusão social, dentro da etapa de internacionalização do capitalismo mundial em que vivemos, e de suas profundas implicações em nossa vida cotidiana. (SMOLENTZOV, 2000).

No plano da saúde, além dos problemas de ordem empírico-institucionais o município, recentemente municipalizado na condição de gestão plena em 1998, apresenta inúmeras dificuldades de adaptação e transição em virtude dessa tardia municipalização implantada sem qualquer etapa transitória, dez anos depois de promulgada a Nova Constituição que instituiu as bases da política nacional de saúde. (*Idem, ibid.*).

Objetivos

O objetivo principal desta pesquisa de doutorado é estabelecer e analisar as relações existentes entre a incidência de doenças relacionadas à saúde pública nos bairros definidos para esse estudo em Araçatuba: o Nova Iorque, o Vila Mendonça e o triplo bairro São José/Ezequiel Barbosa/Mão Divina e as desigualdades sociais neles encontradas, levantando a topografia da sua diferença social através da análise desses três diferentes bairros, tendo por propósito usar a parcialidade dos dados obtidos, para dar conta da universalidade da análise dessas relações entre desigualdade social e saúde pública municipal. A base de dados empíricos se fundamentou no programa de atenção básica da saúde da família (PSF), no espaço de tempo que vai de abril de 2001 (implantação do programa no município) a abril de 2005 (data da consolidação de dados do 1º trimestre anual do programa). A pesquisa procurou ainda caracterizar através de uma leitura sociológico-econômica o município de Araçatuba, no

noroeste do estado de São Paulo, e esses três diferentes bairros, cuja escolha se baseou nas suas diferenças e especificidades, garantindo a diversidade do município. O “Jardim Nova Iorque” representa e concentra a elite da população de maior rendimento econômico do município, não faz parte da área de atendimento das equipes do programa de saúde da família, nem oferece qualquer posto de atendimento de saúde pública municipal. O “Vila Mendonça”, um dos bairros mais antigos e bem estruturados em termos de equipamentos urbanos, reúne a maior parte do aparato da saúde do município, tanto do ponto de vista privado (consultórios, clínicas e laboratórios médicos e odontológicos) como público, como a Santa Casa de Misericórdia, secretaria municipal de saúde, coordenação do programa de saúde da família (PSF), divisão regional de saúde do estado de São Paulo (DIR-VI) e tem o maior e mais bem equipado posto de saúde municipal que mantém duas equipes do programa de saúde da família, um dos *campus* da faculdade de odontologia da UNESP que também presta atendimento à população, além de algumas instituições filantrópicas (a que atende a terceira idade carente e a que atende crianças de 0-18 anos, em situação de risco). É, além disso, um dos bairros que concentra a maior desigualdade social e graves problemas ambientais com o rio Baguaçu, que abastece de água potável a cidade. E, finalmente, o triplo bairro “São José/Ezequiel Barbosa/Mão Divina” que abriga um dos segmentos sociais mais fragilizados e carentes da cidade, constituído de uma população estável, sem muitas mudanças de moradias. O bairro recebe 100% de atendimento das duas equipes do programa de saúde da família (PSF) e é considerado de fundamental importância para a análise e avaliação do desempenho desse programa (PSF) no município.

A pesquisa objetivou ainda caracterizar a fundamental questão social na relação existente entre desigualdade social e as doenças de fundo social, as crônico-degenerativas, mas também as ligadas fundamentalmente à pobreza em sua forma mais

perversa, relacionadas à falta de condições educacionais básicas, baixíssima qualidade de vida e degradação do meio ambiente.

Esse trabalho se insere numa área de preocupação com a desigualdade social, os direitos da população à cidadania e melhor qualidade de vida, entendendo-se por cidadania o conceito apontado por Covre (1999) como [...] “o próprio direito à vida no sentido pleno, que precisa ser construído coletivamente, não só em termos de atendimento às necessidades básicas, mas de acesso a todos os níveis de existência, incluindo o mais abrangente, o papel do homem no Universo”. (*Opus cit*, p. 10-11).

Em países como o Brasil onde a violência perpassa o cotidiano da população de inúmeros segmentos, e em especial da mais carente e fragilizada, o conceito de cidadania, importante para a compreensão e análise deste trabalho, aqui será usado procurando ajustá-lo à idéia de justiça social, para que se confunda mais e mais com a equidade social construída e organizada pelos próprios cidadãos, no sentido de que é preciso haver uma educação para a cidadania, para criar espaços para reivindicar os direitos, estendendo a todos esse conhecimento para que tomem consciência e saibam da possibilidade de reivindicá-los. (COVRE, 1999).

Metodologia

No campo empírico, o levantamento de dados vai dar suporte ao tratamento teórico da pesquisa, que é o de mapear a incidência de algumas doenças, ligadas às condições precárias de vida da população mais carente, e conhecidas como doenças crônico-degenerativas ou “doenças sociais”. Essas doenças de efeitos sociais, como mais claramente ficarão demonstradas adiante, serão tratadas do ponto de vista sociológico, político e econômico, detectando as deficiências na oferta pública de serviços de saúde municipal e a demanda da população local. Para tanto, é necessário

determinar a participação do Estado nas questões relativas à saúde do município e a inter-relação entre essa política da saúde e a sociedade, através da participação dos seus agentes sociais na condução de uma eficiente política pública municipal de saúde, voltada para as principais necessidades dessa população.

Em seus aspectos metodológicos, a pesquisa empírica se baseou nos dados obtidos pelas equipes do Programa de Saúde da Família (PSF), implantado em Araçatuba em abril de 2001 e, por isso, definida pelo intervalo de 2001 a 2005. Todo o trabalho aqui desenvolvido foi beneficiado pela metodologia da pesquisa comparativa internacional SP/Paris, “saúde, desigualdades e rupturas sociais” entre a PUC/SP e a Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales (EHESS). Essa pesquisa foi fundamental para o desenvolvimento deste trabalho, não apenas na parte teórico-metodológica de enriquecimento ao debate sobre as formas básicas da pobreza em várias partes do mundo, entre elas, Paris, São Paulo, New York, Varsóvia, Abijan e Antananarivo, como pela contribuição dos principais pesquisadores nela envolvidos, os professores Maura Pardini Bicudo Vêras e Serge Paugam e de suas categorias de análise conceituais. Além de proporcionar nos oito meses que estive em Paris, como parte do acordo CAPES/COFECUB que englobou essa pesquisa comparativa internacional, a possibilidade de uma fantástica revisão conceitual e uma extraordinária atualização nas discussões e debates acadêmicos, sobretudo, em relação às questões que envolvem a desigualdade social na saúde.

As hipóteses principais desse trabalho são a de que existe uma forte relação entre a maioria das doenças ditas sociais, especialmente as crônico-degenerativas, no município de Araçatuba e o nível sócio-econômico da sua população, especialmente nos bairros pesquisados. Assim, as populações mais fragilizadas têm dificuldades para lidar e tratar dessas doenças modernas, aumentando tanto os riscos

dessa população mais carente como a desigualdade social. Se, por um lado, em relação às doenças antigas da pobreza houve uma diminuição da distância e desigualdade sociais entre a população em geral, por outro, as chamadas doenças modernas estreitaram ainda mais a faixa da população que as contrai precocemente, com sérias conseqüências e seqüelas (derrames, etc) e graves efeitos no mundo do trabalho, aumentando ainda mais a distância social e concentrando a desigualdade na população que tem ainda que enfrentar as causas externas (violências). Como a escolaridade e qualidade de vida são fundamentais para melhorar a saúde da população, especialmente no que tange às populações mais fragilizadas e carentes, é fundamental o papel desempenhado pelas equipes multidisciplinares do programa de atenção básica da saúde da família (PSF) na mudança de atitude da população envolvida pelo programa, em relação à melhoria da sua qualidade de vida e preocupação fundamentalmente com a saúde e não com a doença, mudando seu foco de análise. Nesse sentido, a formação do cidadão ao fazer variadas escolhas e tomar decisões políticas é capaz de garantir sua participação como um novo ator social.

Questionários realizados com os atuais representantes do conselho municipal de saúde (CMS) estabeleceram um paralelo de atuação entre esses conselheiros e os demais dos conselhos anteriores, especialmente os das gestões 1998-2000 (1º após a municipalização da saúde na sua gestão plena) e o de 2000-2002 (dissolvido pelos poderes institucionais do município, o executivo e legislativo). Os modelos desses questionários farão parte do anexo deste trabalho, assim como o questionário distribuído a alguns moradores do bairro Jardim Nova Iorque, buscando informações sobre seus comportamentos em relação à saúde, uma vez que o município não disponibiliza nenhuma unidade de saúde pública à população daquele bairro. As

informações contidas em todos esses questionários foram incorporadas ao trabalho, mas as fontes foram preservadas por questões éticas.

Foram utilizados ainda, como recurso metodológico, dados e mapas fornecidos pelo IBGE (CD-ROM *estatcart*, informações 2000), IPEA, SUS e SEADE, além dos dados obtidos diretamente na secretaria da saúde do município, no programa de saúde da família (PSF) e o levantamento aéreo-fotográfico recentemente realizado e disponibilizado pela secretaria de planejamento da prefeitura municipal da cidade. O trabalho de pesquisa foi realizado a partir de farto material bibliográfico através de livros, teses, dissertações, artigos em revistas científicas, jornais e observação sistemática dos dados e análise bibliográfica embasados num corpo teórico logicamente articulado, além de entrevistas com o coordenador do programa de atenção básica da saúde da família (no cargo desde abril de 2005) e diretor reeleito da Santa Casa de Misericórdia de Araçatuba (2002-2006), Sergio Smolentzov, e de alguns outros membros das equipes do PSF envolvidos no projeto.

O trabalho está estruturado em cinco capítulos e está assim distribuído.

O capítulo I apresenta uma ampla revisão bibliográfica sobre a fundamental questão social, associando-a ao mapa da exclusão e da doença, onde estão expostas e debatidas as principais questões teóricas nas quais está embasado o trabalho. Tabelas e gráficos oferecem melhor visualização às questões propostas, garantindo maior clareza ao debate e à realidade do município no que tange às questões de saúde pública.

O capítulo II oferece uma visão crítica de quase um século de história do município, dentro do contexto mais amplo estadual, nacional e mundial e de suas implicações sócio-econômicas e políticas responsáveis pela atual especificidade e

configuração locais, sem perder vista, entretanto, a questão social tratada ao longo e no decorrer de todo este trabalho.

O capítulo III remete ao desenho institucional dos serviços públicos municipais e sua realidade sanitária, direciona a análise para os conselhos municipais de saúde (CMS), seu papel efetivo no controle social e suas trajetórias desde a implantação recente em 1998.

O capítulo IV analisa a relação desigualdade social e saúde no município de Araçatuba, considerando sua tardia municipalização na gestão plena e na implantação do programa de atenção básica da saúde da família (PSF) e suas implicações na saúde pública do município. O PSF foi tratado de uma forma relevante, observando seu caráter interdisciplinar, analisando seu funcionamento no município e indagando sobre a sua atuação como um campo de mediação no combate à desigualdade social.

E, finalmente, o capítulo V expõe o critério de escolha dos bairros definidos para este estudo, fazendo uma leitura sociológica de cada um deles, expondo suas principais características em relação ao sistema público de saúde oferecido a sua comunidade, sem descurar, no entanto, da análise da fundante questão social.

CAPÍTULO I - TOPOGRAFIA DA DIFERENÇA SOCIAL

Neste capítulo de revisão bibliográfica sobre a questão social, discutida do ponto de vista teórico-metodológico pelos grandes teóricos contemporâneos do pensamento sociológico e pelos “homens de ação”, de acordo com a nomenclatura weberiana, cujo trabalho tem sido cada vez mais importante e atual no contexto sócio-político brasileiro no resgate dos compromissos ético-sociais. A revisão das principais alterações no perfil da morbimortalidade da população brasileira, envolvendo a questão da desigualdade social e a doença nas últimas duas décadas, resultado das transformações sócio-econômicas do cenário político nacional, também fará parte do capítulo que termina com uma apreciação do quadro que compõe a “cesta básica” das doenças priorizadas pelo Ministério da Saúde e levantadas pelas equipes do programa de atenção básica da saúde da família (PSF) no município de Araçatuba/SP.

A fundamental questão social: uma revisão bibliográfica

[...] Au debut du *Discours sur l' origine et les fondements de l' inégalité parmi les hommes*, Rousseau énonce une distinction pour lui irréductible: “Je conçois dans l'espèce humaine deux sortes d'inegalité; l'une que j'appelle naturelle ou physique, parce qu' elle est établie par la nature, et qui consiste dans la différence des âges, de la santé, des forces du corps, et des qualités de l'esprit, ou de l'âme, l'autre qu'on peut appeler inegalité morale, ou politique, parce qu'elle depend d'une sorte de convention, et qui consiste dans les différents privilèges, dont quelques-uns jouissent, au préjudice des autres, comme d'être plus riches, plus honorés, plus puissants qu'eux, ou même de s'en faire obéir. [...] On ne peut pas demander quelle est la source de l'inégalité naturelle, parce que la réponse se trouverait énoncée dans la simple définition du mot. On peut encore moins chercher s'il n'y aurait point quelque liaison essentielle entre les deux inégalités, car ce serait demander, en d'autres termes, si ceux qui commandent valent mieux que ceux qui obéissent et si la

force du corps ou de l'esprit, la sagesse ou la vertu, se trouvent toujours dans les mêmes individus, en proportion de la puissance, ou de la richesse”. (FASSIN et al, 2000, p. 13)¹.

É assim que o professor Didier Fassin (2000, p. 13-24) da Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales (EHESS), com quem tive o privilégio de fazer alguns cursos, começa a introdução à coletânea de artigos sobre as desigualdades sociais da saúde cujo livro também é o organizador. Ele argumenta que, mesmo após mais de dois séculos, essas questões ainda se mantêm e são determinadas pelas desigualdades que a sociedade institui e que, contrariamente ao que escreveu Rousseau, devemos nos perguntar qual a origem da desigualdade física porque ela não é natural, sendo necessário, por outro lado, buscar sua ligação com a desigualdade que ele chama moral, e que nós qualificamos de social. Dessa forma, o postulado de que as desigualdades da saúde, concretamente medidas pelas taxas de morbidade e mortalidade, frequência das deficiências motoras e problemas mentais, assim como a esperança e qualidade de vida são também desigualdades sociais. A questão estabelecida aqui é a de que as desigualdades produzidas pelas sociedades se exprimem no corpo, uma vez que o social se transcreve no biológico. E, mais concretamente, se pode formular a questão de que as taxas de mortalidade entre as classes sociais diferem tão consideravelmente de um país para outro, quando se comparam as riquezas nacionais, como é o caso da França que é um dos países da Europa ocidental onde as desigualdades dos homens frente à morte

¹ Ao iniciar o *Discurso sobre a origem e os fundamentos da desigualdade entre os homens*, Rousseau faz uma distinção para ele fundamental: “vejo na espécie humana dois tipos de desigualdade; uma, que chamo de natural ou física, determinada pela natureza e que consiste nas diferenças de idade, de saúde, de força física e de qualidades do espírito ou da alma; outra, que pode ser chamada de desigualdade moral ou política, porque depende de uma espécie de convenção e consiste nos diferentes privilégios exercidos por alguns em detrimento de outros, como ser mais ricos, mais honrados, mais poderosos e se fazer impor por isso. [...] Não se pode perguntar qual é a fonte da desigualdade natural, porque a resposta se encontraria na simples definição da palavra. Muito menos, pode-se buscar se haveria alguma ligação entre os dois tipos de desigualdade, pois seria o mesmo que perguntar, em outros termos, se os que detêm o poder têm mais valor do que aqueles que a eles obedecem, e se a força física ou do espírito, a sabedoria ou a virtude são proporcionais ao poder ou a riqueza”. (Tradução livre feita por Tereza Forato).

são as maiores. Ou ainda, numa mesma sociedade em que o pertencimento a certas categorias profissionais determina uma maior incidência de patologias como as doenças cardiovasculares, câncer e suicídios. A questão nada insignificante que se coloca é a de que a longevidade da população nos países mais pobres é a metade da observada nas nações mais ricas. Além disso, se nos formos ater apenas ao contexto francês, o risco de morrer de um trabalhador entre trinta e cinco e sessenta e cinco anos é mais de três vezes superior ao risco de um engenheiro, por exemplo. Há aí, portanto, uma desigualdade fundamental que toca os seres humanos em suas vidas. Para retomar a distinção que Hannah Arendt considera como fundante para a condição humana não só em sua vida física, mas também em sua existência biológica, cujas desigualdades frente à morte nos dão precisamente a medida, assim como em sua vida social, cujo reconhecimento como sujeito político, os debates em torno das desigualdades de acesso aos tratamentos nos mostram bem.

Enfim, a descrição e a análise das desigualdades sociais da saúde, segundo Fassin, não deve servir apenas para alimentar a atividade científica, mas também para nutrir o debate público e esclarecer a conduta das políticas: esses dois aspectos estão interligados e, particularmente no que diz respeito a essa questão, e porque a saúde foi, por muito tempo, considerada uma questão para especialistas, a decisão e a ação sobre ela só podem ser concebidas tendo como referência um espaço aberto para discussão. E é por isso que falar dessas desigualdades se justifica duplamente e deve ser levada em consideração, pois, de uma perspectiva sociológica, se trata de lembrar que esses fenômenos sociais são estruturais e perpassam toda sociedade: a esperança de vida, por exemplo, segue um *continuum* e não permite distinguir pobres de ricos ou de excluídos e incluídos. Por outro lado, do ponto de vista político é preciso considerar que é a sociedade que produz as disparidades que

observamos e onde a miséria ocupa a extremidade inferior da hierarquia social, as desigualdades ligam de maneira indissolúvel todos os componentes da sociedade, e sua redução supõe as intervenções redistributivas que levam ao conjunto da estrutura social. Assim, “as desigualdades sociais da saúde se constituem, com efeito, num domínio complexo e pouco conhecido”. (*Idem, ibid*, p. 19). E prossegue ainda o autor, [...] L’existence et l’ampleur des inégalités de santé restent donc à préciser pour de nombreux domaines.”². (*Idem ibid*, p. 23-4).

O tema da exclusão social não é novo no Brasil, embora o debate sobre ele venha ganhando espaços cada vez maiores nas ciências sociais daqui, da Europa e dos Estados Unidos. Na verdade,

[...] a sociedade capitalista nasce com excluídos; é sua máxima respeitar o mercado, desenraizando e brutalizando a todos – essa é sua regra estruturante – para depois incluir, segundo sua própria lógica. [...] Além da humanidade formada de integrados (ricos e pobres), inseridos de algum modo no circuito das atividades econômicas e com direitos reconhecidos, há uma outra humanidade no Brasil, crescendo rápida e tristemente através do trabalho precário, no pequeno comércio, no setor de serviços mal pagos, tratados como cidadãos de segunda classe (*underclass* na leitura anglo-saxônica, *exclus* na francesa). (VÉRAS, 2002, p. 40).

Muito se tem falado, escrito e debatido sobre esse conceito, tanto do ponto de vista acadêmico como fora dele. Sawaia, (2002), procura dimensionar o termo numa concepção “dialética exclusão/inclusão”, entendida como descompromisso político com o sofrimento do outro, que gesta subjetividades específicas que vão desde o sentir-se incluído até o sentir-se discriminado ou revoltado. Dessa forma, o termo exclusão, que não pode ser explicitado unicamente pela determinação econômica,

² A existência e amplitude das desigualdades da saúde permanecem, portanto, para serem precisadas pelos numerosos domínios do conhecimento. (Tradução livre feita pela autora).

precisa ser entendido como um processo complexo e multifacetado, produto do funcionamento do próprio sistema capitalista. É tema da atualidade, usado hegemonicamente nas diferentes áreas do conhecimento, embora pouco preciso e dúbio do ponto de vista ideológico.

[...] A ambigüidade inerente ao conceito de exclusão abre a possibilidade de suplantar os vícios do monolitismo analítico, que orientam as análises da desigualdade social e enfocam apenas uma de suas características em detrimento das demais, como as análises centradas no econômico, que abordam a exclusão como sinônimo de pobreza, e as centradas no social, que privilegiam o conceito de discriminação, minimizando o escopo analítico fundamental da exclusão, que é o da injustiça social. [...] Analisar a ambigüidade constitutiva da exclusão é captar o enigma da coesão social sob a lógica da exclusão na versão social, subjetiva, física e mental. Portanto, este enfoque não deve ser confundido com a falta de coerência ou com relativismo, no sentido de tratar de tudo e aceitar qualquer significado. (*Idem, ibid*, p. 07-08).

Para Martins (1997, p. 14) o conceito de “exclusão” não existe sociologicamente, devendo ser tratado de uma perspectiva “sociológico-política”, entendendo-se política, não no sentido partidário, mas como uma reflexão sociológica entre a Sociedade e o Estado. Para ele, o que existe são vítimas dos processos sociais, políticos e econômicos excludentes que fazem parte desses processos ainda que os negando, cujas reações ocorrem dentro da própria realidade que produziu esses problemas que as causam, numa dinâmica dialética.

Em nome da melhoria da produtividade nacional e da competitividade no mercado internacional, as políticas atuais no Brasil e em outros países, seguem o que está sendo chamado de modelo neoliberal, que balcaniza o conjunto das relações sociais através do imperativo do mercado. “É preciso vivenciar a contradição que se expressa na exclusão desenvolvendo algum nível de consciência da contradição que se vive ao

agir. [...] Martins mostra que há, no Brasil e talvez no mundo, um processo de inclusão perversa ou de exclusão integrativa”. (VÉRAS, 2004, p. 49) A questão crucial da “inclusão”, é que ela está se tornando, atualmente, um “modo de vida”, em vez de um período transitório como costumava ser, e esta tem sido a razão do grande sofrimento e das grandes dificuldades sociais. É essa passagem problemática que, segundo Martins, tem levado a se considerar uma outra sociedade paralela, constituída de cidadãos de segunda classe, separados por estamentos rígidos, numa espécie de sociedade feudal, dividida em dois mundos distintos, fazendo do mundo dos excluídos, um mundo mimético e manipulável pela mídia, abrindo-se entre esses dois mundos uma fratura difícil de ultrapassar.

A principal questão a ser analisada é, portanto, como incluir, a forma de reinclusão dessas populações que costuma ser, no seu limite, apenas no plano econômico. No chamado neoliberalismo, o Estado se torna o estado mínimo, que abre mão de sua responsabilidade social. E, quando isso acontece, cabe à sociedade civil se organizar para tentar resolver seus problemas sociais mais urgentes e assumir seu papel no controle, fiscalização e administração da gestão pública. Henri Léfèbvre chamou a isso de necessidades radicais, necessidades que derivam de contradições subjetivamente insuportáveis e que não podem ser atendidas se a sociedade não sofrer mudanças fundamentais e profundas de responsabilidade de todos; se a sociedade não se modernizar revolucionando suas relações arcaicas, ajustando-as de acordo com as necessidades do homem, e não de acordo com as conveniências do capital. (*apud* MARTINS, 1997, p. 38).

Fundada no grande desenvolvimento capitalista, na desindustrialização, na terceirização superior, na dilapidação financeira do Estado e na imagem de um Estado devedor, segrega-se a idéia da “desnecessidade” do público. O mercado parece

sobrepor-se ao Estado e o “social” deve subordinar-se ao econômico. (OLIVEIRA *apud* VÉRAS, 1999, p. 35). Chegou-se no Brasil aos limites superiores do capitalismo desenvolvido, sem que se tivesse atingido seus patamares mínimos, no cruzamento com o capitalismo mundial. Em países como o nosso, com desigualdades abismais entre as várias classes sociais, as políticas econômicas que servem para garrotear qualquer gasto social acabam se transformando em política de exclusão. “É que os grupos e classes dominantes no Brasil já não pretendem integrar a população seja à produção, seja à cidadania, mesmo através de mecanismos reificadores da exclusão, pretendem é segregar, confinar definitivamente o *apartheid* entre as classes, entre os dominantes e os dominados”. (*Idem, ib*, p. 11).

É assim que, a segregação, o confinamento em verdadeiro *apartheid* entre classes, o crescente distanciamento e incomunicabilidade, é um traço socialmente constituído:

[...] o *apartheid* se caracteriza pela criação de um campo semântico em que os significados dos direitos e conquistas civilizatórios, plasmados em direitos sociais, trabalhistas, civis e políticos são transformados em fatores causais da miséria, pobreza e exclusão, em obstáculo ao desenvolvimento econômico e mais, são transformados em ausência de cidadania. A proteção social, por exemplo, transforma-se em “custo Brasil”. [...] Os direitos humanos, em sua expressão moderna, ápice da formação da cidadania, são transformados em causação da barbárie e da violência: o direito civil e político de protestar é reprimido não apenas com violência, o que se dá mesmo em qualquer democracia. Ele é desqualificado como direito. (OLIVEIRA, 1997, p. 12).

Já Castel prefere o termo *desafiliação* e aborda processos contemporâneos

[...] como a desestabilização dos estáveis que se tornam vulneráveis e se instalam na precariedade (desemprego de longa duração ou recorrente), culminando pela inexistência ou déficit de lugares ocupáveis na estrutura social (inutilidade social), transformando-se em não-forças sociais, perdendo a identidade de trabalhadores e percorrendo o difícil caminho *suspenseo por um fio*. (CASTEL *apud* VÉRAS, 2002, p. 35).

Para Paugam (2002), no entanto, sua reflexão teórica e os resultados de suas pesquisas o levaram ao conceito de desqualificação social,

[...] caracterizando o movimento de expulsão gradativa, para fora do mercado de trabalho, de camadas cada vez mais numerosas da população – e as experiências vividas na relação de assistência, ocorridas durante as diferentes fases desse processo. Cumpre realçar que o conceito de desqualificação social valoriza o caráter multidimensional, dinâmico e evolutivo da pobreza e o status social dos pobres socorridos pela assistência. [...] A desqualificação social corresponde a uma das possíveis formas de relação entre a população designada como pobre (em função de sua dependência em relação aos serviços sociais) e o resto da sociedade. (p. 68-9). [...] Devem ser levadas em conta, na análise do processo de desqualificação social na Europa, as diferenças de escala, ou seja, deve-se priorizar o estudo das formas qualitativas desse fenômeno, sem deixar de lado os fatores estruturais que os produzem. (*Idem, ibid*, p. 84)

No mapa da exclusão/inclusão social da cidade de São Paulo, publicação e pesquisa coordenada por Aldáza Sposati (1996) e também de grande contribuição para o debate sobre a exclusão social, a autora procura espacializar a desigualdade social no espaço urbano no município de São Paulo, através de metodologia própria, combinando indicadores de autonomia, qualidade de vida, desenvolvimento humano e equidade, mostrando os profundos contrastes sociais na vida da população desse município. E, à página 26, a autora declara que a desigualdade social, econômica e política chegou a tal extremo no Brasil que “está se tornando

incompatível com o avanço da democracia no país. Este caráter de fortalecimento da desigualdade entre os brasileiros permite enxergar um novo fenômeno em nossa sociedade: a apartação social, que no Brasil é econômica, social, cultural, étnica e política”. Para ela,

[...] a exclusão social é a impossibilidade de poder partilhar da sociedade e leva à vivência da privação, inclusive com violência, de uma parcela significativa da população. Por isso exclusão social e não só pessoal. Não se trata de um processo individual, embora atinja pessoas, mas, de uma lógica que está presente nas várias formas de relações econômicas, sociais, culturais e políticas da sociedade brasileira. Esta situação de privação coletiva é que se está entendendo por exclusão social. Ela inclui pobreza, discriminação, subalternidade, não equidade, não acessibilidade, não representação pública. É, portanto, um processo múltiplo que se explica por várias situações de privação da autonomia, do desenvolvimento humano, da qualidade de vida, da equidade e da igualdade. [...] Os avanços da medicina, por exemplo, não combinam com alta mortalidade infantil, o que mostra que algo precisa ser modificado. Não basta avançar a medicina se poucos usufruem desse avanço. (*Idem, ibid*, p. 13).

O mapa da exclusão: a questão social e a doença

O Brasil é hoje um dos países do mundo que têm o menor gasto público em saúde *per capita*³. No ano passado, por exemplo, o Brasil gastou R\$ 357,00 *per capita*, menos de um real por habitante/dia, somadas as três esferas de governo. Gastamos menos que a Argentina, Chile, Colômbia, Bolívia e Venezuela, e menos de dez vezes do que todos os países desenvolvidos gastam nessa área. O mau uso de recursos por gerenciamento inadequado, desperdício ou corrupção pública não são os únicos problemas capazes de explicar as dificuldades pelas quais passa esse setor público no Brasil, que tem vivido com tão baixos investimentos. Por outro lado, o setor

³ SILVA, Silvio Fernandes. A saúde precisa de mais recursos? Artigo publicado no jornal *Folha de S.Paulo*, opinião, A-3. São Paulo, sexta-feira, 28 de outubro de 2005.

da saúde é, certamente a área da administração pública brasileira que mais tem avançado no controle público das ações de seus conselhos e conferências, debatendo, prestando contas e permitindo uma fiscalização maior do que nas outras políticas setoriais que tem se utilizado da experiência da saúde para ampliar seus próprios mecanismos de fiscalização, podendo-se afirmar que “a saúde faz muito com os poucos recursos de que dispõe”. No entanto, não se pode negar que esse desinvestimento no setor tem levado ao sucateamento de muitos hospitais públicos, superlotação dos pronto-socorros e esperas intermináveis para a realização de muitos procedimentos especializados, problemas decorrentes do insuficiente financiamento dos últimos 15 anos agravados pelo fato de ser “a inflação da saúde sempre maior que a inflação econômica”.

[...] O Sistema Único de Saúde, que está sendo construído desde a Constituição Federal de 1988, interna 12 milhões de pessoas e realiza mais de 80 mil cirurgias cardíacas, 23 mil transplantes de órgãos e 1 bilhão e meio de atendimentos ambulatoriais por ano. Além disso, o SUS tem contribuído para a redução da mortalidade materno-infantil e melhoria das condições de saúde bucal, como mostram o comportamento dos indicadores de saúde, além de ser responsável por programas inovadores na utilização de vacinas e tratamento de Aids que nos tornam referência para muitos países do mundo. (*Op. cit.*)

Os dados brasileiros de hoje nos apontam para uma melhora das condições de tratamento da saúde em todas as regiões do país, embora se mantenha, igualmente o aumento das desigualdades sociais na população brasileira, assim como entre as diversas regiões do país. O grande problema da população com maiores dificuldades econômico-financeiras são as doenças crônico-degenerativas também chamadas de “doenças modernas” que têm, cada vez mais precocemente, atingido essas populações que apresentam grande dificuldade para lidar com elas, como é o caso da

hipertensão arterial, cujas conseqüências inúmeras levam ao derrame, entre outras seqüelas e é motivo de impossibilidade de trabalho, de grandes dificuldades de convívio social e de má qualidade de vida. As doenças “antigas” da pobreza, ligadas à falta de infra-estrutura social, estão sendo substituídas pelas “modernas”, crônico-degenerativas que acompanham o quadro de desigualdades e distâncias sociais da população brasileira, aumentando as dificuldades da população em lidar com essas doenças “modernas” e silenciosas que necessitam tanto de condições educacionais para combatê-las ou conviver com elas, como de uma mudança no foco central da política pública de saúde no país. É esse o caso também das chamadas “causas externas”, que se realizam através das violências, cuja área de maior concentração são os locais em que vivem as populações mais fragilizadas, principalmente nas periferias, acentuando o quadro das desigualdades sociais na saúde. À guisa de conclusão, as antigas doenças de vigilância epidemiológica diminuíram nas últimas décadas, mas deram lugar às novas e modernas doenças crônico-degenerativas, entre elas as doenças cardiovasculares, o câncer, diabetes e hipertensão arterial, seguindo o padrão de desigualdade e injustiça sociais existentes no país.

De acordo com Monteiro (2000), em seu artigo sobre a evolução do país e de suas doenças, foi possível constatar que,

[...] no espaço dos últimos quinze ou vinte anos, alterou-se consideravelmente o perfil de morbimortalidade da população brasileira, embora não uniforme ao longo do tempo e evidenciando importantes variações de enfermidade para enfermidade e de região para região, há que se reconhecer que o conjunto de problemas da agenda tradicional da saúde pública evoluiu favoravelmente no país. [...] Reconhecer a tendência geral positiva da agenda tradicional da saúde pública não significa, evidentemente, assumir como apropriado, e menos ainda como desejável, o quadro epidemiológico atual das enfermidades da pobreza no país. Ao contrário, são

inúmeras as evidências que indicam que essas enfermidades poderiam, e deveriam, estar mais bem controladas. [...] Ademais, muitos desses benefícios foram superiores nas regiões mais desenvolvidas do país e nos estratos de maior renda, o que contribuiu para a exacerbação de intoleráveis desigualdades regionais e sociais. (MONTEIRO, 2000, 349-50).

De acordo com o autor, essa mudança observada na agenda epidemiológica brasileira aconteceu graças à redução de algumas taxas, como as de mortalidade infantil, apesar de ainda elevada diante da riqueza nacional. Esse declínio ocorreu graças à redução da desnutrição infantil e entre adultos, próprias das sociedades que convivem com a fome e a escassez de alimentos, além da eliminação de doenças como a varíola e poliomielite. Notáveis progressos também foram feitos no controle da tuberculose infantil, do tétano, do sarampo e de outras doenças preveníveis por vacinação, assim como uma drástica redução da mortalidade por gastroenterites (em mais de sessenta por cento no país e em algumas regiões em mais de noventa por cento), sensível diminuição no contingente da população exposta à doença de chagas, além de melhores possibilidades para o controle das formas graves de esquistossomose. Entretanto, reverses também podem ser apontados, tais como o desempenho medíocre do controle da tuberculose em adultos (em parte pela associação com a aids), a manutenção de enorme contingente de hansenianos (segundo maior do mundo), o recrudescimento da malária na Amazônia, a intensificação do processo de urbanização das leishmanioses e a reintrodução da cólera e do dengue em diversas regiões do país.

Prosseguindo ainda com Monteiro, uma nova agenda da saúde pública está se configurando no país nas últimas duas décadas, alterando consideravelmente o perfil de morbimortalidade da população brasileira. Doenças crônicas como as do coração, câncer, obesidade, violências e acidentes, doenças do trabalho e a aids, entre outros problemas mostram a rápida evolução desfavorável dessa nova agenda de saúde,

de acordo com as mudanças ocorridas no cenário político-econômico-demográfico do país. Podemos observar que a grave recessão dos anos 80, após o grande crescimento econômico dos anos 70 com redução da pobreza, agravou o aumento incessante das desigualdades sociais e regionais, tanto na partição da renda nacional quanto na distribuição desigual dos gastos públicos. A contínua e rápida urbanização do país, a expansão da cobertura da rede básica de saúde e da assistência hospitalar; os declínios excepcionais das taxas de fecundidade; a consistente redução do ritmo de crescimento populacional e o progressivo envelhecimento da população foram algumas mudanças econômico-sociais apontadas pelo autor e ocorridas no cenário político nacional que registraram alterações importantes no perfil da morbimortalidade da população brasileira e abordagens distintas na política de intervenção do setor,

[...] em função do aumento intenso e generalizado da obesidade; a trajetória ascendente de graves doenças como o câncer de pulmão e o câncer de mama; a epidemia de mortes violentas na população jovem das grandes cidades; a complexidade crescente que envolve as relações entre saúde e trabalho; o surgimento e a expansão da aids; e a ascensão irresistível das doenças crônicas no perfil de mortalidade de todas as regiões. (*Idem, ibid*, p. 350).

As principais hipóteses de explicação para essa modificação no perfil de mortalidade do país se relacionam, ainda segundo o autor, a algumas variáveis importantes e seus desdobramentos, entre elas a substancial melhoria da nutrição infantil, fazendo baixar sua taxa de mortalidade, graças ao aumento da escolaridade das mães, expansão substancial da oferta de serviços de saúde e saneamento, migração populacional e forte aumento da urbanização, desaceleração do crescimento populacional e redução do índice de dependência econômica da população. Dessa forma,

[...] os investimentos públicos dirigidos a diminuir desigualdades sociais, como os efetuados em saneamento ambiental ou na expansão da cobertura de

programas de vacinação, são efetivamente capazes de aproximar as possibilidades de sobrevivência de ‘ricos’ e ‘pobres’. [...] Entretanto, o estreitamento dos diferenciais de mortalidade infantil existente entre áreas mais pobres e mais ricas da cidade de São Paulo estabelece interessante contraponto com o constante aumento dos diferenciais de mortalidade existentes entre a Região Nordeste e as Regiões do Centro-Sul do país, confirmando a diversidade estrutural e de perspectivas entre o ‘ser pobre’ no pólo hegemônico da economia brasileira e o ‘ser pobre’ no pólo dependente e menos desenvolvido. (*Idem, ibid*, p. 352).

Uma outra variável a ser considerada pelo autor na mudança do quadro geral da mortalidade no Brasil é a modificação no padrão da dieta nacional, determinada por alterações nos hábitos alimentares e de sedentarismo gerados pela urbanização, favorecendo o aumento extraordinário da obesidade no país. As modificações da estrutura etária da população brasileira em função do aumento da esperança de vida ao nascer e declínio sistemático da fecundidade alteraram o contingente de indivíduos expostos a diferentes enfermidades, aumentando o risco com as doenças crônico-degenerativas, diminuindo, em contrapartida, a importância relativa das doenças da infância e das gastroenterites.

Também as mortes violentas nas grandes e médias cidades se constituem numa importante variável dentro desse quadro geral de mudança na mortalidade do país. Elas acompanham o panorama geral econômico-político de transformação e *débâcle* do Estado brasileiro e de suas relações com a sociedade. Essas relações também marcam de forma significativa a saúde dos trabalhadores, em função da forte tendência de automatização do núcleo principal de produção das grandes empresas e da desregulamentação e terceirização das relações de trabalho, condicionando maiores riscos para a saúde do trabalhador.

[...] Independentemente das razões subjacentes às transformações operadas no perfil de morbimortalidade da população, elas acarretam alterações consideráveis no conteúdo da agenda nacional da saúde pública e recomendam formas de abordagem distintas das que têm freqüentado as políticas de intervenção do setor. [...] Há que se reconhecer a simultaneidade de problemas. Quaisquer que sejam os critérios utilizados para definir o que vem a ser importante para a saúde pública – incidência, anos de vida perdidos, custos para a sociedade – resultam epidemiologicamente relevantes tanto as enfermidades com origem na escassez e na pobreza absoluta, quanto as enfermidades associadas ao processo de “modernização” da sociedade. [...] Se, com relação às doenças da escassez, os diferenciais entre ricos e pobres tendem a aumentar, no caso das doenças do coração, de vários tipos de câncer, dos acidentes e violências, da obesidade, do tabagismo e de outros fatores de risco para enfermidades crônicas, a tendência é de homogeneização, quando não de diferenciais desfavoráveis para os estratos e regiões mais pobres. [...] O desempenho do setor saúde torna-se cada vez mais dependente de escolhas racionais na alocação de recursos escassos. Tais escolhas, como sempre, dependerão da magnitude dos problemas, do seu impacto sobre os indivíduos e a sociedade e da eficácia das estratégias disponíveis de intervenção. [...] Mais ainda, a definição de prioridades é politicamente difícil, pois expõe de modo transparente quem perde, quem ganha. [...] As mudanças no perfil de morbimortalidade da população operadas nos últimos anos impõem à saúde pública brasileira não apenas uma revisão de agenda, mas também uma revisão de estratégias. [...] O caso das formas moderadas e severas de desnutrição infantil nas Regiões do Centro-sul do país é exemplar. A prevalência do problema foi reduzida a tal ponto nessas regiões que seu controle eficaz pela rede de saúde (por diagnóstico e tratamento de casos) já não ameaça consumir todo o orçamento do setor. Por outro lado, deixam de ter justificativa epidemiológica os clássicos programas de distribuição de leite para a “população carente”, tão do agrado dos políticos criados no clientelismo. (*Idem*, p. 353-4).

Segundo Monteiro, a reintrodução da cólera e do dengue e o recrudescimento da malária deixam claro que “as políticas públicas de intervenção não podem prescindir de ações que escapam ao domínio específico do setor saúde (como a

extensão de serviços de saneamento, regulamentação e fiscalização das atividades econômicas nas áreas de fronteira agrícola)”. No caso da renitência da tuberculose e da hanseníase, fica exposta a fragilidade intrínseca do setor pelo diagnóstico tardio e pela baixa taxa de sucesso dos tratamentos. Essas doenças, assim como as leishmanioses que têm tido uma evolução desfavorável no quadro das endemias do país, demonstram que as estratégias de intervenção empregadas na saúde pública precisam ser revisadas e demandam a construção de um sistema de vigilância e monitorização capaz de acompanhar não apenas a evolução dessas doenças transmissíveis, como controlar as doenças crônicas por meio da ação de uma eficiente política pública de saúde. Até agora as enfermidades crônico-degenerativas têm sido tratadas apenas como consequência do progresso e combatidas com mais hospitais, cirurgias e equipamentos médicos.

Não se pode falar em fracasso de políticas de controle dessas doenças: elas não foram sequer formuladas. [...] O conceito de inevitabilidade das doenças crônicas certamente está na base da ausência ou insipiência das ações públicas dirigidas ao controle, por exemplo, do tabagismo, do alcoolismo e da obesidade. A mesma razão deve justificar o fato de que não se conheça sequer a cobertura no país de procedimentos simples e altamente eficazes como o controle ambulatorial da hipertensão arterial e o exame para detecção precoce do câncer do colo uterino. (*Op.cit*, p. 354, 5)

Para que se possa melhor entender a questão relacionada às desigualdades sociais na saúde, dentro da base de dados ligada ao programa de atenção básica da saúde da família (PSF) no município de Araçatuba/SP, foram pesquisadas algumas dessas doenças que fazem parte da “cesta básica” definida pelo Ministério da Saúde como prioritárias e necessárias para alimentar com seus dados empíricos a atual política nacional de saúde. Dessa dezena de doenças elencadas e determinadas pelo Ministério fazem parte o alcoolismo, doença de chagas, deficiências físicas, diabetes,

distúrbios mentais, epilepsia, hipertensão, hanseníase, malária e tuberculose. Essas doenças são obrigatoriamente levantadas pelas equipes do PSF de Araçatuba/SP e o resultado desse levantamento e do seu tratamento, periodicamente enviado ao SIAB (Sistema de Informações de Atenção Básica). Da mesma forma como o Ministério da Saúde remunera os programas do município para a cobertura dessas doenças, também deixa de pagar os programas não executados pela atenção básica municipal. A inclusão e prioridade de algumas dessas doenças ainda estão sendo discutidas pelas equipes responsáveis pela elaboração de uma política nacional do Ministério da Saúde, embora até agora os mesmos programas estejam sendo mantidos. Para melhor compreensão do tema aqui tratado, serão esboçadas a seguir as principais características dessas doenças definidas pela política pública de saúde brasileira como as que devem, necessariamente, ser avaliadas, tratadas e integradas à preocupação dos municípios brasileiros como um todo e o seu impacto na condução da política municipal de saúde de Araçatuba, através do trabalho das trinta e cinco equipes do programa de atenção básica do programa de atenção básica de saúde da família, implantado no município no início de 2001. Esse programa que faz uma cobertura de 60% a 70% da população municipal, teve um grande impacto ao longo desses últimos anos na política pública de saúde municipal, daí sua relevância e importância para o trabalho.

A hanseníase é das doenças mais antigas da humanidade. Até a introdução das modernas tecnologias médicas a doença se caracterizava pela sua cronicidade, daí resultando um grande impacto sobre o mundo do trabalho e qualidade de vida dos doentes acometidos pela hanseníase, dada sua incapacidade⁴, mutilação e quase sempre isolamento compulsório. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), nas duas últimas décadas, a carga global de casos diminuiu em quase 90% e no

⁴ Estratégia global para aliviar a carga da hanseníase e manter as atividades de controle da hanseníase. OMS, em <http://www.who.int/lep/Reports/GlobalStrategy-PDF-verison.pdf> (p. 11).

início de 2004, apenas 460.000 pacientes aproximadamente estavam registrados para tratamento em nível global, sendo a maior prevalência da doença (2,0) registrada no sudeste asiático, seguida pelas Américas (1,0), tendo o Brasil como campeão nessa região. As precárias condições de vida da população facilitam a disseminação da doença, dificultando seu controle que depende da existência de uma rede básica de saúde bem estruturada que garanta qualidade e regularidade dos serviços prestados, embora aqui no município de Araçatuba os casos de hanseníase estejam circunscritos aos já existentes, sem novos casos.

A malária⁵ destacou-se na primeira metade deste século como um dos mais importantes problemas de Saúde Pública do Brasil. Nos anos 40 chegaram ao Brasil os inseticidas de ação residual e as drogas eficazes para o seu tratamento. Nas décadas seguintes a doença diminuiu sua expansão até a década de 80, quando “uma significativa ascensão se deu à custa, principalmente, do aumento da sua transmissão na Amazônia legal, pela ocupação da floresta por projetos agropecuários, mineração, construção de usinas hidroelétricas e rodovias” A migração interna, principalmente dos indivíduos altamente suscetíveis à malária, oriundos das regiões sul e sudeste, contribuiu fortemente para o avanço e expansão da doença pelo território nacional agravados pelo baixo nível de organização dessas atividades que dificultam seu controle. Por outro lado, a estabilização da incidência da malária está associada “à diminuição dessas atividades em decorrência da recessão econômica a partir de 1989 e às pressões internacionais para a proteção do ambiente que resultaram em mudanças positivas na política de ocupação da Amazônia, o que não ocorreu com o estados do Mato Grosso, por exemplo, cuja tendência da doença ainda é de ascensão”.

⁵ Extraído de publicação do MINISTÉRIO DA SAÚDE, “Febre? Cuidado! Pode ser Malária”. *Série A. Normas e manuais técnicos*. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em saúde. Coordenação Geral do Programa nacional de Controle da Malária. Brasília – DF, 2003.

(WALDMAN, 2000, p. 220). Em regiões não endêmicas, como a de Araçatuba, as áreas de risco são determinadas pelo potencial malarígeno, relacionado com a receptividade e vulnerabilidade da área e os casos da doença se circunscrevem aos já existentes. A receptividade se mantém pela presença, densidade e longevidade do mosquito, enquanto a vulnerabilidade é causada pela chegada de portadores de malária, contraída noutra região que, ao picar um dos 4 pacientes existentes no município com a doença e notificados compulsoriamente através de ficha cadastral nos postos de saúde locais, pode retransmiti-la ao restante da população, desencadeando a epidemia.

Em contraposição à malária, a doença de Chagas ocupa quase todo o território nacional, com exceção da região Amazônica e atinge especialmente a população na faixa etária mais produtiva, entre 35-50 anos. Com as novas tecnologias médicas e o aumento da migração para as áreas urbanas o impacto significativo na mortalidade pela doença foi diminuído, uma vez que [...] “a transmissão vetorial da doença de Chagas, através do *trypanosoma cruzi*, não ocorre na zona urbana, reduzindo assim o reservatório humano do agente na zona rural” (WALDMAN, 2000, p. 227), o que também ocorre no município de Araçatuba, cujos casos se restringem apenas aos já cadastrados ou a novos casos importados das regiões endêmicas.

Assim, essas doenças ligadas à saúde pública nos bairros mais carentes e fragilizados da periferia da cidade, cujos cuidados com a infra-estrutura básica são mais precários, acarretando todo tipo de sofrimento advindo da poluição ambiental aí existente, também estabelecem uma forte relação entre os parâmetros de doença, pobreza e desigualdade social da região. As doenças crônico-degenerativas e as que são fruto das “causas externas” ligadas à violência urbana completam o quadro de morbimortalidade no município, demonstrando claramente a sua inserção no panorama mais geral de desigualdade social que acompanha o resto do país.

Segundo o diretor clínico da Santa Casa de Araçatuba e coordenador do programa de atenção básica de Saúde da Família (PSF), Sergio Smolentzov⁶, independente dos fatores ambientais da pobreza, determinando as suas doenças próprias (tuberculose, doenças infecciosas, desnutrição, hanseníase, DST/AID) vemos na atualidade, que as condições sócio-ambientais (infra-estrutura, como saneamento básico, energia elétrica e outros) melhoraram muito nos últimos anos entre a população mais carente e fragilizada. Um fator importante no controle de determinadas doenças na população é a informação sobre as doenças crônico-degenerativas (hipertensão arterial, diabetes melitus, câncer, osteoporose, artroses, e outras). Embora a sobrevivência dessa população hoje seja maior, nota-se, entretanto, que ela está completamente desinformada em relação aos cuidados a serem tomados sobre essas patologias com evolução surda e silenciosa que, em alguns anos, quando não tratadas, apresentam inexoravelmente queda acentuada da qualidade de vida de seus portadores, como cegueira, procedimentos dialíticos, seqüelas motoras e permanência prolongada no leito, além de internações hospitalares prolongadas, tratando-se evidentemente de um problema de saúde pública na sua forma mais completa. O poder público se preocupa de maneira correta com as doenças infecciosas, mas, algumas vezes esquece das doenças crônicas não infecciosas e que modernamente, nas cidades de porte médio com infra-estrutura satisfatória como é o caso de Araçatuba, elas são o fator diferencial de sobrevivência nas áreas menos favorecidas. Segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia, 50% dos portadores de hipertensão no Brasil, desconhecem esse problema. E a osteoporose (perda de massa óssea) é a principal responsável pela incidência de fraturas

⁶ Acumula os dois cargos desde 05 de abril/05, além de ser o representante do governo no atual conselho municipal de saúde (CMS) do município na gestão 2004-2006, por ser o coordenador do PSF. O cargo de diretor clínico da Santa Casa de Misericórdia de Araçatuba, único hospital de referência numa região de 693.491 habitantes (segundo o IBGE, em 2005), é eletivo a cada 2 anos, escolhido entre os médicos que compõem o corpo clínico da instituição, e se constitui em trabalho voluntário.

em mulheres na pós-menopausa e nos idosos⁷, de ambos os sexos. Essas doenças crônico-degenerativas, “doenças sociais”, foram também incluídas na metodologia de pesquisa do programa de saúde da família (PSF) do Ministério da Saúde porque se constituem num grande impacto financeiro em termos de política pública e de má qualidade de vida da população e serão, provavelmente, os maiores desafios das próximas décadas nessas políticas públicas, após o controle das atuais doenças infecto-contagiosas e com o aumento da população de idosos. Entretanto, feita a prevenção através da educação social e/ou do tratamento dessas doenças, o resultado obtido é de baixo custo e de grande melhoria da qualidade de vida da população. Os tipos de atendimento preconizados pelo programa de saúde da família (PSF), se referem ao novo modelo de saúde pública com as estratégias adotadas nos cuidados à criança, à mulher e ao idoso, DST/AIDS, câncer, diabetes, hipertensão arterial, hanseníase e tuberculose. Alguns dos indicadores de saúde do estado de São Paulo e de algumas regiões do estado como a nossa, se aproximam do ideal (como é o caso de mortalidade infantil), mas, em relação às doenças crônicas não infecciosas, como diabetes, hipertensão e câncer, estamos longe do ideal.

A mortalidade infantil em Araçatuba apresenta o seguinte quadro de 2000-2004, em relação à média da região, cujos dados foram fornecidos pela Direção Regional de Saúde (DIR VI). Como a taxa de 2005 só é entregue depois de finalizado o ano, ela não figura na tabela. Em termos nacionais o município ainda não conseguiu atingir os parâmetros internacionais aceitáveis de mortalidade infantil abaixo dos dois dígitos para cada grupo de 1000 nascidos.

⁷ Considerados maiores de 60 anos, referência da 3ª idade para países em desenvolvimento, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS).

Tabela 1- Taxas de mortalidade infantil*: DIR VI e município de Araçatuba/SP, de 2000-2004.

DIR VI	2000 16,30	2001 13,88	2002 15,19	2003 14,35	2004 15,70	Média 2000- 2004 15,12
ARAÇATUBA	2000 15,78	2001 8,99	2002 18,06	2003 15,59	2004 14,54	Média 2000- 2004 14,54

Fonte: Direção Regional de Saúde do Estado de São Paulo, DIR VI - Araçatuba/SP.

* para cada mil nascidos

As discrepâncias observadas na tabela acima apontam para a pouca acuidade dos dados, provavelmente, porque em 2001, ano de implantação do programa de atenção básica de saúde da família, as equipes estavam pouco familiarizadas e treinadas para fazerem o levantamento desses dados, além dos erros ocorridos nas sub-notificações, demonstrados pela mudança de padrão da taxa desse ano em relação aos demais. O grande aumento de casos observados no ano de 2002 pode ter as seguintes explicações: a persistência na inexperiência e insuficiência no treinamento das equipes do programa, e o fato de Araçatuba ser centro de região e atrair os casos de mais difíceis soluções, vindos quase sempre sem acompanhamento médico pré-natal. A partir de 2003 os dados vão se consolidando e em 2004 o município passa a ter índices abaixo dos da região em 2004.

No caso da tuberculose, uma das mais antigas doenças do mundo, teve seu ápice no século XIX durante o processo de industrialização, chegando a afetar uma em cada seis pessoas. No século XX ela quase desapareceu, com o surgimento de medicamentos capazes de combatê-la com sucesso, retornando com grande força com a epidemia da AIDS, já que uma grande parte dos portadores do vírus HIV tem tuberculose, em razão de sua baixa imunidade. Segundo o Ministério da Saúde, 85.000 indivíduos têm hoje tuberculose e, de acordo com os cálculos da Organização Mundial de Saúde (OMS), dois milhões de pessoas morrem em todo o mundo. No Brasil, um dos grupos mais vulnerável à tuberculose, além dos portadores do HIV/AIDS, é o dos que

vivem em situação de rua. Segundo levantamento feito pelos Médicos sem fronteira (*Médecins sans frontières* - MSF)⁸ no projeto Meio-fio, no Rio de Janeiro, 6,5% das mais de 800 pessoas nessa situação têm tuberculose, refletindo as más condições de vida dessas pessoas que sofrem com o frio, a chuva, falta de alimentação adequada, falta de condições de higiene, convivendo em grupos e favorecendo a infecção pelo bacilo da tuberculose. Mas o maior problema é mesmo a falta de condições enfrentadas por essa população no tratamento da doença que, na maioria dos casos não requer internação, mas exige boa alimentação, abrigo, profissionais capacitados, remédios bem administrados e sem interrupção. Caso contrário, a doença evolui, favorecendo o aparecimento de bacilos resistentes aos tratamentos atuais, gerando uma doença multi-resistente que coloca em risco a vida de um grande grupo social e leva a um maior dispêndio de recursos financeiros. A baixa auto-estima dessas populações, a ignorância no tratamento da tuberculose, assim como os fortes preconceitos sociais da população em geral, são fatores de agravamento do aumento da estatística da tuberculose no Brasil e no mundo. Além disso, é preciso destacar a falta de investimentos internacionais em pesquisa e desenvolvimento para se combater a tuberculose, porque a maioria das vítimas da doença vive em países em subdesenvolvidos, com baixo poder aquisitivo.

Situação bastante complicada é a da população carcerária da região noroeste, cujo levantamento populacional é feito duas vezes ao ano, em virtude das constantes mudanças por questões de segurança, dessa população formada de adultos jovens vulneráveis e dependentes, que apresenta altas taxas de infecção pelo HIV, uso abusivo de álcool e drogas e baixa escolaridade, uma mistura explosiva para o aumento das taxas dessas doenças de fácil transmissão a toda sociedade, através da própria população prisional, dos funcionários dessas instituições e das famílias de ambos.

⁸ Extraído de texto de *Médecins Sans Frontières* Notícias (MSF) em <http://www.msf.org.br/noticias/msfNoticias>. MostrarImprimir.asp?id=275 acessado em 15/05/05.

Em Araçatuba o quadro dessa doença de fundo social, ao longo dos últimos anos é o que se segue, mostrado na próxima tabela:

Tabela 2 - Casos e coeficiente de incidência* de tuberculose no município e na regional de Araçatuba, 2000-2005, DIR VI – Araçatuba.

Município/ano	2000		2001		2002		2003		2004		2005**	
	Casos	Coef	Casos	Coef	Casos	Coef	Casos	Coef	Casos	Coef	Casos	Coef
Araçatuba	69	40,25	75	43,22	49	28,36	54	30,96	51	28,97	53	29,49
Total DIR VI	209	31,8	186	28	178	26,59	192	28,44	142	20,86	142	20,47

Fonte: EPI-TB – Direção Regional de Saúde - DIR VI – Araçatuba/SP.

*Por 100.000 habitantes

**Dados até 30/09/2005.

POP: IBGE

COEF: Incidência: Por 100.000 habitantes

De acordo com o quadro acima, pode-se depreender que, em 2000 o coeficiente de 40,25 de tuberculose do município esteve acima do coeficiente da região, alcançando sua menor marca no ano de 2002 (28,36) já com a implantação do programa de saúde da família em 2001, mas ainda acima do coeficiente da região representado pela DIR VI (26,59). No entanto, o coeficiente municipal de 2002 apresentou uma queda acentuada de mais de 15 pontos em relação aos anos anteriores, sendo o menor dos últimos cinco anos. Essa queda, que pode estar relacionada ao novo modelo de saúde pública implantado no município com o programa de atenção básica de saúde da família, cujas equipes de saúde vão até os domicílios definidos, lá dispensando os remédios necessários e promovendo uma mudança de hábitos e atitudes na população através da educação. Entretanto, é preciso ressaltar que os casos novos registrados de tuberculose no município de Araçatuba e na regional se referem até 30/09/05 e, embora sejam, provavelmente, um pouco maiores do que os de 2004 até finalizar o ano, demonstram uma queda acentuada em relação aos anos anteriores, desde 1997, como mostram os gráficos abaixo.

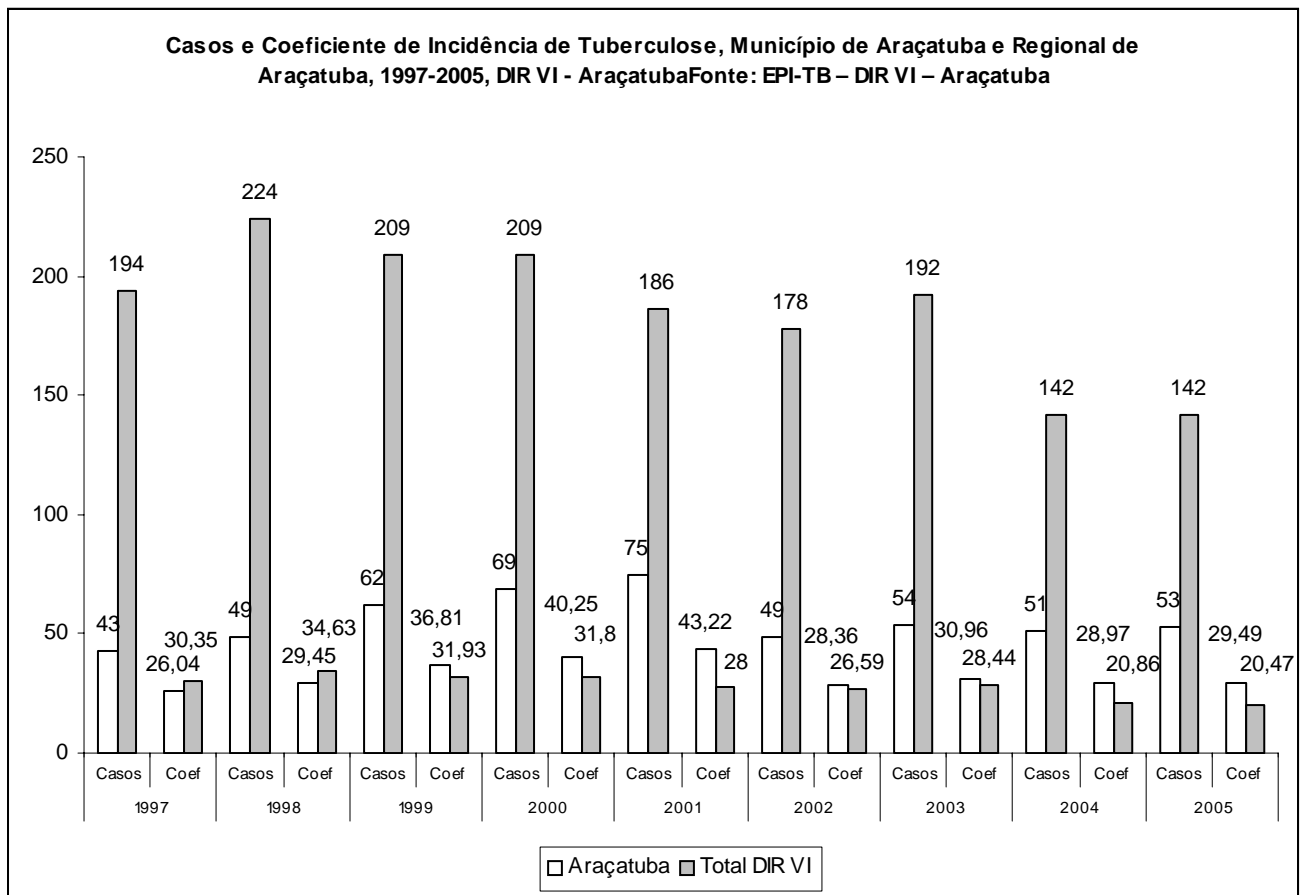


Gráfico 1 - Casos e Coeficiente de Incidência de Tuberculose, Município de Araçatuba e Regional de Araçatuba, 1997-2005, DIR VI - Araçatuba
Fonte: EPI-TB – DIR VI – Araçatuba

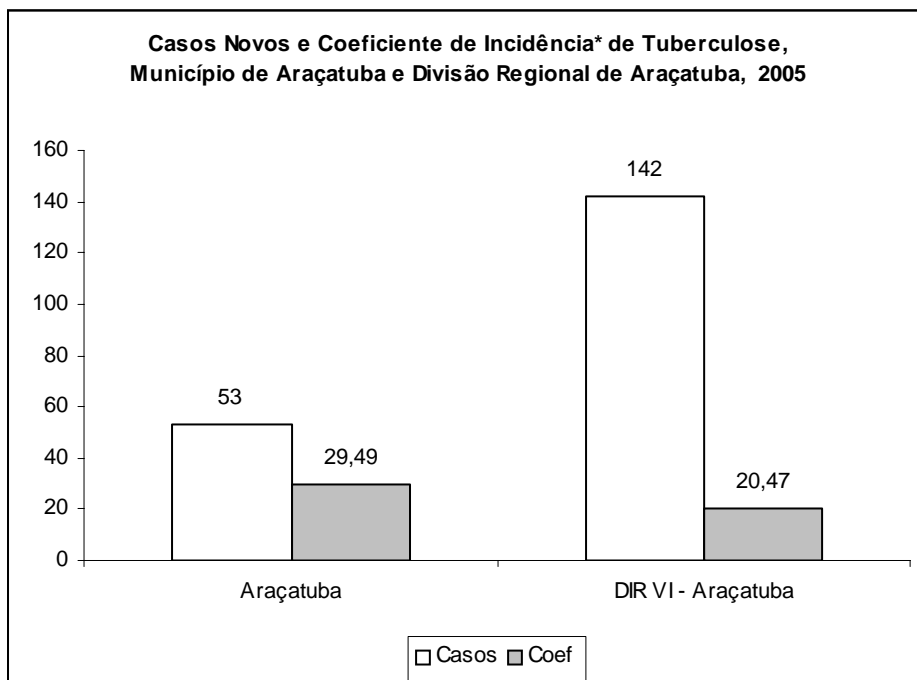


Gráfico 2 - Casos Novos e Coeficiente de Incidência de Tuberculose, Município de Araçatuba e Divisão Regional de Araçatuba, 2005

A dengue é uma das doenças de observação e controle públicos das mais importantes causadas por vírus. Tudo indica que em franca expansão geográfica mundial, em função das trocas comerciais internacionais, dos movimentos migratórios e da alta densidade populacional, indiscriminado e desordenado crescimento da área urbana, irregular abastecimento de água e inadequada coleta e armazenamento de lixo, facilitando a proliferação de mosquitos de difícil controle que se proliferam tanto em criadouros artificiais como naturais. Por essas razões, o controle da doença se constitui em enorme desafio para as autoridades sanitárias do país, sendo a sua forma clínica mais temida, o dengue hemorrágico.

O auge da epidemia de dengue em Araçatuba foi em 2003 com 3.092 casos registrados, depois de um aumento constante e expressivo da doença desde 1998, seguido de apenas 2 casos em 2004, em razão da intensa campanha de esclarecimento à população quanto aos cuidados para combater a doença, feita pelos órgãos públicos de saúde municipais e estaduais. A explicação, no entanto, para os 14 casos registrados no município em 2005 foi dada pela diretoria da Vigilância Sanitária⁹ municipal, segundo a qual a epidemia de dengue registrada nesse ano durante o inverno é atípica, resultado da presença de mosquitos transmissores na cidade, que ainda não foram erradicados. Com a existência do transmissor, a expansão da doença é facilitada e basta um morador contrair a dengue para iniciar a transmissão. O município recebe visitantes de toda a região e fora dela que já chegam, muitas vezes com a doença, mas estão assintomáticos e nem percebem que estão contaminados. A cadeia de transmissão começa quando esse paciente, que já tem o vírus da dengue, é picado por um mosquito que depois pica uma pessoa sadia e transmite a doença. A outra justificativa para a epidemia é a de que o mosquito *Aedes aegypti* transmissor da doença, tendo se adaptado às novas condições

⁹ Extraído da reportagem de MIRACELLY, Karenine. Folha da Região, Cidades, B-1, Araçatuba/SP, 29/07/05.

sanitárias da região para conseguir sobreviver, suas larvas e ovos passaram a ser encontrados em recipientes fixos das residências, como bebedouros de animais, ralos, e não apenas nos tradicionais pneus ou garrafas *pet* vazias e jogadas nos quintais, o que leva à necessidade de maiores cuidados da população, como o de passar uma bucha nesses recipientes para desgrudar os ovos e larvas que ficam na superfície e conseguem sobreviver mesmo sem água parada. Ainda de acordo com a reportagem, o mesmo acontece no estado de São Paulo onde a situação da dengue é semelhante, com o registro de 4.363 casos de dengue e mais de 1,3 mil superior ao número registrado em todo o ano de 2004 nos municípios paulistas.

A situação de dengue no município longe de ser estável é preocupante. O município é considerado prioridade do Ministério da Saúde¹⁰ na campanha contra a dengue e o único da região incluído numa lista de 170 outros municípios do país que enfrentam, ou já enfrentaram nos últimos anos epidemia de dengue, é centro de região, tem mais de 100.000 habitantes e teve o índice LIRA (levantamento rápido do índice de infestação), em outubro de 2005 de 1,37, considerado fora do ideal, que é menor que um. Dez cidades da região, entre elas Araçatuba estão na lista de municípios que têm maior risco de registrar epidemias de dengue em 2006. Esse ranking, elaborado pela secretaria Estadual de Saúde, utiliza o índice de *Breteau* igual ou superior a 1¹¹. A tabela e gráfico abaixo ilustram a evolução da dengue no município, nos últimos 5 anos.

¹⁰ KARENINE, Miracelly. Artigo publicado no jornal Folha da Região, B-4, Cidades, Araçatuba/SP, 19/11/05.

¹¹ O índice de *Breteau* aponta a porcentagem de imóveis em que foram encontrados criadouros com larvas do mosquito *Aedes aegypti*, por área (de 10 mil a 12 mil metros quadrados).

Tabela 3 - Casos autóctones e coeficiência de incidência* de dengue, município de Araçatuba e Divisão Regional de Saúde de Araçatuba, 2000 a 2005**

Município/Ano	2000		2001		2002		2003		2004		2005**	
	Casos	Coef	Casos	Coef	Casos	Coef	Casos	Coef	Casos	Coef	Casos	Coef
Araçatuba	746	440,75	448	261,54	836	483,87	3092	1772,94	2	1,13	15	8,34
Total DIR VI	1001	152,33	3089	465,14	2162	323,01	5186	728,29	294	43,6	106	15,28

*Por 100.000 Habitantes

** Dados até 10/11/2005

Fonte: Ficha de Investigação Epidemiológica SINAN-DIR VI – Araçatuba

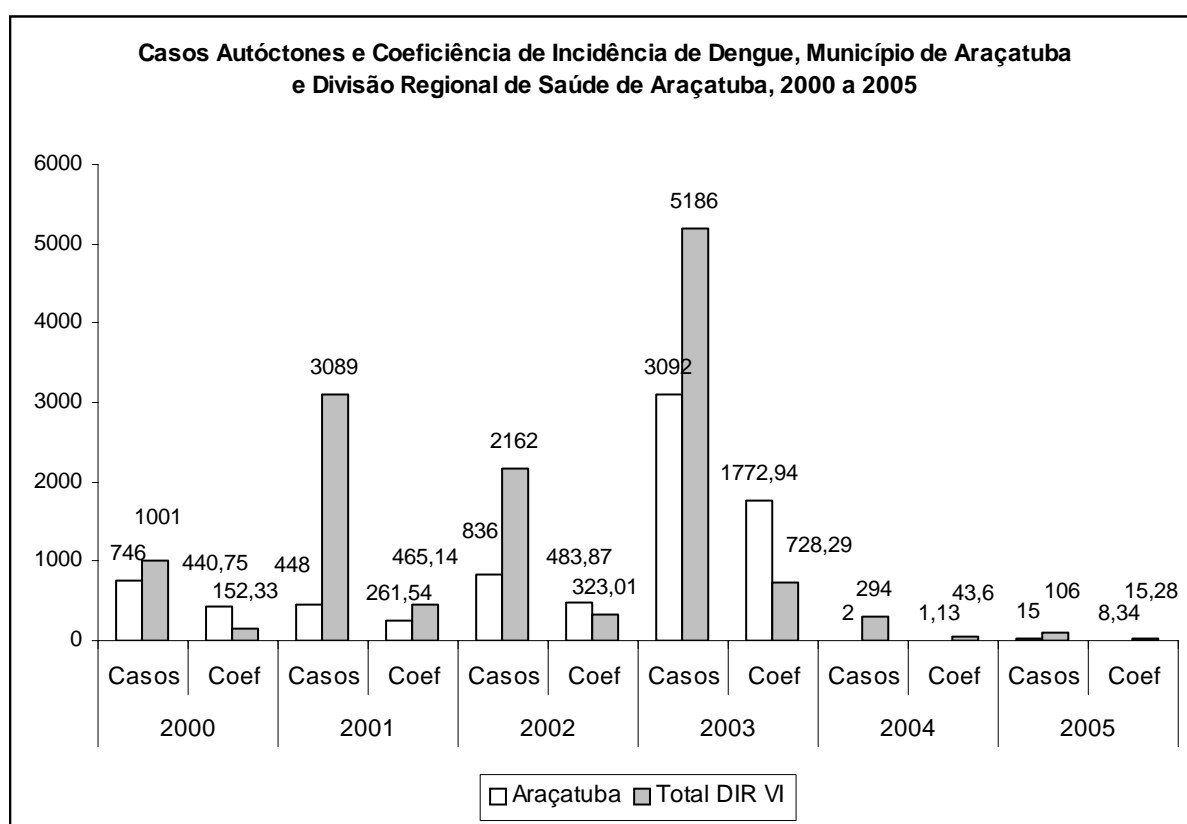


Gráfico 3 -Casos Autóctones e Coeficiência de Incidência de Dengue, Município de Araçatuba e Divisão Regional de Saúde de Araçatuba, 2000 a 2005

No caso da leishmaniose, sua forma de maior importância para a saúde pública é a visceral ou calazar, cujo mosquito palha ou birigüi, muito encontrado na região noroeste, acabou dando nome à cidade vizinha a Araçatuba. Sua importância para a Saúde Pública está relacionada ao fato da doença diminuir a capacidade de trabalho dos indivíduos por ela afetados, cuja imagem foi eternizada na família de

retirantes nordestinos e da cadelinha Baleia do filme Vidas Secas, do diretor Nelson Pereira dos Santos, baseado no livro de mesmo nome de Graciliano Ramos. A partir dos anos 70 houve um grande aumento do número de casos da doença com o rápido crescimento do processo de urbanização e o conseqüente processo migratório populacional, acompanhados de seus cães infectados para as regiões urbanas onde já existia o vetor, propiciando condições para a transmissão da doença. Em agosto de 1998, confirmou-se a autoctonia de Leishmaniose Visceral no município de Araçatuba e de mais 23 municípios da região. A doença se instalou e passou a ser considerada um grande problema de saúde pública, com óbitos, inclusive, a partir de 1999. Grande número de cães suspeitos de terem contraído a doença foram recolhidos e posteriormente sacrificados pela vigilância pública do município, por serem considerados reservatórios da doença pela impossibilidade de cura para eles. A tabela e o gráfico abaixo fazem uma melhor visualização da situação da leishmaniose em Araçatuba.

Tabela 4 - Casos e coeficiência de incidência* de Leishmaniose Visceral Americana (LVA), no município de Araçatuba e Direção Regional de Saúde de Araçatuba (DIR VI), de 1999 a 2005**.

Município/Ano	1999		2000		2001		2002		2003		2004		2005**	
	Casos	Coef	Casos	Coef	Casos	Coef	Casos	Coef	Casos	Coef	Casos	Coef	Casos	Coef
Araçatuba	15	80,85	12	7,08	29	16,93	52	30,09	41	23,50	37	21,01	9	5,00
Total DIR VI	17	2,60	15	2,28	57	8,58	110	16,43	133	19,70	91	13,36	39	5,62

Fonte: Ficha de Investigação Epidemiológica SINAN-DIR VI – Araçatuba

*Por 100.000 Habitantes

**Dados até 31/08/2005

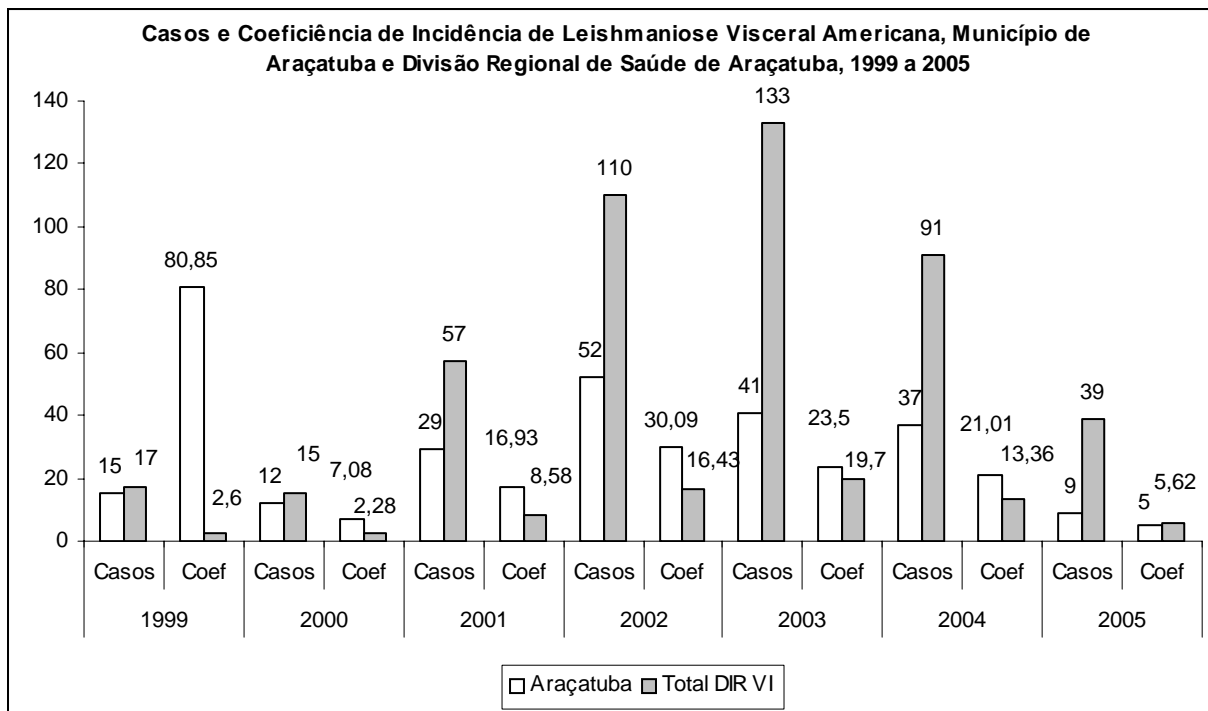


Gráfico 4 - Casos e Coeficiência de Incidência de Leishmaniose Visceral Americana, Município de Araçatuba e Divisão Regional de Saúde de Araçatuba, 1999 a 2005

As doenças definidas e priorizadas pelo Ministério da Saúde como obrigatórias para fazer parte da “cesta básica” das doenças integrantes da ficha A, fornecida originalmente pelo ministério, são de preenchimento obrigatório com as informações consolidadas das famílias cadastradas pelas equipes do PSF e cujo envio ao ministério é feito através do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB). Esse cadastro ¹², preenchido pelos agentes comunitários na primeira visita ao domicílio é atualizado nas visitas posteriores.

O universo populacional abrangido pelo programa de atenção básica do programa de saúde da família (PSF) em Araçatuba é bastante variável em função das constantes mudanças de domicílio da população adscrita nas áreas definidas e visitadas pelas equipes do programa.

¹² Ficha A, anexada ao trabalho, no final desse capítulo I.

Tabela 5 - Dados referentes à população total do município de Araçatuba e dados consolidados das famílias cadastradas pelas 35 equipes do PSF, no município de Araçatuba/SP, desde sua implantação em 2001-2005.

Sexo	2001	2002	2003	2004	2005
Masculino	54.744	54.197	54.271	52.635	52.234
Feminino	58.849	58.430	58.233	56.571	56.279
População coberta pelo PSF	113.593	112.627	112.504	109.206	108.513
População total do município*	171.289	172.771	174.399	176.025	179.717

Fonte: PSF/SSHP Secretaria de Higiene e Saúde Pública do município de Araçatuba/SP, 2005.

*segundo o IBGE.

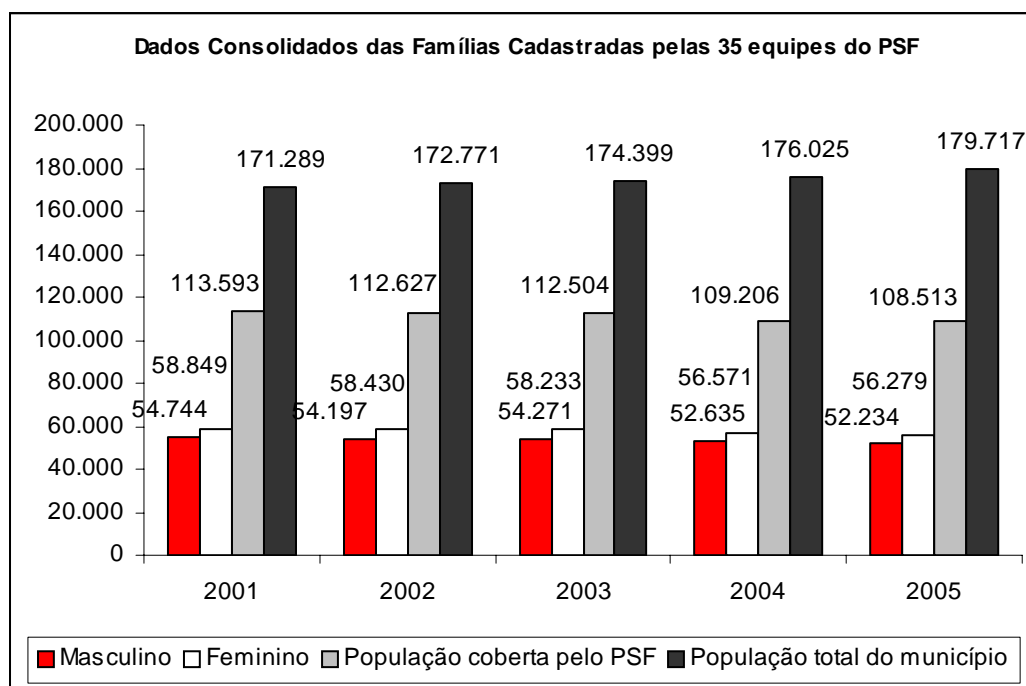


Gráfico 5 - Dados Consolidados das Famílias Cadastradas pelas 35 equipes do PSF

Segundo a coordenação do programa, o atendimento à população de Araçatuba em 2003 foi de 67,08% da população local. Em 2004 esse atendimento passou a 66,32% e até outubro de 2005, o programa cobriu 65,03% da população, conforme tabelas e gráficos ilustrativos mostrando a evolução da população municipal e da região coberta pela Direção Regional de Saúde – DIR VI, de 2000-2005, como ilustra o gráfico referente à população assistida pelas equipes do PSF.

Tabela 6 – Evolução da População de Araçatuba e Região

Ano	População Residente, segundo o ano, no Município de Araçatuba/SP	Ano	População Residente na Região Coberta pela DIR-VI (Divisão Regional de SaúdeVI)
2000	169.254	2000	657.087
2001	171.289	2001	664.089
2002	172.771	2002	669.309
2003	174.399	2003	674.998
2004	176.025	2004	680.645
2005	179.717	2005	693.491

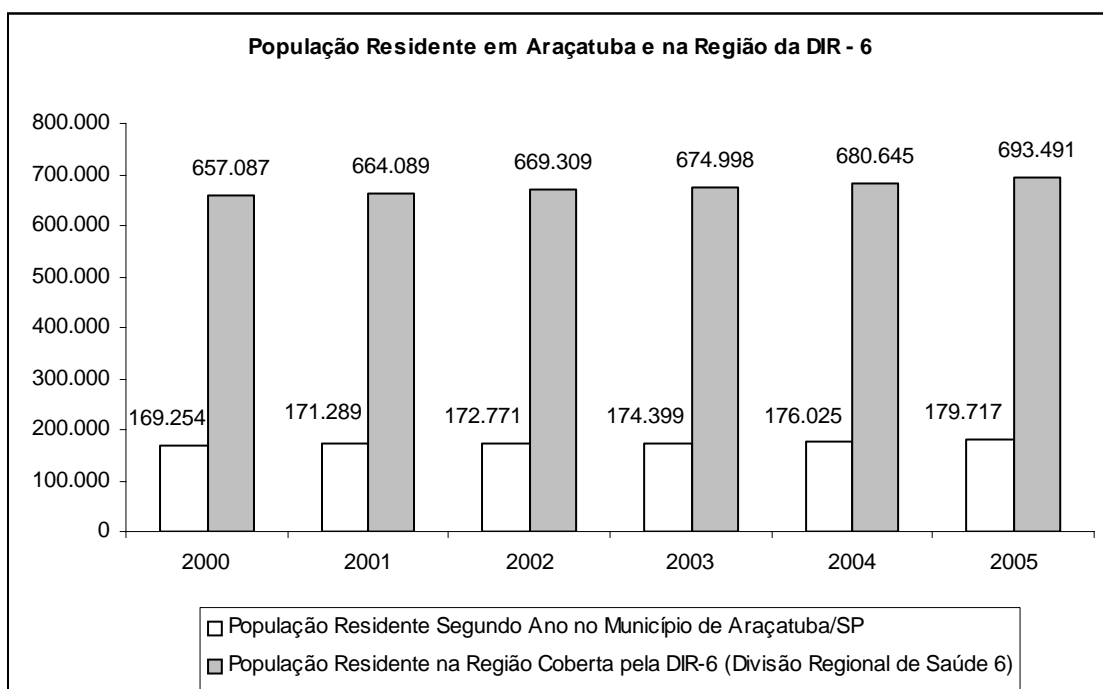


Gráfico 6 - População Residente em Araçatuba e na Região da DIR – 6

A tabela e gráfico abaixo são constituídos das doenças de observação e levantamento obrigatórias que integram a ficha A, preenchida pelos agentes de saúde do programa de saúde da família, em seu trabalho cotidiano de visita às famílias de sua área de atuação. Tem o primeiro gráfico, a preocupação de mostrar todas essas doenças referidas para que elas possam ser visualizadas em seu conjunto. Os dois outros têm o propósito de dividir essas doenças em dois grupos para que sua visualização seja mais clara e específica.

Tabela 7 – Doença Referidas

Doenças Referidas

	2001	2002	2003	2004	2005*
Alcoolismo	976	976	989	869	858
%	0,86	0,87	0,88	0,8	0,79
Chagas	82	79	82	82	82
%	0,07	0,07	0,07	0,08	0,08
Deficiências físicas	52	66	58	431	428
%	0,05	0,06	0,05	0,3	0,39
Diabetes	2.613	2.602	2.593	2.648	2.642
%	2,3	2,31	2,3	2,42	2,43
Distúrbio Mental	0	0	0	0	0
%	0	0	0	0	0
Epilepsia	217	221	204	223	214
%	0,19	0,2	0,18	0,2	0,2
Hipertensão	9.179	9.331	9.710	10.579	10.632
%	8,08	8,28	8,63	9,69	9,8
Hanseníase	46	36	28	27	29
%	0,04	0,03	0,02	0,02	0,03
Malária	8	8	5	3	4
%	0,01	0,01	0	0	0
Tuberculose	17	9	9	11	10
%	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01

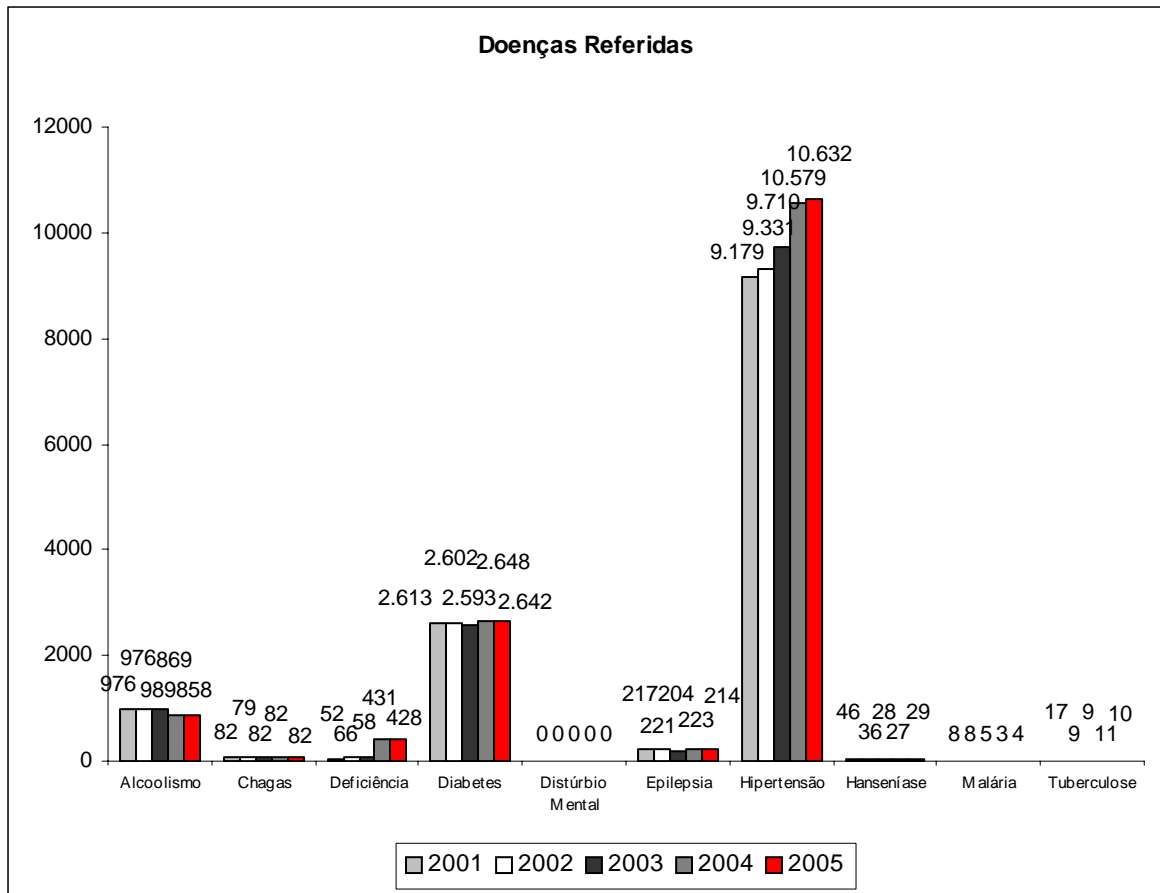
Fonte: PSF/SSHP Secretaria de Higiene e Saúde Pública do município de Araçatuba/SP, 2005.

*Dados atualizados até out/2005.

Podemos perceber de forma absolutamente clara no conjunto das doenças referidas, a grande incidência da hipertensão arterial como a grande campeã dessas doenças no município. Ao mesmo tempo pode-se constatar que ela está num processo de grande ascensão progressiva, muito provavelmente, porque a doença tem sido desvelada pelas equipes do programa de atenção básica da saúde do município, ao longo dos últimos cinco anos, desde que foi implantado no município, de 2001 até outubro 2005. Também o diabetes pode ser observado como a segunda mais forte tendência das doenças no município, provavelmente pela mesma causa apontada para a hipertensão: descoberta da doença através de simples exames clínico-laboratoriais. A terceira maior incidência de doenças referidas no município é o alcoolismo, embora, segundo os dados, esteja em leve declínio. Essa doença, eminentemente social, que tem

sido motivo de pouca preocupação dos pais e responsáveis, além dos gestores públicos de todas as três instâncias, apresenta ainda a agravante maior de ser a bebida considerada uma “droga lícita”, com grande e expressivo empenho da mídia em suas campanhas publicitárias. O alcoolismo tem causado inúmeros problemas sociais na população em todas as idades e tem sido o responsável por grande parte dos gastos públicos causados por seqüelas de todos os tipos de acidentes e de tragédias familiares e coletivas envolvendo a bebida. Outro item importante destacado no gráfico são as deficiências físicas, assim englobadas genericamente e alvo também das muitas campanhas na mídia. As deficiências foram identificadas como de observação obrigatória pelos agentes comunitários do programa e seu leque de possibilidades abrange todas as dificuldades e impossibilidades físicas da população. Os outros grupos não se destacam como esses, no gráfico, ressaltando a importância do programa de atenção básica da saúde para o controle de doenças como a tuberculose, hipertensão arterial, diabetes e as demais, transmissíveis ou não, que necessitam de assistência e supervisão permanentes.

É preciso, entretanto, não deixar de lembrar que esses dados foram coletados quando as trinta e cinco equipes do programa de atenção básica de saúde da família eram inexperientes e pouco treinadas e que passaram todas elas, no final do primeiro semestre de 2005 por um concurso público para nova admissão ao programa. Além disso, o programa passou ainda por outras dificuldades como as várias trocas de coordenadores desde sua implantação em abril de 2001, até o final de 2005, data-limite dessa pesquisa.



Fonte: *Idem, ibid.*

Gráfico 7 – Doenças Referidas

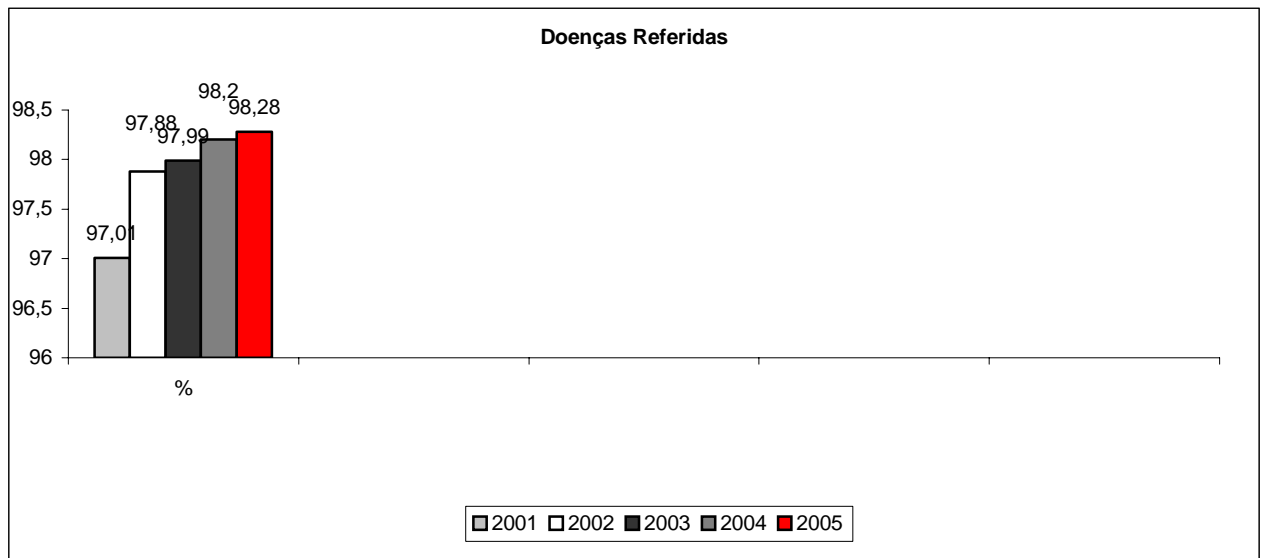


Gráfico 8.1 – Doenças Referidas (%)

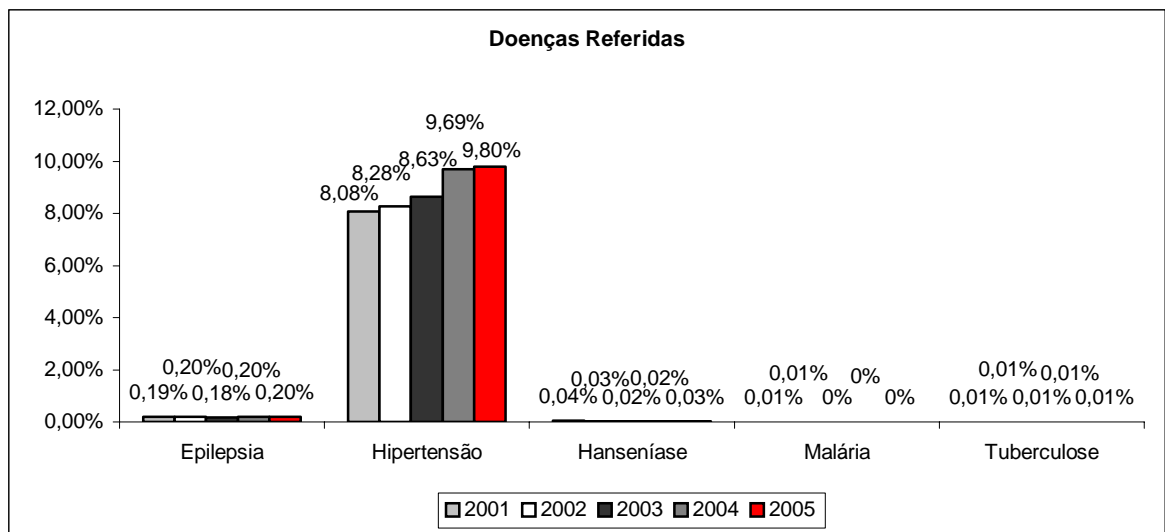


Gráfico 8.2 – Doenças Referidas (%)

E, para finalizar este capítulo da topografia das diferenças, gostaria de lembrar o que disse o deputado Eduardo Jorge na revista Saúde da Família (2000, p. 04) de que muita gente teima em não acreditar

que o SUS não é programa de política pública de tal ou qual partido, de tal ou qual governo federal, estadual ou municipal. O SUS é um programa constitucional. É um programa nacional, compartilhado na sua execução por todas as forças políticas, sejam elas conservadoras ou socialistas. É claro que um determinado executivo pode dar uma coloração, uma nuance mais próxima as suas convicções político-ideológicas, mas os princípios são únicos: universalização, democratização, descentralização, integralidade e execução mista (estatal e não estatal)¹³.

¹³ Extraído da revista Saúde da Família, p. 04-06, dez. 2000.

CAPÍTULO II - ARAÇATUBA: O PESO DE UM SÉCULO DE HISTÓRIA NO NOROESTE PAULISTA. O CENÁRIO DA PESQUISA.

Neste capítulo o perfil sócio econômico da cidade será contextualizado dentro do quadro mais geral das mudanças e transformações nacionais e suas conseqüências, especialmente para a saúde municipal. O programa de atenção básica da saúde da família, suas principais características e sua especificidade em Araçatuba: implicações, estratégias e atuação das equipes do PSF no município.

Cidade e território

[..] Historicamente, cidade e política são conceitos ligados, pois o próprio significado etimológico explicita as relações: *civitas* (do latim, cidade, conjunto dos cidadãos, da civilização, interesse público, dos membros do Estado, civil, sociedade civil) e *polis* (política, em grego, cidade-Estado). No fundo, designam, nesses dois idiomas diferentes, um modo de habitar, participar e dirigir. De maneira geral, a cidade deve, pois, ser vista como espaço coletivo da prática social. [...] O cidadão é, pois, aquele que *participa* e que é capaz de apreender, do conjunto de relações fetichizadas e mercantilizadas em que vive a lógica que as preside: é aquele que pode perceber as contradições fundamentais da produção capitalista no conjunto das condições concretas urbanas. (VÉRAS, 2000, p. 38, 42).

Segundo Bizelli, o interior mudou¹⁴. Em 1929, quando ocorreu a crise mundial e do café, eram 245 municípios no Estado de São Paulo; na metade do século eram 305 servidos pela ferrovia como sistema de transporte de pessoas, café, arroz, milho, gado e no final do século, 625 municípios com rodovias, estradas secundárias

¹⁴ Vide SMOLENTZOV (2000, p. 46-62).

asfaltadas, telefones urbanos e rurais, eletricidade, computadores-internet, canais de televisão por assinatura. O café e a ferrovia tomaram os espaços urbanos e o foram preenchendo com pessoas, cidades e cafezais, definindo trajetos fixos de transporte e comunicação. Essas mudanças, reflexo do que ocorreu na produção, nas relações de trabalho e nas próprias relações sociais, resultaram na configuração dos complexos agroindustriais como expressão maior, especialmente na região do extremo-oeste do estado que, de agricultura mercantil até os anos 50, passa para a economia complexa, e se insere no mercado regional-nacional e internacional, onde as cidades da região recebem os impactos “modernizantes” e suas formas paisagísticas são, rapidamente reformuladas, ampliadas e postas à prova. Em função de seus potenciais internos são levadas a práticas político-administrativas capazes de responder às novas demandas do mercado de trabalho, saúde, habitação, transporte, lazer, prestação de serviços, etc. Dessa forma, para se entender uma cidade é preciso entender o seu processo de urbanização em suas dimensões temporais e espaciais, entendendo-a como uma produção social, histórica, econômica, política-administrativa e cultural, observando-se as homogeneidades-heterogeneidades regionais que, no Estado de São Paulo, são consideráveis na constituição da rede urbana, quando comparadas as regiões entre si (não só em relação à convencional divisão regional agrícola, quanto à região administrativa do estado). Essas homogeneidades-heterogeneidades em suas inter-relações dinâmicas e dialéticas podem explicitar os ritmos do processo de urbanização nas suas incidências espaciais regionais e municipais. A origem das cidades reflete o elo encadeador do processo de urbanização, assumindo cada uma delas características particulares nas suas formas, paisagens urbanísticas na constituição de seus bairros, nas realizações materiais e na sua dinâmica interna. As especificidades sociais do espaço-cidade têm, no dia a dia e no envolvimento de seus habitantes, diferentes agentes sociais

que atuam na produção do espaço local, de acordo com suas ações, vontades, desejos, condições, imaginações e possibilidades. Esses envolvimento, no geral, perpassam as bases de sustentação dos “destinos” das cidades que confluem para o poder local e desembocam na Administração Pública, mas que não se resumem a ela.

Temas como o urbano, a paisagem urbanística, a constituição dos bairros, edificações, planejamento, poder público, segregação espacial, circulação-transporte, território-desterritorialização, agentes sociais e participação político-administrativa, poder local, etc, constituem um amplo arcabouço teórico-conceitual com diferentes abordagens. Estas diferentes abordagens tratam da questão urbana como sendo um “focus” central dinâmico em suas materialidades, condicionador e condicionado das relações sociais, sempre sujeito a interpretações e reinterpretações em face dessas mudanças contínuas. (VÉRAS, *apud* BIZELLI: p. 05).

Pode-se denominar *território*, num sentido antropológico-cultural ou biológico, isto é, a parcela geográfica que serve de *habitat* a um grupo humano ou de animal cujos limites claramente demarcados são perfeitamente conhecidos e delimitados pelo grupo, que o mantém e o preserva zelosamente da interferência dos outros grupos. O território geográfico é, portanto, um lugar de segurança e de sobrevivência, garantida por uma reserva alimentar, e que acaba se tornando sagrado, por se constituir no local onde são guardados os restos mortais e a alma dos antepassados míticos desse grupo. Na verdade, ele é a terra dos pais! Para um homem primitivo, vender a terra sagrada de seus ancestrais é uma idéia absolutamente inconcebível! Para nós, a idéia de território nos remete à de espaço ocupado por uma determinada comunidade, com alguns traços

característicos que lhe definem seu perfil cultural singular e distinto dos outros grupos, sua estrutura, organização e funcionamento.¹⁵ E, de acordo com Vêras (1998),

[...] a cultura impregna, ao mesmo tempo, todas as atividades urbanas e também a territorialidade que é forma de comunicação dos residentes com o entorno, com seu grupo e nos dá a consciência da pertinência a um lugar. Por fim, os deslocamentos migratórios muitas vezes agridem o indivíduo, ‘roubando-lhe’ a territorialidade, levando-o ao estranhamento simbólico. Assim, ‘desterritorialização e desculturização’ são processos sociais que se desencadeiam dialeticamente, pois o migrante no novo ambiente ‘perde e doa’ nova cultura, novo quadro de vida. [...] No caso da territorialidade burguesa, a distribuição espacial da população obedece às leis do mercado imobiliário e é efeito de decisões de governo e políticas públicas, sendo as áreas residenciais sujeitas a discriminação e segregação socioeconômica, eventualmente étnicas, demonstrando que relações de força são associadas às relações de poder de compra/locação (p. 282). [...] A questão do território tem recebido várias interpretações. Do ângulo político, o território é conceituado como área de jurisdição de um Estado. Mas se encarada a origem dessa concepção, tem-se que, de forma mais ampla, a territorialização diz respeito à ocupação de um determinado espaço por determinado grupo humano, constituído por algum critério social: etnia, nacionalidade, condição sócio-econômica, nível cultural e outros. Nessa medida, é possível estabelecer relação intensa entre territorialidade e segregação sócio-espacial e, de modo abrangente, com a cidadania (VÉRAS, p. 280).

Foi no caminho de marcha dos pioneiros para o oeste paulista, para a expansão de terras, para o plantio de café que nasceu uma grande parte das cidades do oeste paulista. A chegada da ferrovia determinou a transformação da paisagem natural, assim como o confronto quase sempre violento com os índios Coroados ou Caingangues, naturais da região, que defendiam suas terras dos invasores. A estrada de ferro teve

¹⁵ As idéias mencionadas nesse parágrafo foram extraídas dos verbetes *território*, *comunidade*, do **Dicionário de Ciências Sociais**. Coord. geral de Benedicto Silva, 2ª ed., RJ: FGV, 1987, p. 1227-9.

grande importância para a região e para o país, pois seria o elo de ligação do oeste do Estado de São Paulo com a longínqua região de Mato Grosso, que precisava ser colonizada, explorada e integrada ao restante do território nacional. O *Trem da morte*, como era conhecida a “Noroeste” no imaginário social da região,

[...] e na concretização de vários símbolos que, na verdade, se reuniam em um só: o TREM, que traz a MORTE, renovando a vida, que justifica o avanço capitalista sob a égide do progresso. [...] O que se viu foi que nas zonas de influência desta estrada, a maioria dos municípios nasceu com a via férrea, e assim de 600 habitantes que existiam no ano de 1905 em Bauru, apenas três anos mais tarde já possuía 8000 habitantes, e vão se configurando cidades como Lins, Penápolis, Birigüi, Araçatuba e outras. [...] Abriam-se novas perspectivas para as atividades agropecuárias; o baixo preço das terras e a **procura de mão de obra para a construção da ferrovia** atraíram para a região levadas de migrantes de áreas distantes onde já se haviam esgotado as condições objetivas de **progresso**, era tudo que se precisava para se tentar estruturar uma região livre, por enquanto, das influências **civilizatórias**. [...] A Noroeste, fruto da expansão capitalista, guiada pelo princípio do progresso, possuía uma característica marcante, ou seja, abrangia as faces estratégica, econômica e internacional, pois, foi projetada como uma estrada de penetração para soldar províncias entre si e estas com a capital do país, consolidando, assim, a Unidade Nacional. Organizaria um esquema de defesa das fronteiras promovendo o povoamento e a colonização de terras quase desertas, principalmente através das Companhias de Colonização, geralmente formadas de capitais mistos nacionais e estrangeiros, com a finalidade de desbravar e povoar as terras dos sertões. (MANFREDI NETO, 1995, p. 17-8, grifos do autor).

É, portanto, a expansão da ferrovia que configura a rede urbana do estado, além de exercer influência nos traçados das cidades, e de empreender o crescimento de pequenos núcleos destinados ao comércio, principalmente o de grandes glebas, “transformadas em mercadoria, onde as figuras dos *homens de negócios* começam a se fazer presentes” (BIZELLI, 1998, p. 62). E, ainda segundo o mesmo autor,

[...] a ocupação do território, a constituição da propriedade de terras (especuladas através das companhias de loteamentos e colonização), a incorporação de propriedades e das relações de trabalho na produção agrícola (como café e outros produtos) para a industrialização, se fez dentro dos moldes de economia agrícola atrasada, conduzindo a região a funções subordinadas de apoio ao processo industrial, como provedora de matérias primas e de alimentos. Assim, a expansão da agricultura se realiza de maneira horizontal com a incorporação progressiva de terras; mas ela se faz já dentro das formas capitalistas de produção, o que significa, de um lado, a captação da região nas regras do mercado e, de outro, o papel do Estado na condução dos rumos do sistema capitalista brasileiro. [...] Esse papel, que não se resume apenas à extensão das ferrovias que, com seus trajetos fixos vão determinando a rede urbana e integrando o território em termos estratégicos-políticos-administrativos, mas também econômico, realizando a expansão horizontal da agricultura. (BIZELLI, *op. cit.*, p. 66-7).

É em dezembro de 1908 que é fundada a pequena estação ferroviária, marcando o quilômetro 281 da Estrada de Ferro Noroeste do Brasil, denominada Araçatuba, “terra dos araçás” no vocábulo indígena, graças a abundância dessa fruta na região. Com o crescimento do povoado foram crescendo também as disputas com os índios, que só cessaram com a sua expulsão da região. Em 1917, o povoado foi elevado a distrito e em 1922 se emancipou (lei nº 1887) na categoria de Comarca, tendo como seu primeiro prefeito, Joaquim Pompeu de Toledo.

Na década de 20, com a instalação da energia elétrica e da rede telefônica, mais de 5000 famílias de agricultores brasileiros, italianos e japoneses já haviam se estabelecido na região, aumentando e diversificando a produção econômica local.

A partir de 1930, o estado de São Paulo passa a concentrar o maior excedente de capital do país oriundo do setor agrário-exportador, especialmente do café,

atuando como agente dinâmico do processo industrial brasileiro, impulsionado pelo desenvolvimento agrícola. Com terras férteis e propícias à lavoura do café, avançadas relações capitalistas de produção, amplo mercado interno aumentado pelo contingente de trabalhadores estrangeiros e eficiente rede ferroviária, importante fator de expansão econômica pela diminuição dos custos da produção agrícola e de transporte além da fixação das populações ao longo do seu percurso necessárias às novas instalações ferroviárias e constantes manutenções da rede, o interior de São Paulo auferiu um extraordinário desenvolvimento econômico. E é dentro do contexto econômico brasileiro heterogêneo, desequilibrado, marcado por um processo de industrialização e inversão de capital cafeeiro concentrado exclusivamente na região urbana de São Paulo, que ocorre o desenvolvimento de Araçatuba, bem como o de todo o interior do estado. Com a crise do café e suas desastrosas conseqüências ao país, também Araçatuba vai sofrer com ela em função de sua economia, baseada em monocultura extensiva, latifundiária e poupadora de mão de obra. Passada a crise, S. Paulo se torna o estado mais rico da federação, mas, continua apresentando as mesmas e graves desigualdades econômico-sociais e desequilíbrios regionais. Longe do centro difusor da industrialização e da riqueza da capital, a cidade passa a viver, já na década de 40, de uma outra monocultura, o *algodão*, que trouxe consigo um pequeno surto de industrialização, com a instalação da SANBRA e da indústria Matarazzo. A população, contudo, continuava predominantemente rural. Já na década de 50, o algodão participava com 76% da economia local, enquanto o café caía para 11%, segundo o IBGE. As amplas extensões de terras e a longa experiência latifundiária no cultivo de produtos destinados aos grandes centros acabaram seduzindo e levando os produtores da cidade à criação de gado, pela qual Araçatuba ficaria conhecida nas décadas posteriores como a *capital do boi gordo*. E a instalação do frigorífico TMAIA (Tião Maia) passou a

ser um dos fatores de maior desenvolvimento da cidade por introduzir uma tecnologia que assegurava a durabilidade da carne e seu transporte para os grandes centros como Rio/São Paulo, contribuindo expressivamente, na década de 60, não só para o desenvolvimento da cidade, como para a riqueza dos pecuaristas aqui instalados.

A população do município passa a ser majoritariamente urbana a partir da década de 70. Essa migração populacional campo/cidade ocorreu em função das políticas governamentais de crescimento econômico dos governos militares, visando a integração nacional com ênfase nas vias de transporte, comunicação e eletricidade. É sob essa égide intervencionista do regime militar, cuja orientação básica era o “desenvolvimento econômico com segurança nacional”, que a região centro-oeste é integrada ao circuito estadual, nacional e internacional. As mudanças na agricultura da região, que resultaram na sua modernização, não foram empreendidas pelo próprio setor, mas, acompanharam as mudanças ocorridas na economia nacional, promovidas pelo Estado intervencionista em associação com os capitais nacionais e internacionais.

[...] Essa inserção teve a seu favor os financiamentos, créditos, etc, assim como a segurança política que afastou os **fantasmas** da reforma agrária, e por outro lado a **subordinou** aos interesses dos setores industriais locais e internacionais, tanto na produção quanto na comercialização. (BIZELLI, *op. cit.*: 91, grifos do autor).

Na década de 70, como resultado da crise internacional e estímulo do governo militar para a produção de fontes alternativas de petróleo, Araçatuba entra numa nova fase de produção econômica, mas ainda dentro das mesmas características das fases anteriores, economia baseada em monoculturas latifundiárias de baixa produtividade e pouca mão de obra: é a hora e a vez da cana de açúcar. Mas, agora, dentro de um programa farto de incentivos públicos para um projeto de salvação

nacional: o *álcool*, combustível *verde e amarelo* que viria substituir o petróleo e as dificuldades geradas pela sua crise internacional. Atualmente, Araçatuba tem 10% de seu território dedicado ao plantio da cana de açúcar e possui 15 destilarias de álcool, duas no próprio município e treze na região, chegando a produção de álcool a 770 milhões de litros.

A agricultura, o comércio, a pecuária e, a partir da década de 70, a produção de cana-de-açúcar para a indústria de álcool, dentro do projeto PROÁLCOOL, continuam sendo as principais determinantes da economia do município. Com a modernização da agricultura e o investimento em tecnologias avançadas, os pequenos produtores e os pequenos proprietários acabaram alijados desse processo, buscando complementação de renda em outras atividades urbanas.

[...] A implantação dos complexos agroindustriais como componentes centrais na forma de produzir altera também as relações de trabalho, colocando-as nas formas claramente industriais. Se ela alterou as condições da produção com a incorporação da tecnologia, na colheita de seus produtos, introduz o trabalho sazonal usando, de maneira intensiva-extensiva, a mão de obra temporária que, com os êxodos provocados pelas próprias mudanças tinha sido expulsa do campo, e passa a ser recrutada para a colheita da cana e do algodão. (BIZELLI, *op. cit*, p. 97).

Na década de 90 a hidrovia Tietê-Paraná passou a ser ativada economicamente e o município foi contemplado com um porto de escoamento de produtos, além de interessante pólo turístico, o *Pólo Hidroviário Industrial e Turístico de Araçatuba*, cuja posição estratégica, próxima à rodovia e ao porto do rio Tietê procura integrar Araçatuba e região ao Mercosul, através da hidrovia.

O comércio no município atende à demanda da população local e regional, (num total de 41 municípios), e é considerado diversificado e mesmo sofisticado, além de responsável pelo emprego de mais de 12.000 pessoas. É

concentrado basicamente no centro da cidade, no *calçadão da Marechal*, e teve suas atividades aumentadas a partir da década de 70 em mais de 48% no comércio atacadista, e em mais de 24% no número de estabelecimentos instalados (segundo dados do IBGE).

Mas é a agro-pecuária a principal atividade econômica da cidade e região, correspondendo à metade de sua área global, grandemente favorecida pelo seu relevo plano e pela facilidade de água e energia elétrica. A pecuária responde por 30% do mercado de carne do estado: são 911 criadores com um rebanho de 500.000 cabeças (de acordo com a Secretaria de Planejamento do Município) cujo comércio é feito, majoritariamente, em torno de novilhos, bezerros e boi magro. Mas Araçatuba também é bastante conhecida nos mercados nacional e internacional, pela excelência da sua produção de *sêmen bovino* de alta linhagem, para matrizes. A produção de leite abastece as indústrias de transformação da região e chega a 25 milhões de litros de leite por ano. A criação de aves, como a *avestruz* está instalada numa das maiores fazendas desta modalidade no país. É considerada muito promissora por trazer um alto retorno ao investimento, graças à rusticidade dos animais, que não requerem maiores cuidados além de se alimentar no próprio pasto. Oferece carne saborosa, saudável, com baixo teor de colesterol e cara, produzindo, cada fêmea, uma média de 70 ovos/ano. São animais com grande aproveitamento final, graças à demanda e valorização do seu couro e penas nos mercados nacional e internacional, variando internamente o preço de sua carne em torno de U\$ 33 a U\$ 48.

A água ocupa um lugar de grande destaque na região de Araçatuba. O Brasil, país dos rios, concentra em seu território de 12% a 16% da água doce do planeta, mas sua distribuição desigual e disponibilidade resultam em diferentes volumes de água *per capita*. O impacto da água nas atividades humanas do planeta demonstra que são 2,4 bilhões de pessoas sem acesso a saneamento básico, causando centenas de milhões de

casos de doenças de transmissão pela água e mais de 5 milhões de mortes por ano, em decorrência dessa falta. (WATELLY)¹⁶.

A infra-estrutura municipal de água e esgoto tratados em 98% é considerada de excelente qualidade, assim como o serviço de energia elétrica, que atende a 99,5% de toda a população, inclusive da zona rural. O município que está localizado a 140 km do conjunto hidrelétrico de Urubupungá, formado pelas usinas de Jupia e Ilha Solteira, considerado o 3º de maior potencial energético do mundo (cerca de 4.600.000 KW) é ainda garantido por extensa rede fluvial e cortado em quase toda sua extensão pelo rio Tietê limpo e despoluído. Dessa rede fluvial faz parte o rio Baguaçu, que abastece de água potável toda cidade.

Abaixo quadro ilustrativo de dados relativos ao perfil econômico do município, segundo a Fundação Estadual de Análise de Dados SEADE, em 2004.

¹⁶ WATELLY Maussia, especial para a Folha de São Paulo, suplemento MAIS, + ciência, p. 9, São Paulo/SP, domingo, 14 de agosto de 2005.

Quadro 1 - Dados econômicos relativos ao Município de Araçatuba, 2004*.

Agências bancárias na Região Administrativa de Araçatuba	117
Arrecadação municipal	\$102.096.000,00
PIB municipal	\$960.000.000,00
Consumo per capita urbano	US\$3.427,54
Consumo per capita rural	US\$1.360,89
Renda per capita anual	\$4.800,00
Ranking nacional de renda per capita	183°
Índice de preços ao consumidor (IPC)	0,14444
Estabelecimentos comerciais	5.037
Estabelecimentos de serviços	3.889
Indústrias	624
Propriedades rurais	92.799,30 Ha
Usinas de álcool e açúcar	02
Produção anual de açúcar	426.092 toneladas
Produção anual de álcool hidratado	314.602 m ³
Produção de álcool anidro	324.414 m ³
Número de cabeças de gado de corte	73.300
Número de cabeças de gado leiteiro	6.850
Número de cabeças de gado misto	22.950
Produção leiteira anual	10.920.000 litros

Fonte: SEADE/Banco de dados de turismo do Baixo Tietê (BANDATUR), 2004.

* Dados oficiais mais atualizados do município até dez/2005.

A fundação da cidade data de 2 de dezembro de 1908, ocasião em que uma pequena estação da Estrada de Ferro Noroeste do Brasil foi inaugurada, recebendo o nome de Araçatuba devido à presença abundante de araçás na região. Inicialmente habitada pelos índios Coroados ou Caingangues, a área testemunhou grandes conflitos. O combate mais marcante ocorreu em 1912, quando os indígenas invadiram o povoado em represália à ocupação. O desbravamento, no entanto, não parou e, por volta de 1914, teve início a venda dos primeiros lotes de terra. Nessa mesma época foi construída a capela de Santo Onofre e, sob a ação de José Cândido que chefiava uma equipe de catequizadores, a resistência foi definitivamente aplacada com a expulsão dos índios para a Serra do Diabo. Afastado o risco das disputas, o povoado pôde, então, se desenvolver e a produção agrícola foi bastante favorecida pelo estabelecimento, cada vez mais intenso, de famílias de agricultores brasileiros, italianos e japoneses. E, em 8

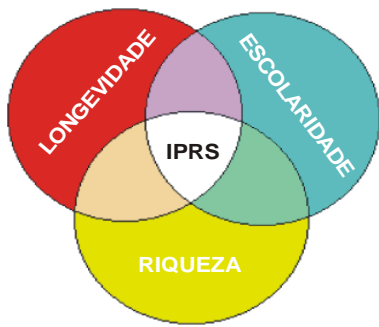
de dezembro de 1921 Araçatuba acabou conquistando sua autonomia político-administrativa.

De acordo com o IBGE¹⁷, a taxa de crescimento populacional de Araçatuba foi de 1,1%, segundo estimativa de julho de 2005, passando a cidade a ter 179.717 habitantes contra os 169.699 em 2000, data do último censo realizado no Brasil. A população da região atingiu 813.341 habitantes, no mesmo período, correspondendo a 2% dos habitantes do estado de São Paulo, cuja população é de 40.442.795 habitantes numa população total do país de 184 milhões. A longevidade da população, expressa pela esperança de vida ao nascer, e seu grau de educação, medido pela combinação da taxa de alfabetização de adultos e a taxa global de matrícula nos ensinos fundamental, médio e superior se constituem nas duas dimensões relevantes propostas pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) para mensurar o nível de desenvolvimento humano (IDH) dos diversos países. O IDH teve um significativo impacto mundial ao sinalizar a proposição de que o desenvolvimento não é sinônimo exclusivo de fazer crescer a produção, mas, sobretudo de melhorar as condições de saúde e de educação da população, considerada parte fundamental do processo de desenvolvimento, em especial levando-se em conta o papel dos Estados nacionais na economia internacional. Um indicador como o IDH não deve ser entendido como a solução final e definitiva para a questão da medida do desenvolvimento (PNUD, 1998). A própria opção por um indicador composto, coloca em questão uma série de novos problemas metodológicos, tais como a exclusão de dimensões como, habitação ou meio ambiente e que peso atribuir às diversas dimensões consideradas, assim como as escalas a adotar. Todas estas decisões mediadas inevitavelmente por juízos de valor

¹⁷ Informação divulgada em 02 de setembro de 2005 pelo jornal Folha da Região, no caderno Cidades, B-1.

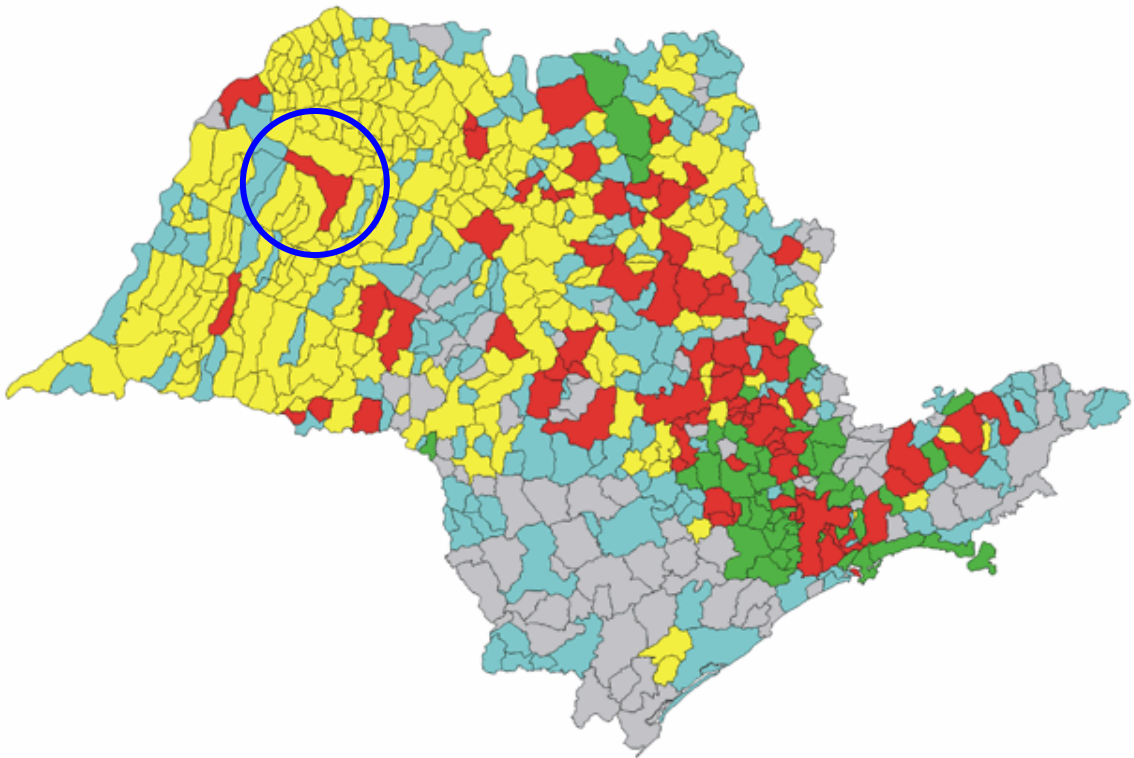
podem afetar o ranking de países e regiões sujeitos à classificação, podendo mesmo trazer extensas repercussões político-eleitorais. Por outro lado, o próprio sucesso do IDH coloca novos desafios do ponto de vista institucional e metodológico. À medida que este indicador, originalmente concebido enquanto instrumento genérico de comparação entre áreas passou a ser adotado pelo administrador público como ferramenta de avaliação de políticas públicas, novos dilemas se colocam, como a avaliação de transformações de curto prazo típicas das políticas públicas, esforços realizados e os seus resultados. Em 2000, o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal de Araçatuba foi de 0,848, classificando o município entre as regiões consideradas de alto desenvolvimento humano (IDH maior que 0,8), ocupando o município a 38ª posição entre os municípios brasileiros e a 12ª em relação aos demais municípios do estado.

O Índice Paulista de Responsabilidade Social (IPRS), metodologia capaz de medir o desenvolvimento segundo a qualidade de vida de seus habitantes, cuja metodologia de resumo de dados adotada e desenvolvida pela Fundação SEADE se apóia em técnicas estatísticas de análise multivariada, possibilita reduzir o conjunto de medidas utilizadas para a quantificação de determinado fenômeno ou processo social. Este indicador sintético considera, além da riqueza municipal através do Produto Interno Bruto (PIB), dois outros aspectos ou dimensões igualmente relevantes para a mensuração do nível de desenvolvimento alcançado por uma cidade, região, estado ou nação: a longevidade da população, indicada pela esperança de vida ao nascer e seu grau de escolaridade, medido por um índice que combina a taxa de analfabetismo da população adulta com a taxa global de matrículas em escolas de níveis primário, secundário e terciário.



Fonte SEADE/2001

Figura 2 - Síntese das variáveis de definição do Índice Paulista de Responsabilidade Social



(IPRS).

- 1 - Pólo
- 2 - Economicamente Dinâmico
- 3 - Saudáveis
- 4 - Em transição
- 5 - Baixo Desenvolvimento

Fonte: SEADE/2001

Figura 3 - Municípios paulistas agrupados segundo IPRS (índice paulista de responsabilidade social), riqueza, escolaridade e longevidade.

Em relação à infra-estrutura de acesso ao município, Araçatuba é provida de extensa malha de transporte rodoviário de boa qualidade. A distância de 530 km que separa Araçatuba de São Paulo é percorrida pelas rodovias Marechal Rondon e Castelo Branco, com pistas duplas em todo percurso que pode ser feito em até cinco horas. O complexo rodoviário Castelo Branco/Marechal Rondon, ligando São Paulo a Três Lagoas é a única via terrestre a cruzar o Estado de São Paulo com pista duplicada, o que proporciona um grande impulso ao transporte de passageiros e de carga entre a capital paulista e o centro oeste brasileiro. Quatro são as rodovias pavimentadas que servem de acesso a Araçatuba, a SP 300 (Rodovia Marechal Rondon que liga São Paulo a Araçatuba e Três Lagoas/MTS); a SP 463 (Rodovia Elieser Montenegro de Magalhães liga a Alta Noroeste a Alta Araraquarense, passando pelo terminal intermodal da Hidrovia Tietê-Paraná); a SP 425 (Rodovia Assis Chateaubriand liga a Alta Paulista a Alta Araraquarense) e a Rodovia Teotônio Vilela que liga Araçatuba a Birigüi.

[...] O sistema viário precisa permitir fluxos rápidos (da força de trabalho, dos consumidores, das mercadorias), e os transportes coletivos também deveriam funcionar como verdadeira “máquina” (e essa foi uma das inspirações do urbanismo modernista). Assim, o espaço pôde dominar o tempo, e a aglomeração fordista fez com que a metrópole fosse encarada como algo a ser domado, disciplinado, ordenado. (VÉRAS, 2001 p.07).

Quanto ao transporte aéreo, o principal terminal aeroviário de Araçatuba é o Aeroporto Internacional Dario Guarita, com 2.100 metros de pista e infra-estrutura de apoio, além de vários, de menor porte e particulares.

No transporte ferroviário, que já foi o mais importante, Araçatuba é hoje servida pela linha-tronco Bauru/SP — Corumbá/MS — Bolívia, primeiro trecho de exploração privatizado do país, em favor da empresa Ferrovia Novoeste S. A., antiga

SR-10 da Rede Ferroviária Federal S. A. (RFFSA). A cidade é rota obrigatória de cargas para o Mato Grosso do Sul e Bolívia. Pela Novoeste (bitola estreita), partem só os produtos para exportação, cerca de 144 mil toneladas/ano de produtos siderúrgicos, vergalhões, polietileno, máquinas e equipamentos agrícolas com destino àquele país. As mercadorias que precisam ser transportadas pela FEPASA (bitola larga) para exportação, via Porto de Santos, como soja, milho, farelo e trigo, que chegam a 35 mil toneladas, são recarregadas em Bauru.

O transporte fluvial pela Hidrovia Tietê-Paraná, ligando o Rio Tietê ao sul de Goiás e ao oeste de Minas Gerais, é um grande reforço para as atuais e futuras empresas instaladas em cidades próximas a terminais de cargas, como Araçatuba. Em seus 2.100 km navegáveis, são transportados 5 milhões de toneladas de carga por ano, movimentando US\$ 300 milhões. Deste total, 1,2 milhões de toneladas são de grãos, soja e milho, exportados através do porto de Santos. As cargas são transportadas em comboios, formados, em geral, por 4 barcaças. Duas delas substituem a viagem de 85 caminhões, com 27 toneladas cada. A média do custo do frete por tonelada, a cada mil quilômetros é de US\$ 10, enquanto pela rodovia e ferrovia é de US\$ 40 e US\$ 30, respectivamente. O terminal intermodal hidroviário da Hidrovia Tietê-Paraná, instalado em Araçatuba e construído como maior píer hidroviário da América do Sul, base estratégica para o Mercosul com seus 150 metros de extensão, expectativa de operacionalização das instalações de 5 milhões de toneladas e investimento de R\$ 20.000.000,00, está desativado desde 2001, com planos de reativação para 2006.



Fonte: Fundação SEADE (BANDATUR).

Figura 4 - Barcaça na hidrovia em Araçatuba.

Em relação ao saneamento básico, água e esgoto mais de 98% de água fluoretada e esgotos tratados são oferecidos, desde 2000. A meta estabelecida pela Organização Mundial de Saúde preconiza que os índices de abastecimento de água potável, coleta de esgotos e seu posterior tratamento em uma cidade seja de 90% para que ela possa ser considerada sanitária e ambientalmente adequada. O Departamento de Água e Esgoto de Araçatuba (DAEA), uma autarquia municipal, criada na década de 60, é o responsável por essa atividade e para atender essa demanda, mantém uma estrutura de produção de água potável tratada e fluoretada suficiente para atender a uma população de 250.000 habitantes de acordo com as taxas de crescimento da cidade até o ano de 2.010.

O serviço de coleta de lixo atende a 100% da malha urbana, coletando a média de 120 toneladas/dia. Em 30% da área da cidade, cerca de 20 bairros, a coleta

seletiva é feita por uma empresa privada. Outros 30%, são feitos através de duas cooperativas, a Acrepom (Associação dos Catadores de Papel, Papelão e Outros Materiais Recicláveis de Araçatuba) e a Coopan (Cooperativa Recicladora dos Amigos da Natureza). A coleta de lixo hospitalar atende a 100% das fontes geradoras, como postos de saúde, unidades básicas de saúde, hospitais, clínicas médico-odontológicas e veterinárias, farmácias e laboratórios de análises clínicas, sendo o total coletado, cerca de 450 quilos/dia, incinerado adequadamente. A empresa concessionária responsável pela coleta de lixo na cidade recolhe cerca de quatro mil toneladas de lixo/mês que são levadas para o aterro, e cerca de 100 toneladas de produtos recicláveis por mês, com a preocupação de não contaminação do lençol freático e preservação do meio ambiente.

O município faz parte do Comitê da Bacia Hidrográfica do Baixo Tietê CBH-BT, instalado em 26 de agosto de 1994 e formada por um presidente, um vice e um secretário executivo. Faz parte da composição do seu plenário 15 prefeitos municipais, 15 dirigentes de órgãos estaduais e 15 representantes de organizações civis. Em termos de saneamento, a bacia do Baixo Tietê detém os melhores índices de saneamento básico do país. A bacia está situada numa área de 15.471 km² dela fazendo parte 42 municípios com uma população de 800.000 habitantes totalmente abastecidos com água, sendo 60% por água subterrânea e 40% por água superficial. Recursos hídricos superficiais em grande abundância, qualidade e disponibilidade, têm como recursos hídricos subterrâneos, o aquífero Bauru - poços com capacidade média entre 10 a 25 m³/h e o aquífero Guarani, a maior reserva estratégica de água doce do planeta, com capacidade de produção de 600 m³/h e índice pluviométrico de 1.303 mm/ano. Esgoto tratado para toda população da bacia e o lixo produzido disposto em condições sanitárias adequadas. A mortalidade infantil por doenças de veiculação hídrica apresentou taxa zero em 35 municípios, cuja média nos demais, é de 4,62 por mil

estado, com grande potencial em agronegócios. A UDOP (Usinas e Destilarias do Oeste Paulista), entidade do setor sucroalcooleiro em franca expansão, principalmente, depois da chegada em 2003 dos veículos bi combustíveis (álcool e gasolina). Congrega 43 usinas dos estados de São Paulo e Mato Grosso do Sul, soma investimentos de US\$ 4,5 bilhões e conta com uma previsão de instalação de vinte e nove usinas na região, além de outras quatro que iniciaram a produção na safra do ano de 2004¹⁸. Juntas, as 61 unidades do Oeste Paulista moeram 82.636.530 toneladas de cana e produziram 3,5 bilhões de etanol e 5,5 milhões de toneladas de açúcar, cujos números equivalem, respectivamente, a 21%, 23% e 21% da produção brasileira de cana, álcool e açúcar. Para a safra de 2005 a projeção é de 16,5 bilhões de litros de álcool e 28 milhões de toneladas de açúcar

[...] Já com a instalação das 29 novas unidades até 2010, a previsão é acrescentar mais 60 milhões de toneladas de cana, que vão ocupar 862,500 hectares de área plantada. [...] Levando em conta o mix de produção de 55% de etanol (90 litros por tonelada) e 45% de açúcar (130 quilos/tonelada), a produção dessas novas empresas será de 2,970 bilhões de litros de álcool e de 3,510 milhões de toneladas de açúcar. (*Opus cit.*)

Esses dados refletem a expansão do setor sucroalcooleiro na região noroeste e sua grande pujança financeira com aumento da oferta de emprego e de pequena parcela de mão de obra qualificada de técnicos e profissionais do 2º e 3º graus para atender à demanda do setor e dos seus segmentos afins. Mas, esses dados não encobrem, porém, o lado perverso dessa realidade de monocultura da cana de açúcar no noroeste do estado de São Paulo, o mais rico e desenvolvido do país. Terras agricultáveis de boa qualidade para a produção de grãos e para a agricultura familiar e

¹⁸ NOGUEIRA, Alessandra. “Em expansão, UDOP completa 20 anos”. Artigo extraído do jornal Folha da Região, caderno Economia, A-3. Araçatuba/SP, 23 de nov, 2005.

de subsistência de pequenos e médios produtores são agora muito escassas na região. O setor sucroalcooleiro mantém a tradição da história econômica da região latifundista, incorporando terras para o cultivo da cana através de arrendamentos e transformando pequenas propriedades rurais num *continuum* da mesma produção agrícola. A alta racionalização empresarial do setor sucroalcooleiro com a adoção dos padrões internacionais de produção dos países desenvolvidos, exigência do capitalismo internacional, foi responsável pela adoção de técnicas e tecnologias de ponta poupadoras de mão de obra, aumentando o desemprego estrutural, mas preservando o aumento de produção, com redução de gastos aí incluindo o fator trabalho. Esse crescimento econômico da região aliado à já intensa concentração de renda tem gerado graves complicações sociais com a mão de obra sazonal, os bóias-frias e sua contratação, muitas vezes irregular de outras partes do país especialmente do nordeste. Tais fatores têm agravado a desigualdade econômica e a instabilidade social, como têm atestado a grande alta de crimes da região. A expansão desordenada da monocultura da cana de açúcar também vem causando impactos ambientais negativos, como assoreamento dos rios e riachos, utilização de agrotóxicos em larga escala e extinção da fauna e flora nativas, além dos sócio-econômicos, inviabilização da agricultura familiar, expulsão de pequenos produtores rurais de suas terras, trabalho escravo, favelização dos centros urbanos.

[...] O avanço das fronteiras agrícolas no país e a expansão das monoculturas trouxe nas últimas décadas uma transformação das relações de trabalho no campo. As monoculturas exigem para uma alta produtividade o uso de agrotóxicos de forma intensiva e colocam sob risco de intoxicações os trabalhadores dessas lavouras. O mesmo fato determina danos irreparáveis ao meio ambiente pela contaminação dos sistemas fluviais, repercutindo assim sobre a saúde de toda a população. (WÜNSCH FILHO, 2000, p. 321)

Também do ponto de vista do grande produtor rural, é importante destacar a entrevista do novo presidente do Sindicato Rural da Alta Noroeste (SIRAN), gestão 2006-2008, ao jornal local¹⁹. Ele apontou como um dos problemas enfrentados pelo setor, o que envolve a expansão da cana de açúcar na região Oeste Paulista, pois “temos receio de que os arrendatários fiquem nas mãos das usinas”. O atual presidente, que é pecuarista e fornecedor de cana, observou ainda que as usinas começam a fazer exigências que antes não faziam, como as que envolvem a qualidade da cana e a topografia das terras. “Quem garante que os produtores não sejam surpreendidos com a cartelização por parte da indústria, como ocorre hoje nos frigoríficos, que colocaram o produtor de carne debaixo do balaio?”

O clima da região, quente e seco, com média anual de 30°C praticamente o ano todo, e breve período de inverno seco com temperaturas variáveis entre a mínima de 6°C e a máxima de 41°C, também vem sofrendo grandes transformações. Um grande canavial foi no que se transformou a região noroeste de São Paulo, impossibilitando se pensar em desenvolvimento sustentável nessas condições.

A crítica questão do meio ambiente, saúde pública e violência. Em defesa da vida

As histórias, recentes e antigas, de crimes contra ambientalistas chamam atenção também para um outro problema que vem sendo cada vez mais discutido e apropriado pelas instituições da saúde pública brasileira. Seja nas grandes cidades ou no campo, em virtude do caos urbano ou da luta por terras no meio rural, a violência tem sido apontada como um grave problema de saúde pública, inclusive, por ser uma das maiores causas de morte no país. Segundo o IBGE, a taxa de mortalidade

¹⁹ NOGUEIRA, Alessandra. Jornal Folha da Região, 03/01/06, A-3. Araçatuba/SP, 03/01/06.

por homicídios cresceu 130% de 1980 a 2000. [...] "A violência é uma questão epidêmica, agir contra a violência e sair em defesa da vida, uma luta histórica dos sanitaristas no Brasil," opina Luiz Odorico de Andrade, presidente do Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS).

[...] Há cada vez mais consenso de que todas essas ações, lutar pelo meio ambiente, garantir os direitos de grupos marginalizados ou expropriados por interesses econômicos e agir contra a violência são apenas formas diferentes de se defender a vida. E, esse ninguém tem dúvida: é um problema da saúde pública. Não é incomum a quem trabalha em saúde ambiental ouvir, de modo indignado, que só pensamos em saúde. É um vício de origem, porque de fato teimamos que a saúde deve ser construção de espaços, possibilidade de desenvolvimento, preservação e evolução de direitos e deveres, diz Waissman. E conclui: idéia de quem gosta de gente. (WAISSMAN, 2005, p. 3-4)²⁰.

Violência urbana e desigualdade

Pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde²¹ revela que o índice nacional de óbitos por arma de fogo foi reduzido em 8,2% em 2004, ano em que teve início a Campanha do Desarmamento. Segundo a pesquisa, é a primeira vez em 13 anos, desde 1992, que o número de mortos cai por essa causa no país. Essa queda verificada em comparação a 2003, representa 3.234 vítimas a menos. A Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) do Ministério da Saúde apurou que em 2004 foram 36.091 mortos por arma de fogo, em 2003 foram 39.325, ou seja, 108 pessoas por dia, ou nove a cada duas horas. Essa redução foi verificada em 18 estados e, mesmo naqueles em que ocorreu crescimento da taxa de mortalidade, esse índice foi em menor do que nos anos

²⁰ Extraído do Informativo da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – ABRASCO, ano XXI, abr. 2005, nº 93.

²¹ Extraída do *site* do Ministério da Saúde. Pesquisa editada em 02/09/2005, e disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/noticias_detalhe.cfm?co_seq_noticia=19847>. Acessada em 05/09/05.

Fonte: Ministério da Saúde, *op.cit.*

anteriores. Em números absolutos, o estado que mais contribuiu para a redução da taxa em 2004 foi São Paulo, com menos 1.960 mortes, seguido pelo Rio de Janeiro com 672 mortes a menos. As mortes por arma de fogo vêm atingindo, de 1992 a 2004, especialmente homens jovens (entre 10 e 29 anos) e matando mais do que doenças respiratórias, cardiovasculares, câncer, aids e acidentes de trânsito. A Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) realizou a pesquisa cruzando dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) do Sistema Único de Saúde (SUS) com o número de armas recolhidas durante a Campanha do Desarmamento, registrado no Ministério da Justiça.

Abaixo quadros ilustrativos com o número de óbitos por arma de fogo, de 1992 – 2004 no Brasil, e de óbitos por arma de fogo segundo região/estado, de 2001-04.

Tabela 27 - Número de óbitos por arma de fogo, de 2001 – 2004, no Brasil.

ANO	BRASIL
2000	34.985
2001	37.122
2002	37.979
2003	39.325
2004	36.091

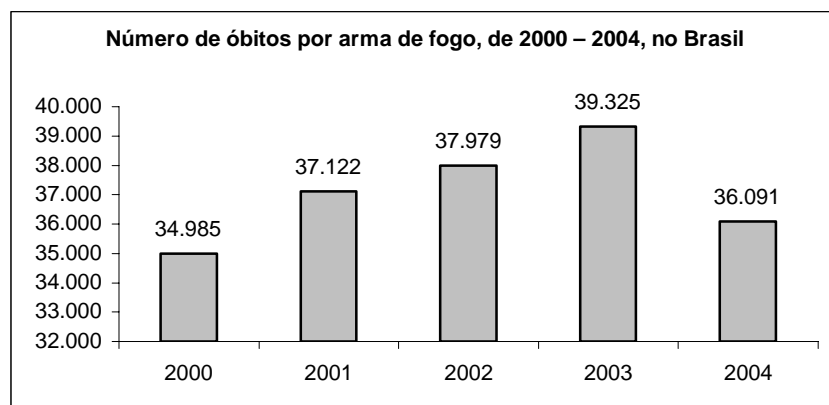


Gráfico 29 - Número de óbitos por arma de fogo, de 2000 – 2004, no Brasil

Tabela 28 - Número de óbitos por arma de fogo na região sudeste, por estado e ano.

ANO	ES	MG	RJ	SP	TOTAL
2001	1.046	1.759	6.697	11.410	20.912
2002	1.247	2.218	7.207	10.230	20.902
2003	1.209	2.997	6.804	10.097	21.107
2004	1.211	3.214	6.132	8.137	18.694

Fonte: *Idem, ibid.*

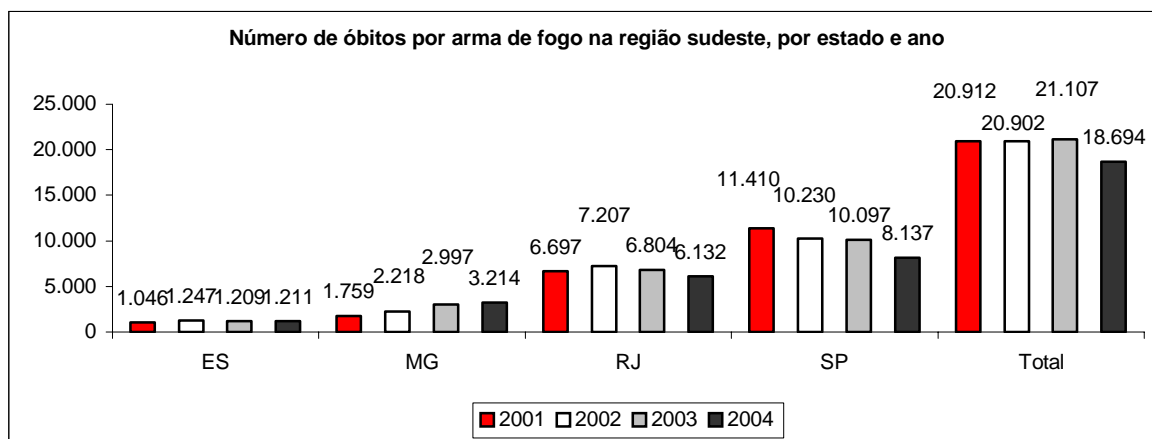


Gráfico 10 – Número de Óbitos Por Arma de Fogo na Região Sudeste, Por Estado e Ano

[...] Estima-se, no entanto, que os dados publicados pelo SIM abrangem cerca de 75% do total de óbitos ocorridos no país (Ministério da saúde, 1993). Esses percentuais variam de uma região para a outra, assumindo-se que os registros sejam praticamente completos no Sul e Sudeste, ao passo que no Norte, Nordeste e Centro-Oeste o sistema alcançaria uma cobertura ao redor de 70%. [...] Outro problema refere-se à proporção de causas mal definidas entre as causas de morte declaradas nos atestados. Para o Brasil como um todo, essa proporção fica em torno de 20% dos óbitos, mas chega a alcançar até 50% em alguns estados do Nordeste (Ministério da Saúde, 1993). Tal fato se repete também em relação à subdivisão das causas violentas. Para o país como um todo, o agrupamento “demais causas externas” correspondeu, em 1988, a 15% do total de mortes violentas, mas no Estado do Rio de Janeiro, por exemplo, o mesmo agrupamento correspondeu a quase 50% das causas externas. Evidentemente, essa imprecisão das declarações compromete uma análise mais detalhada da questão. (CAMARGO et al, 2000, 258-9).

Em que pese o aumento da violência, fenômeno que vem ocorrendo praticamente em todas as cidades do porte de Araçatuba, os níveis de marginalidade na cidade são considerados satisfatórios e ocorrem abaixo da média verificada em cidades do mesmo porte de Araçatuba, conforme pesquisa feita pelo Instituto Braudel nos 60 municípios do Estado de São Paulo com população acima de 100.000 habitantes. De acordo com essa pesquisa realizada entre 1995-8, Araçatuba estava em 44º lugar no ranking estadual de violência, com uma média de incidência de homicídios, furtos, roubos e furtos de veículos (1º lugar Praia Grande). Atualmente, a cidade é apontada como uma das mais violentas da região, com um aumento de 33% do número de homicídios em relação a 2004, perfazendo um total de 28 casos até o final de julho/05, contra 21 casos em 2004.

Tabela 29 - Ocorrências anuais/Araçatuba²²

Anos	Homicídio Doloso	Furto	Roubo	Furto e Roubo de Veículo
2000	24	3.893	719	366
2001	38	4.475	596	354
2002	31	4.954	743	343
2003	33	5.780	555	346

Fonte: Secretaria de Segurança Pública do estado de São Paulo – SSPSP
Até 2000: dados da Res SSP 150/95. - 2001: *Idem* 160/01.

²²Disponível em <http://www.seguranca.sp.gov.br/estatisticas/pormunicipio.aspx?codigo=32>. Acessado em 14 set. 2005.

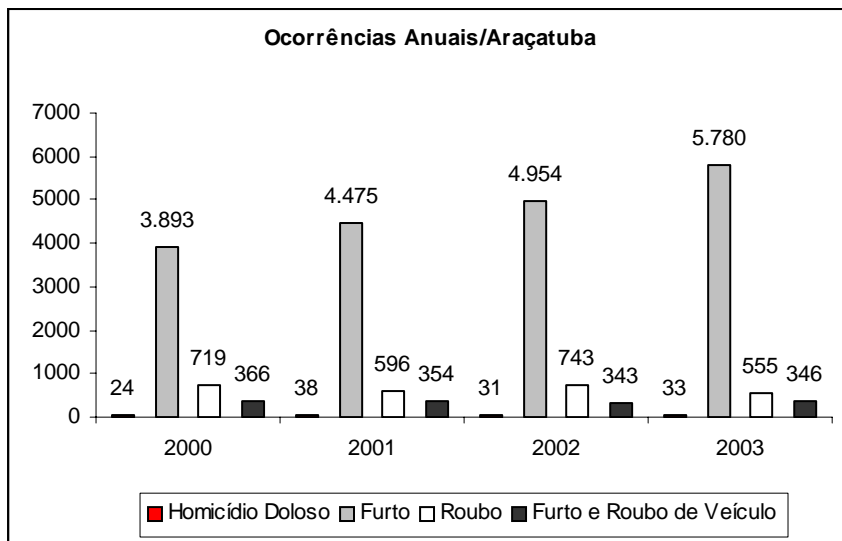
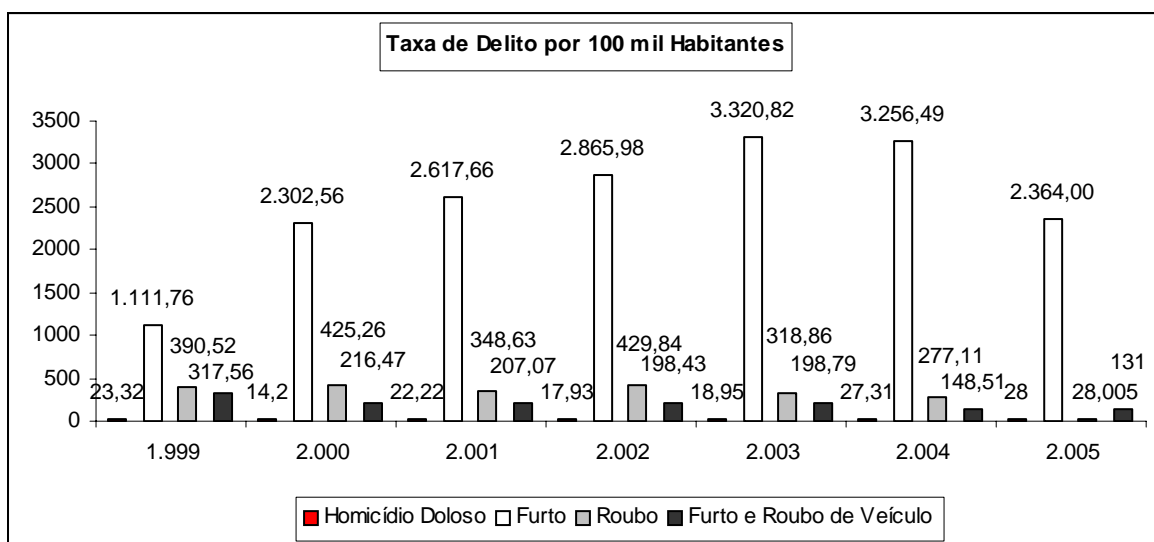


Gráfico 31 – Ocorrências Anuais / Araçatuba

Tabela 30 - Taxa de delito por 100 mil habitantes

Ano	Homicídio Doloso	Furto	Roubo	Furto e Roubo de Veículo
1999	23,32	1.111,76	390,52	317,56
2000	14,2	2.302,56	425,26	216,47
2001	22,22	2.617,66	348,63	207,07
2002	17,93	2.865,98	429,84	198,43
2003	18,95	3.320,82	318,86	198,79
2004	27,31	3.256,49	277,11	148,51
2.005* (até o mês 06)	28	2.364,00	28,005	131



Fonte: Secretaria de Segurança Pública do estado de São Paulo – SSPSP.

** Dados publicados pelo Jornal Folha da Região, B-3, Araçatuba/SP, 02/09/05.

Gráfico 32 – Taxa de Delito por 100 mil Habitantes

Mas, foram 57 os homicídios registrados em Araçatuba até o último dia do ano de 2005, segundo a reportagem de Roberto Alexandre²³, constituindo-se no maior recorde já existente na cidade, que registrou 50 homicídios em 2004 e 33 em 2003. Essa tendência de crescimento da violência no município²⁴ foi apontada por uma recente pesquisa da Fundação SEADE (Sistema Estadual de Análise de dados Estatísticos) em âmbito estadual sobre as mortes provocadas por atos violentos. Os registros de homicídios dolosos (em que os criminosos têm a intenção de matar a vítima) e os latrocínios em Araçatuba aumentaram 11,5% entre 1999 e 2004. Mas se incluirmos todos os tipos de mortes por agressão, o aumento foi de 33%. Desemprego, uso e tráfico de drogas ilícitas, alcoolismo, desestruturação familiar e falência dos valores morais foram apontados pelo delegado titular da DIG (Delegacia de Investigações Gerais) para o aumento dos homicídios na cidade, por ocasião da divulgação da pesquisa,

“Aos 12 anos, 13% dos estudantes já usaram droga ilícita no Brasil”. Com esse título é iniciada a reportagem sobre o levantamento feito pela Secretaria Nacional Antidrogas, apontando ainda para a de maior sucesso entre os jovens, o consumo de álcool²⁵. Entre os 48.155 jovens que participaram da pesquisa, 41% já tinham usado bebidas alcoólicas entre os 10 e 12 anos e aos 18 anos, 81% deles já o tinham bebido, 11,7% afirmaram que faziam uso freqüente de bebidas alcoólicas (no mínimo seis vezes por mês), enquanto 6,7% faziam uso pesado (pelo menos 20 dias por mês). Dessa forma, o álcool foi considerado pelos pesquisadores um “grande problema de saúde pública”. Entre as drogas ilegais, destaque para os solventes (cola de sapateiro,

²³ Extraído do Jornal Folha da Região, cidades B-1, Araçatuba/SP, 03 de jan. de 2006.

²⁴ MORALES, Eloísa. Artigo extraído do jornal Folha da Região, cidades B-1, Araçatuba/SP, 9 de dez. de 2005.

²⁵ Extraído do jornal Folha da Região, A-4, Araçatuba/SP, em 04/06/05.

acetona e benzina) que apesar de terem venda restrita, são comuns no comércio por serem usadas para outros fins, sendo o Brasil o campeão no uso de solventes, em comparação com outros 24 países. O levantamento mostra, principalmente, que o uso de drogas por alunos é uma realidade nas escolas o que afeta o seu desempenho escolar. Dentre os 48 mil alunos entrevistados, 54,4% dos que já haviam usado algum tipo de droga estavam pelo menos um ano atrasados em relação à série correta para sua idade e tinham faltas constantes. De acordo com o secretário nacional antidrogas, Paulo Roberto Uchoa, o resultado da pesquisa mostra que a prevenção ao uso de drogas deve começar muito cedo, pois o consumo também começa cedo.

Já o editorial de 24 de maio do mesmo jornal²⁶ faz uma comparação entre os dados estatísticos do país indicando o aumento da longevidade e o avanço da criminalidade e os acidentes de trânsito que encurtam a vida da população brasileira em cinco anos, principalmente dos homens jovens. Também em Araçatuba essa mesma realidade perversa se repete. A cada grupo de quatro pessoas assassinadas na cidade, três têm menos de 30 anos de idade, com um impacto social muito maior, pois desequilibra as famílias, tanto da vítima quanto do agressor, destrutura a população que vive insegura e desgasta com sua impotência a polícia e a justiça diante do avanço da criminalidade. E conclui que exigir das autoridades em todos os níveis uma política que garanta educação e emprego para os jovens é uma forma de se buscar a diminuição da criminalidade. A situação é tão grave que o governo federal deveria considerar o problema da violência que atinge a população jovem como uma epidemia e tratá-la com prioridade, assim como o fez, eficazmente, no combate à AIDS.

²⁶ Jornal Folha da Região, A-2, Araçatuba/SP, 24/05/05.

Educação e cidadania: faces diferentes da mesma problemática social

Recente estudo²⁷ sobre a relação entre desigualdade social e educação aponta que a educação determina a desigualdade, sendo por esse motivo fundamental recuperar instituições de ensino para reduzir condições desiguais de competição na sociedade. Para se tornar inteligível e alvo de políticas públicas eficazes, a desigualdade social pode ser entendida como produto de pelo menos dois fatores: a desigualdade de renda e a desigualdade de oportunidades. Interessados em compreender o funcionamento dessa dinâmica no Brasil, se basearam no suplemento da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 1996 e verificaram o grau de influência de algumas circunstâncias no total da desigualdade social. O estudo decompõe a desigualdade em duas: desigualdade por renda e por oportunidades, que são decorrentes de circunstâncias observáveis e não observáveis, ou seja, averiguadas ou não em estatísticas. Entre as circunstâncias possíveis de serem observadas através da PNAD, como sexo, raça, região, além de educação e ocupação dos pais, a educação apresenta o maior peso na determinação da desigualdade, onde a raça, segundo Francisco Ferreira, ainda é importante. Porém mais importante do que a raça é a transmissão da herança familiar educacional, que responde por cerca de três quartos da desigualdade de oportunidades, e a região de origem do indivíduo, a de menor peso entre as variáveis, apesar das diferenças regionais, principalmente em relação às diferenças entre os estoques de educação e raça. Para ele, a desigualdade de oportunidades não se esgota nessas circunstâncias, entre as quais destaca a qualidade da educação como uma circunstância não observável e uma das determinantes da

²⁷ Estudo realizado pelos economistas Francisco Ferreira e François Bourguignon, do Banco Mundial, e Marta Menéndez, do Departamento e Laboratório de Economia Teórica e Aplicada (Delta) da Escola de Altos Estudos em Ciências Sociais, da França. Eles elaboraram o estudo *Inequality of Outcomes and Inequality of Opportunities in Brazil* (Desigualdade de resultados e desigualdade de oportunidades no Brasil), disponível para discussão nos sites do Delta e do Departamento de Economia da PUC-Rio, onde Francisco Ferreira é professor visitante. In: PARAGUASSÚ, Lisandra. Disponível em www.radiobras.gov.br acessado em 07/12/04.

desigualdade de oportunidades, que condiciona também à desigualdade de renda que não é capturada pelas estatísticas que medem apenas a educação em termos quantitativos em anos de estudos, sem determinar sua qualidade. Já a desigualdade de oportunidades se relaciona a fatores exógenos, de influência recíproca. O estudo reforça a idéia de que a instituição fundamental para diminuir as desigualdades é a escola, que deve ser capaz de minimizar as desigualdades e reduzir a defasagem escolar dos pais em relação aos filhos.

Se for considerado somente o impacto sobre a educação²⁸, as regiões africanas atingidas pela Aids serão, num longo prazo de 20/30 anos, um quarto mais pobres do que seriam sem os males da epidemia, foi o que concluíram os pesquisadores Pedro Cavalcanti Ferreira e Samuel Pessoa. Eles estudaram as conseqüências da epidemia da Aids na África e o resultado aparece no trabalho *The Long-Run Economic Impact of Aids* (O impacto econômico de longo prazo da Aids). Para eles, pouco tem se feito no combate à doença, demonstrando que a catástrofe à vista serve de amostra de como crises de saúde pública podem se transformar em crises de desenvolvimento. De acordo com simulações matemáticas testadas num arcabouço teórico desenvolvido pelos pesquisadores, a região da África Subsaariana será, no futuro, um quarto mais pobre do que poderia ser sem o impacto da Aids. E a escolaridade, já tão baixa, cairá pela metade. Os estudos de Cavalcanti e Pessoa estão baseados no tripé longevidade-educação-renda. Estudando a relação entre educação, produtividade, taxaço sobre capital e educação no nível de renda no longo prazo, Cavalcanti e Pessoa detectaram distorções derivadas do modelo matemático. "Vimos países que tinham muito pouca escolaridade, mas incentivos bons. Um país, por exemplo, com cinco anos de média de escolaridade, mas incentivos melhores do que os da França", conta Cavalcanti. O fator, que fazia toda a

²⁸ Extraído do Instituto de Estudo do Trabalho e Sociedade (IETS), disponível em <http://www.iets.org.br>, acessado em 30/11/04.

diferença nesse caso, era a expectativa de vida. Em Angola, por exemplo, incentivos para aumento de escolaridade pouco importam diante de milhares de mortes decorrentes seja da Aids, seja da guerra civil. Nesse sentido, enquanto, desde o século XVIII, o mundo segue em direção a altas taxas de longevidade, na África da última década acontece o inverso. Em vez de aumentar, a expectativa de vida está caindo. E ela está relacionada à educação, em parte pela baixa expectativa, pessoas se educam menos, o que gera um impacto em suas rendas e na do país. E o estímulo de investir num país menos educado é menor, de acordo com Cavalcanti. O que ocorre em países como Botsuana, Zimbábue, Zâmbia, Lesotho, África do Sul, Quênia, Tanzânia e Namíbia é a formação de uma geração cujo horizonte de vida é de 40 anos. Enquanto a expectativa de vida de Botsuana era de 61 anos em finais da década de 80, hoje ela é de 39 ou 40 anos, de acordo com dados da UNAIDS (braço das Nações Unidas dedicado ao acompanhamento do assunto). Calcula-se, segundo Cavalcanti, que cerca de 40% da população esteja infectada, gerando um grande impacto sobre a vida dos africanos, que se explica por um mecanismo simples de sobrevivência.

[...] As pessoas estão olhando para o lado e vendo todo mundo morrendo como mosca. [...] Dado que a pessoa tem como expectativa de vida morrer aos 30 ou 40 anos, estudar 3 ou 4 anos é o bastante. A questão, no entanto, não é só de apatia diante da vida. Diariamente, crianças ficam órfãs e vivem sem ter como custear sua educação. O mecanismo tradicional é o de que o pai financia a educação dos filhos, que terá maior capital humano e, em decorrência, renda também maior. O filho por sua vez vai poupar e financiar seus próprios filhos, permitindo o crescimento do país. Na África, o mecanismo é inverso os pais ficam doentes e têm menos dinheiro para investir. Gastam com o tratamento ou morrem, e os filhos têm que ir imediatamente para o mercado de trabalho. Numa síntese matemática, filhos pouco educados = renda reduzida = país mais pobre. Bastou uma geração inteira ser infectada e a situação é propagada para outras gerações. Além da

educação, também há uma relação direta sobre a produtividade. Se a pessoa é menos produtiva, isso vai ter um impacto sobre a economia do país, diz o pesquisador. A maioria dos infectados está na fase produtiva – entre 15 e 49 anos. Além do absenteísmo, há custos das empresas com programas de saúde e enterros. Por questão cultural, aos enterros se dedica até três ou quatro dias. [...] Mas, a baixa produtividade não é o que há de pior nesse cenário epidêmico, pior são os mecanismos de transmissão entre expectativa de vida e financiamento de pai para filho. O impacto sobre a educação é a longo prazo, e isso, para mim, é muito mais importante. (CAVALCANTI, *opus cit.*)

CAPÍTULO III. SERVIÇOS PÚBLICOS ESSENCIAIS: UM DESENHO INSTITUCIONAL DO SERVIÇO PÚBLICO DE SAÚDE DE ARAÇATUBA/SP.

Neste capítulo será abordado o desenho institucional dos principais serviços públicos de saúde local, abordando a trajetória *sui generis* dos conselhos municipais de saúde, desde 1998, data de implantação da municipalização plena da saúde no município. O programa de atenção básica da saúde da família terá um destaque especial por sua especificidade e características especiais no atendimento da população, como forma nova de tratar velhas questões.

Municipalização da saúde e a questão sanitária municipal

A partir da promulgação da Nova Constituição Federal em 05/10/1988 várias mudanças e significativos avanços no sistema de proteção social foram implantados, através de um integrado conjunto de ações, com a finalidade de garantir os direitos do cidadão à saúde, assistência e previdência social, tais como:

[...] **universalidade** do direito aos benefícios previdenciários a todos os cidadãos, constituintes ou não do sistema, a **equidade** ao acesso e na forma de participação no custeio, a **uniformidade** e **equivalência** dos benefícios e serviços, a **irredutibilidade** do valor dos benefícios, a **diversidade** da sua base de financiamento, e a gestão administrativa **descentralizada**, com participação da comunidade. (COHN, 96: 28-9, grifos da autora).

Na Constituição de 88, em seu capítulo Saúde (artigos 166-200) onde trata da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), fica estabelecido como seu eixo

central a municipalização do sistema, sendo total a responsabilidade do município pela organização, planejamento, integração e operacionalização das ações de Saúde, de acordo com um Plano Diretor e efetiva participação e controle social, exercidos pelo Conselho Municipal de Saúde (CMS) local. Além disso, o município tem que destinar pelo menos 10% (dez por cento) do seu orçamento público municipal, para ser alocado ao Fundo Municipal de Saúde (FMS), cuja gestão é responsabilidade do Conselho Municipal de Saúde. Esse índice mínimo de 10% no Orçamento Público Municipal e que se constitui numa exigência legal, é a contrapartida financeira de responsabilidade do município no processo de municipalização da saúde.

Em Araçatuba, de uma forma bastante atípica, tanto a municipalização, quanto a gestão plena do sistema de saúde, só foram assumidas pelo município a partir de 1º de maio de 1998. E é somente a partir dessa data que o município, através de seus representantes no Conselho Municipal de Saúde (CMS), passa a exercer a totalidade da responsabilidade no gerenciamento do modelo assistencial de saúde, respondendo pelas ações de saúde no município. O município de Araçatuba, que ainda não havia sido enquadrado em qualquer tipo de modelo de gestão da saúde preconizado pela NOB 93, teve seu processo de municipalização aprovado pelo Governo Federal/Ministério da Saúde e implantado a partir de maio de 98, na condição de Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde. Essa habilitação, sem passar por qualquer modelo de transição anterior, faz do processo de municipalização vivido por Araçatuba um processo *sui-generis*, diferente dos outros ocorridos nas outras cidades da região e do estado de São Paulo e contribuiu para as modificações e dificuldades vividas posteriormente.

Com o desenvolvimento do capitalismo, a organização urbana se amplia, tornando-se cada vez mais difícil manter a distinção público/privado, marcando especificamente a organização política do espaço, acarretando a discussão do papel do Estado no sistema econômico e social. O processo social, assim, se expressa no espaço urbano. (VÉRAS, 2000, p. 97)

Os conceitos de público e privado²⁹, que num primeiro momento parecem ser facilmente identificáveis, têm sido palco de muita polêmica especialmente no que diz respeito às entidades mistas para as quais esses conceitos de público, público não-estatal e privado são, muitas vezes, interligados em suas interpretações. Para Bresser Pereira (1999, p. 21),

[...] o público, entendido como o que é de todos e para todos, se opõe tanto ao privado, que está voltado para o lucro ou para o consumo, como ao corporativo, que está orientado para a defesa política de interesses setoriais ou grupais (sindicatos, etc.) ou para o consumo coletivo (clubes). Por sua vez, dentro do público, pode-se distinguir entre estatal e público não-estatal. (PEREIRA, 99: 21).

E, ainda segundo o mesmo autor,

[...] o setor produtivo não-estatal é também conhecido por “terceiro setor”, “setor não governamental” ou “setor sem fins lucrativos”, isto é, o “público não-estatal” designação da qual fazem parte as organizações ou formas de controle “públicas” porque voltadas ao interesse geral, são “não-estatais” porque não fazem parte do aparato do Estado, seja por não utilizarem servidores públicos, seja por não coincidirem com os agentes políticos tradicionais. A expressão “terceiro setor” pode considerar-se também adequada na medida em que sugere uma terceira forma de propriedade entre a privada e a estatal, mas se limita ao não estatal enquanto produção, não incluindo o não-estatal enquanto controle. Enfim, o que é estatal é, em princípio, público. Mas o que é público pode não ser estatal, se não fizer parte do aparato do Estado. (*Idem*: 16-17). Para Ruth Cardoso, o conceito de

²⁹ Sobre esse tópico, confronte Smolentzov (2000).

terceiro setor descreve um espaço de participação e experimentação de novos modos de pensar e fazer sobre a realidade social. É um campo marcado por uma irreduzível diversidade de atores e formas de organização. (*apud* PEREIRA, 1999, p. 37).

Esta forma de encarar as questões públicas tem sido motivo de grandes dificuldades nesse novo arranjo entre o público estatal e não-estatal e a participação social no resgate da cidadania, como mecanismo para tornar mais eficiente a gestão pública e estabelecer um novo padrão de administração pública, capaz de resgatar a credibilidade do setor junto à comunidade. Apesar dos direitos de participação e acesso às informações públicas estarem assegurados pela Constituição a todos os cidadãos, eles acabam sendo negados a uma grande parte da população, tanto pela desinformação desses direitos, como pela dificuldade de entendimento dessas informações que são, em geral, extremamente técnicas e cifradas. Esta prática acaba desanimando uma grande parcela da população de se inteirar, fiscalizar, discutir e participar das questões públicas, como deveria fazer todo e qualquer cidadão, no exercício de seus direitos. O resultado mais imediato de tudo isso, acaba sendo o de assegurar na prática, a reprodução social do modelo capitalista mais perverso de desigualdade econômica, política e social, numa sociedade extremamente concentrada em renda e poder, e pouco acostumada a se preocupar com as questões básicas da maioria da população, e de suas principais aspirações. De forma oposta, “nas sociedades democráticas mais modernas se aceita como natural e espera-se que os governos – e o serviço público – sejam responsáveis perante os cidadãos”. (CAMPOS, 1990, p. 30). Esta prática acaba resultando no comportamento do cidadão brasileiro que age como tutelado e não como *senhor*, no seu relacionamento com as repartições públicas. Questões como estas servem para reafirmar a necessidade da participação social nas questões públicas, e aumentar as possibilidades de proteção do cidadão contra esse mau tratamento da burocracia, daí decorrendo que

uma sociedade para atingir certo nível de organização de seus interesses públicos e privados, precisa antes se tornar capaz de exercer controle sobre o Estado. A extensão, qualidade e força desses controles é consequência do fortalecimento da malha institucional da sociedade civil. (*Op. cit*, p. 33-5).

A delicada questão que estrutura os laços entre sociedade e Estado no Brasil se baseia, para Nunes (2003), num modelo onde existem quatro padrões institucionalizados de relações ou “quatro gramáticas”, o clientelismo, o corporativismo, o insulamento burocrático e o universalismo de procedimentos. O clientelismo faz parte da tradição secular brasileira e seus outros dois nomes são patrimonialismo e fisiologismo; já as outras três instituições emergem nos anos 30, sob o governo de Getúlio Vargas que irá viabilizar a construção de um Estado nacional aliado a um poderoso processo de industrialização no Brasil. A partir daí, as quatro gramáticas passam a conviver, interagir e se amalgamar com os arranjos clientelistas previamente dominantes, de maneira variada, dependendo do momento.

[...]. Durante os 15 anos do primeiro governo Vargas (1930-45), três novas gramáticas para as relações entre Estado e sociedade foram experimentadas pelas agências e regulamentos recém-criados: implementou-se a legislação corporativista, e foram criadas instituições corporativistas; ensaiou-se o insulamento burocrático, através da criação de novas agências e empresas estatais; buscou-se instaurar o universalismo de procedimentos, principalmente através de tentativas de reforma do serviço público e da implantação de um sistema de mérito. Estas novas gramáticas “modernizantes” interagiram com uma antiga, o clientelismo, que foi traduzido para as instituições formais por meio da operação de um sistema político que beneficiava os grupos locais e estaduais remanescentes do período altamente descentralizado da República Velha, no qual as máquinas políticas desempenharam um papel fundamental. (NUNES, 2003, p. 47). [...] O corporativismo emprega comandos universais e organiza horizontalmente várias instâncias de unidades sociais; o clientelismo

permeia muitas instituições, fornece uma gramática compreensível para o sistema de relações sociais e políticas, atravessa distinções de classe e organiza verticalmente a sociedade. O universalismo de procedimentos confere uma aura de modernidade e de legalidade pública ao sistema político e às instituições formais. [...] O insulamento burocrático é uma forma de evitar o controle e o escrutínio públicos sobre as atividades do Estado; uma forma de perseguir a eficiência econômica, o desenvolvimento e a privatização seletiva das benesses que provêm do controle de parcelas substanciais do aparelho produtivo do Estado. (*Idem, ibid*, p. 122).

A constituição dos serviços públicos municipais: engenharia institucional e realidade sanitária do município – os equipamentos de saúde.

Muitos são os desafios para viabilizar a efetiva participação da sociedade nas políticas sociais, especialmente no que diz respeito à saúde. Por isso é impossível deixar de mencionar a tão antiga falta de transparência na prestação de contas e no gerenciamento dos bens públicos, além da falta de visibilidade política nas atividades públicas que já se constituem parte integrante da cultura política do autoritarismo brasileiro. Para que uma sociedade atinja um certo nível de organização de seus interesses públicos e privados, precisa antes “se tornar capaz de exercer controle sobre o Estado e a extensão, qualidade e força desses controles são consequência do fortalecimento da malha institucional da sociedade civil”. (CAMPOS, 1990, p. 35). Essa deve ser, portanto, a preocupação de todo cidadão com a atividade política, no sentido clássico e moderno do termo, significando tudo o que se refere à cidade e, conseqüentemente, ao que é urbano, civil, público e social e se refere também ao Estado, já que ele faz parte da cidade, da comunidade, da esfera pública e da sociedade. Além de estar, ainda, ligada à prática e preocupação com a cidadania e com o fortalecimento dos mecanismos democráticos de controle do país, na educação da

população quanto aos seus direitos preservados pela Constituição de 88, de fiscalizar e participar das decisões políticas municipais, estaduais e federais como um direito legalmente conquistado, e não como um favor de campanha partidária. E, dentre essas questões fundamentais, insere-se a preocupação com os mecanismos públicos de saúde dos municípios, agora descentralizados. E, se a descentralização, como bem coloca Amélia Cohn (1995), por si só não garante a democracia, o espaço local é o espaço privilegiado de construção de identidade de novos sujeitos sociais.

Em Araçatuba a rede básica de saúde é administrada pelo município e conta com 13 Unidades Básicas de Saúde (UBS) que realizam, em média, 85.000 atendimentos por ano, entre consultas médicas e atendimentos básicos. 16 Unidades de Assistência Odontológica, inclusive um para crianças de 0 a 3 anos, a Clínica do Bebê, tanto para prevenção como para tratamento. E ainda:

- Santa Casa de Misericórdia de Araçatuba, único hospital geral e de referência na região, com 360 leitos;
- Hospital Psiquiátrico Benedita Fernandes, com 160 leitos;
- Hospital de Ortopedia Sant'Ana, com 120 leitos;
- Hospital Santa Maria, com 50 leitos;
- Hospital Ritinha Prates, com 60 leitos;
- Hospital da Unimed, com 40 leitos;
- Maternidade Municipal, com capacidade para 35 leitos;
- Pronto Socorro Municipal com capacidade para 24 leitos;
- CAICA – Centro Municipal de Atendimento Integrado da Criança e do Adolescente;
- Centro de Zoonoses do Município;

- Hemonúcleo;
- Pronto Socorro Odontológico Municipal;
- Centro de Referência e Saúde do Trabalhador;
- Núcleo de Gestão Assistencial (NGA);
- Núcleo de Saúde Mental; além de outros serviços de saúde municipal.

Na década de 60, havia em Araçatuba quatro hospitais gerais e dois especializados em doenças mentais, perfazendo um total estimado de mais ou menos 300 leitos, para atender a uma população de 81.263 habitantes. Dos hospitais gerais, fazia parte a Santa Casa de Misericórdia, a Casa de Saúde São Sebastião, a Casa de Saúde Santa Terezinha (administrada pela Santa Casa), o Hospital da Estrada de Ferro Noroeste do Brasil – NOB, e o Hospital Modelo da Alta Noroeste, um empreendimento de sociedade aberta, ainda em construção e o hospital Benedita Fernandes, especializado em doenças mentais, ligado ao assistencialismo e caridade, embasado na prática espírita.

Já na década de 70, podemos perceber um aumento da população para 108.512 habitantes, e um decréscimo no nº de leitos e de hospitais gerais, com o fechamento da Casa de Saúde São Sebastião, e do arrendamento do Hospital da Estrada de Ferro Noroeste do Brasil, transformando-o em hospital especializado em ortopedia e traumatologia, com o nome de Hospital Santana. Já o Hospital Ritinha Prates (especializado em doenças neurológicas irreversíveis), teve o mesmo começo de atividades do Hospital Bendita Fernandes, ambos ligados ao assistencialismo e à caridade, embasados na prática espírita. E, apesar de continuar ainda em construção, o Hospital Modelo já funcionava parcialmente, atendendo algumas especialidades.

Na década de 80, verificamos o desativamento do Hospital Modelo e a paralisação da Casa de Saúde Santa Terezinha. O Hospital Modelo ficou parado, foi vendido, acabou nas mãos do governo do estado de São Paulo, e hoje se encontra em franco processo de deterioração. No caso da Casa de Saúde Santa Terezinha, a paralisação se deu por obsolescência, segundo explicação da própria administração da Santa Casa, responsável por ela. Segundo eles, seriam necessários grandes investimentos em obras de infra-estrutura, equipamentos e outras melhorias tecnológicas, absolutamente necessárias para que ela continuasse funcionando adequadamente. Por isso, optaram em entregar o prédio para quitação de dívida bancária, e ampliar, modernizar e reequipar a própria Santa Casa, que já necessitava urgentemente de remodelação.

Nos anos 90, o município e toda a região passam a contar com a existência de um único hospital geral, a Santa Casa de Araçatuba, um pequeno hospital e maternidade particular, um hospital especializado em ortopedia e traumatologia, um hospital psiquiátrico, e um neurológico. O município oferece à população 611 leitos hospitalares para uma população estimada em 169.303 habitantes em 1999. Verifica-se, portanto, um déficit de 63 leitos no município, de acordo com a proporção ideal preconizada pela OMS (Organização Mundial de Saúde), que é de quatro leitos para cada 1000 (mil) habitantes, e uma média de permanência de internações pelo SUS de quatro dias. Quanto ao número de médicos, trabalham no município, em torno de 305 médicos (número estimado pela Associação Paulista de Medicina - APM, setor Araçatuba) o que dá uma média maior desses profissionais do que a preconizada pela OMS, cujo número ideal seria de um médico para cada mil habitantes. Do número total de 611 leitos oferecidos ao município, 360 são do único hospital geral da cidade - a Santa Casa de Misericórdia de Araçatuba, e que contribui com 59% deles; 160 (26%) no hospital

psiquiátrico Benedita Fernandes, 60 (10%) no hospital Ritinha Prates - especializado em doenças neurológicas irreversíveis, 22 (4%) num hospital particular de ortopedia e traumatologia, e os restantes 05 leitos (1%), num hospital e maternidade particular.

Na tabela abaixo, podemos visualizar melhor o quadro municipal relativo à evolução do número de leitos para pacientes SUS, em função da população total do município e o número de médicos existentes, em Araçatuba, de 2000 a 2005.

Tabela 31 - Nº de leitos/SUS hospitalares, médicos e especialidades oferecidos à população.

Anos	População IBGE	Nº leitos/SUS**	Nº médicos***	Nº de especialidades
2000	169.254	535	-	-
2001	(idem)	(idem)	250	42
2004	177.823****	535	260	44
2005	(idem)	535	261*****	(idem)

Fontes: IBGE *população estimada. **Secretaria estadual de saúde (SES), DIR-VI. ***Associação Paulista de Medicina (APM), setor Araçatuba/SP. ****População estimada. *****Médicos cadastrados na Santa Casa, com especialização e residências reconhecidas. O número total de médicos no município não pôde ser incluído porque a Associação Paulista de Medicina (APM) não tem esses dados para oferecer.

A cidade se destaca na região como pólo de referência no atendimento médico-hospitalar da alta noroeste paulista, pela diversidade e qualidade de equipamentos, atendimento profissional e serviços à comunidade local e cidades vizinhas. Sua estrutura de saúde é formada por uma ampla equipe multidisciplinar de técnicos e profissionais da área de saúde, nas diversas especialidades médicas, para o atendimento à população através do SUS. O atendimento na rede municipal, é feito através de um núcleo de gestão assistencial (NGA), centro de assistência odontológica ao excepcional (CAOE), ambulatório regional de saúde mental (ARSMA), centro de médica ambulatorial (CEAMA), associação de pais e amigos dos excepcionais (APAE), centro de referência de saúde dos trabalhadores (CRST), Santa Casa de Misericórdia de Araçatuba, Hospital Bendita Fernandes, Associação de Amparo ao Excepcional Ritinha Prates, laboratório regional de patologia (AL), unidade

sorológica, unidade citológica, serviços de diagnóstico e laboratórios de análises clínicas, de patologia e de medicina nuclear, Faculdade de Odontologia de Araçatuba (FOA), além de 01 pronto socorro municipal (PSM) e 11 unidades básicas de saúde (UBSs) dentro do município e 3 unidades na área rural. Nessas UBS³⁰, que se localizam principalmente nos bairros de periferia, estão distribuídas as 35 equipes de saúde dentro da estratégia da família, de acordo com a concentração demográfica de cada UBS, tendo algumas unidades 2 equipes e outras, 6. Algumas dessas UBS prestam 100% de atendimento à população, como é o caso da UBS do bairro do Jardim São José, que presta atendimento completo a uma população estável, com pouca migração e é considerado padrão. Outras, como a UBS do centro (Vila Mendonça) atendem a aproximadamente 60% da sua população adscrita. Por outro lado, bairros de poder aquisitivo alto, como o Jardim Nova Iorque, não possuem nem mesmo unidade básica de saúde (UBS). Em relação à odontologia, a estratégia da saúde da família mantém as 11 unidades básicas de saúde do município, com uma ou duas equipes, conforme o movimento da unidade e dentro da atenção básica, com atendimento odontológico pactuado pela estratégia da família. Mantém um centro de referência, recentemente inaugurado, que é o centro de especialidade odontológica (CEO) em parceria com o Ministério da Saúde e dentro do programa Brasil Sorridente, além dos dentistas contratados da rede que prestam atendimento nas escolas públicas municipais, fazendo o trabalho de odontologia infantil, integrado ao programa de saúde do município como um todo.

A organização dos serviços de saúde no município está assim constituída: o Núcleo de Gestão Assistencial (NGA) serve de referência a todas as Unidades Básicas de Saúde (UBSs), que são as prestadoras de atendimento básico de saúde (clínica médica,

³⁰ Informações obtidas na coordenação do programa de atenção básica do município de Araçatuba/SP, em dez/2005.

ginecológica e pediátrica) à população da periferia da cidade. O atendimento às especialidades médicas é feito através de guias de encaminhamento ao NGA, tanto pelas UBSs como pelas localidades próximas que pertencem à região de Araçatuba. É também obrigação do NGA, cuja capacidade de atendimento a consultas especializadas/ano é de 52.800 consultas, realizar alguns exames médicos especializados e encaminhar outros de maior complexidade aos prestadores de serviços contratados pelo SUS.³¹

O serviço de farmácia está estruturado também em função do atendimento das unidades básicas de saúde (UBS) e garantido pelo cadastro das famílias feito nessas unidades pelos médicos da saúde da família, em função de suas necessidades de medicamento, de acordo com o que o posto oferece, baseado nas pactuações com o estado e com a área federal no fornecimento de medicamentos, completado pelo município quando há necessidade.

O serviço do Pronto Socorro Municipal é direcionado ao atendimento de casos de urgência/emergência, tanto na área médica como odontológica, com procedimentos de média complexidade não executados pelas UBSs. O serviço conta ainda com o transporte de ambulância para as áreas urbana, rural e intermunicipal.

O serviço de vigilância epidemiológica se constitui num conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes da saúde individual ou coletiva, tem como finalidade recomendar e adotar medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos. Para tanto, são desenvolvidas atividades como, notificação compulsória de doenças, imunização através das grandes campanhas nacionais/estaduais, e regionais,

³¹ Relatório de Gestão 1998, secretaria municipal de saúde e higiene pública SMSHP. Araçatuba/SP, pág. 02-04.

bem como programas de profilaxia anti-rábica humana, controle de estoque de soros anti-rábicos/botrópicos e outros.

O serviço de vigilância sanitária tem se preocupado principalmente, em combater os grandes problemas de saúde pública relacionados ao meio ambiente, tais como o controle da raiva, leishmaniose e dengue. Ocorreu no município, em 1999, um sério problema em relação à leishmaniose, tendo o município que desenvolver práticas no combate à disseminação da doença, tanto curativa, como preventiva, voltadas à educação da população para a erradicação do mosquito transmissor da doença. A dengue tem sido uma outra preocupação sanitária que também ainda não está sob controle, tendo tido alguns casos notificados recentemente ³².

A Santa Casa de Misericórdia de Araçatuba desde 1997 oferece o mesmo número de leitos à população: 360 leitos ao todo, dos quais 274 se destinam a internações de pacientes SUS. O primeiro trimestre de 2006 é a previsão para a conclusão das obras iniciadas no 2º semestre de 2004 de ampliação da Santa Casa, remodelando-a e equipando-a para garantir o atendimento a mais 112 leitos, exclusivamente para pacientes SUS, com financiamento do governo do estado de São Paulo, em torno de R\$ 15 milhões, entre investimento em equipamento e construção civil. Depois de concluída a obra, a Santa Casa passará a oferecer mais 112 leitos SUS, perfazendo um total de 480 leitos SUS oferecidos à população de toda a região, constituindo-se no único hospital geral de referência. É grande sua importância e participação como instituição parceira do SUS no município e na região, exercendo importante papel na rearticulação do Estado brasileiro com a sociedade e no fortalecimento da sociedade civil, já que os problemas sociais mais urgentes têm sido postos de lado na agenda governamental. É por isso que

³² Cf ainda SMOLENTZOV, 2000.

a participação do setor privado, de caráter filantrópico ou lucrativo na prestação dos serviços de saúde à população, assume um caráter importante, uma vez que

[...] deve-se criar novos mecanismos de controle do setor privado para subordiná-lo efetivamente ao interesse público. Isso significa que, sendo da responsabilidade do Estado, deve-se distinguir entre o público e o estatal; isto é, que independentemente de serem esses serviços realizados por instituições estatais e/ou privadas (lucrativas e filantrópicas) o seu controle deve ser orientado pela lógica do interesse público e não do interesse privado. (COHN, 1996, p. 31).

É desse ponto de vista, que a percepção do conceito de saúde se constitui numa tarefa contínua de luta que pressupõe a participação ativa dos diferentes segmentos que compõem a sociedade, na consecução de objetivos mais amplos como a participação e controle sociais na fiscalização das práticas da gestão municipal, como forma de integração da população e educação para a cidadania.

Os Conselhos Municipais de Saúde (CMS) de Araçatuba – uma trajetória *sui generis* desde sua implantação, em 1998³³.

Os Conselhos de Saúde se constituem no principal órgão de participação e de controle social na definição da política de saúde, em nível nacional, estadual e municipal, de acordo com o que foi regulamentado pela nova Constituição de 88. São os responsáveis pela aplicação e definição do orçamento do setor saúde, pela formulação de um Plano de Saúde que atenda e dê sustentação à operacionalização do SUS, no que diz respeito as suas metas básicas de garantir a universalidade e a equidade no atendimento à saúde da população. A Lei Orgânica da Saúde (8080/90) estabelece

³³ Cf. ainda Smolentzov, 2000.

em seu artigo 15º que se deve prever a definição e os mecanismos de controle, avaliação e fiscalização das ações e serviços de saúde entre as atribuições da União, Estados, Distrito Federal e Municípios. São os Fundos Municipais de Saúde (FMS) o principal instrumento de gestão financeira na municipalização da saúde. Criados pela Lei 8142/90 e tornados obrigatórios a partir dela são regulamentados pelo regimento interno dos próprios conselhos municipais de saúde, subordinados às deliberações de plenário desses conselhos, embasados por estudos técnicos e aplicados, exclusivamente, mediante aprovação, administração e controle do Conselho Municipal de Saúde (CMS), seu principal gestor e fiscalizador. Tanto o Conselho Municipal de Saúde (CMS) como o Fundo Municipal de Saúde (FMS) se constituem em instrumento de fundamental importância no processo de municipalização e descentralização da política pública de saúde e da participação social na gestão e controle do Sistema Único de Saúde (SUS) no município. Eles funcionam e atuam nos três diferentes níveis de governo, nacional, estadual e local: o Conselho Nacional de Saúde (CNS), os Conselhos Estaduais de Saúde, (CES), e os Conselhos Municipais de Saúde (CMS) e têm a finalidade de garantir a representação e a participação social nesses três diferentes níveis de discussão. Atuam na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, homologadas pelo chefe do poder executivo em cada uma dessas esferas de governo. Além disso, seus representantes fazem parte do Conselho Nacional de Saúde (CNS, entidade nacional de representação dos conselhos), do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS). A Lei 8.142/90 que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) cita a Conferência de Saúde e os Conselhos de Saúde como as instâncias colegiadas do SUS. A Conferência de Saúde deve se reunir a cada quatro anos, convocada pelo Poder

Executivo ou, extraordinariamente, pelos conselhos municipais que devem se reunir mensalmente, podendo se auto-convocarem, têm caráter público e considerado de relevância pública o trabalho voluntário de seus conselheiros. São permanentes, consultivos deliberativos, e devem representar de forma paritária (50%) o Estado e (50%) a Sociedade Civil. O número de conselheiros para a composição dos Conselhos Municipais de Saúde tem variado em função do tamanho dos municípios, porém qualquer que seja esse número, a paridade deve ser mantida: 50% de usuários e 50% do governo (trabalhadores de saúde e prestadores públicos e privados) e seus representantes eleitos por um período de dois anos podendo ser reeleitos. Compete aos Conselhos de Saúde, de acordo com o que dispõe o § 2º do artigo 1º da Lei nº 8142/90, o dever de atuar na formulação de estratégias da política de saúde, e no controle da execução da política de saúde, garantindo aos conselhos competência para examinar e aprovar as diretrizes da política de saúde traçadas pelo dirigente do SUS (secretário de saúde ou diretor do departamento de saúde) para que sejam alcançados seus objetivos, compatibilizando-os com a disponibilidade dos recursos financeiros e demandas da população.

Dessa forma, os conselhos se constituem numa nova forma de atuação política na gestão pública, redefinindo as relações do público e do privado, ou seja, Estado e Sociedade Civil. E, embora de difícil articulação, esse caráter social participativo é muito importante porque funciona como ponto de partida para a consolidação da democracia política do país e preservação dos direitos do cidadão desconhecidos pela maioria da população do país. Numa sociedade como a nossa, de recente experiência de autoritarismo, a cultura de participação e gerência do bem público pela comunidade é praticamente inexistente e a exigência dos direitos mínimos do cidadão de participar e controlar a gestão pública tem uma escandalosa conotação de

intromissão, levando a população a receber como favor o que tem garantido como direito.

Para Célia Leitão Ramos, os Conselhos de Saúde se constituem numa tentativa de pensar o sistema como um todo atuando localmente, para promover o fortalecimento da sociedade civil e de seus órgãos participantes:

[...] os conselhos são instâncias que articulam, no interior do campo da saúde, as ações do Estado e da cidadania, com a finalidade de ampliar o controle social na gestão do Sistema Unificado de Saúde (SUS), juntamente com outros instrumentos participativos. Analisando o quadro atual, podemos afirmar que a idéia da existência dos Conselhos no plano jurídico e no discurso político-institucional é inquestionável. Já do ponto de vista da avaliação política, o que interessa é discutir a ‘colocação em ação’ dessas conquistas e que atores ou segmentos sociais estariam atuando para a facilitação do projeto ou para seu fracasso. (RAMOS, 1995, p. 330).

O colapso dos serviços de saúde, de dimensão política regional, mas também nacional, tem na descentralização das políticas públicas uma alternativa possível para este impasse. É preciso, no entanto, estabelecer de forma clara como ocorre essa relação saúde pública/estado/participação social e sua interferência na questão da saúde da população. Usada como um serviço que tem uma demanda, a saúde precisa ser tratada como uma questão ligada às próprias práticas de participação e de cidadania do mundo moderno, e não apenas como uma prática puramente econômica, ligada ao mercado. E, foi dentro dessa preocupação que, em dezembro de 2000, defendi minha dissertação de mestrado na PUCSP³⁴ sobre a participação institucional dos vários segmentos da população municipal de Araçatuba/SP no recém implantado Conselho

³⁴ Cidadania e participação: os conselhos de saúde em Araçatuba, na década de 90. PUCSP, São Paulo, dez, 2000.

Municipal de Saúde, a partir da municipalização plena da gestão de saúde, ocorrida em 1998. As principais características desse 1º conselho de saúde com 21 membros (gestão 1998-2000) foram definidas por entrevista baseada num questionário distribuído a todos os conselheiros. As questões foram divididas em duas partes, e só foram incorporadas à análise do texto, sem aparecerem na sua íntegra, por questões éticas de sigilo das fontes. O perfil do conselho foi mapeado através da análise dos discursos de cada um e de suas diferentes leituras da realidade local, de acordo com sua visão profissional e inserção social, levando-os a diferentes diagnósticos e estratégias de ação mais ou menos abrangentes no entendimento dos problemas sociais do município. Da primeira parte constou a qualificação dos conselheiros. Da segunda, questões foram propostas com o intuito de verificar a participação e comprometimento dos conselheiros com os setores que representavam, assim como suas principais preocupações em relação à política de saúde local, dentro da cosmo-visão e inserção social de cada um, pois, “ é importante sabermos não só ‘o que falam’, mas ‘quem fala’, a partir de suas características pessoais, profissionais, trajetória profissional e institucional.” (MARSIGLIA, 1993: p. 26). O resultado da análise apontou para um conselho cujos membros eram assíduos, fundamentalmente masculinos (16 homens), idade média de 50 anos, constituído de 1/3 de médicos e dos estratos educacionais superiores da população (apenas 4 de seus membros tinham o 2º grau completo). Com exceção dos usuários representantes do CONSAB (Conselho das Sociedades dos Amigos de Bairros) que foram eleitos, os demais foram todos indicados e se disseram fortemente ligados a essas entidades. Era um conselho pouco experiente em sua prática política e na discussão de temas voltados à saúde do município, mas preocupados com as questões relativas à eficiente administração e alocação dos recursos da saúde. Demonstravam também os usuários, especialmente os representantes do CONSAB, preocupação em conscientizar sua

própria comunidade e aos que a ela atendiam, no sentido de “motivá-los, fazê-los trabalhar com compromisso, combatendo-se de certa maneira, a concepção de que a assistência à saúde é concedida por favor.” (MARSIGLIA, 1993, p. 350). Podendo-se concluir, do ponto de vista da análise de Martins, que esse conselho era constituído apenas pelos setores mais “incluídos” da sociedade, dele ficando de fora os outros, os “incluídos precariamente ou de forma marginal”.

Uma outra questão importante a se considerar nesta análise, consiste na capacidade dos conselhos municipais de garantir legitimidade aos governos municipais ao fazerem a intermediação dos interesses da população com a política pública de saúde municipal e estabelecerem uma co-gestão com o governo do município, através da participação social, dividindo com a sociedade as responsabilidades pela gestão pública.

Em 14 de novembro de 2000 ³⁵ esse conselho municipal foi ampliado conservando sua representação paritária, para 30 membros, e legitimado pela Câmara dos Vereadores do município. Foi, entretanto, extinto em 08 de março de 2001 pela nova Câmara Municipal de Vereadores, sob pressão do novo prefeito, como consequência dos vários e duros embates entre o referido prefeito, Jorge Maluly Neto (PFL), empossado em janeiro de 2001 e os membros do ampliado conselho, sob a alegação de que a nova composição do conselho estava em discordância com o disposto na Resolução de nº 33, de 23 de dezembro de 1992, do Conselho Nacional de Saúde. A expressiva votação de quatorze votos a favor e quatro votos contrários à dissolução do conselho permitiu até mesmo dispensar o voto do presidente da Câmara Municipal e um novo conselho, desta vez com apenas de 16 membros, diferentes em sua grande maioria, foi indicado pelo executivo em 08 de março de 2001 e novamente referendado por

³⁵ Cf SMOLENTZOV, Vera. Araçatuba/SP: ascensão e queda de um conselho municipal de saúde. Trabalho individual apresentado no XI Congresso Brasileiro de Sociologia. - Sociologia e Conhecimento: Além das Fronteiras UNICAMP, Campinas, SP, 01-05 set.2003.

maioria absoluta do Legislativo em 12 de abril de 2001, com a mesma soma de votos da votação anterior, ou seja, 14 votos a favor e 4 votos contra, novamente dispensando o voto do presidente da câmara. Como os membros do Legislativo municipal se constituem nos legítimos representantes, escolhidos em processo de votação direta pela municipalidade para fiscalizar, inclusive, as ações do Executivo, o controle social sobre as ações de saúde, agora descentralizadas para o nível municipal, não se realiza plenamente, sem que se tenha transformado em uma necessidade o conhecimento sobre o que é ser conselheiro, inviabilizando as propostas de gestão compartilhada e de instituição de um conselho deliberativo. Dessa forma, “podemos afirmar que a idéia da existência dos conselhos no plano jurídico e no discurso político-institucional é inquestionável. Já do ponto de vista da avaliação política, o que interessa é discutir a ‘colocação em ação’ dessas conquistas e que atores ou segmentos sociais estariam atuando para a facilitação do projeto ou para seu fracasso.” (RAMOS, 1995, p. 330).

Depois dessa experiência nada paradigmática do conselho municipal de saúde de Araçatuba/SP, gestão 2000-02, outros conselhos se estabeleceram com novos formatos e novas representações. O de 2004-2006 foi também objeto de estudo para ser inserido nesse trabalho. O mesmo questionário anterior da gestão 1998-2000, acrescido de um único item que indaga qual a importância do PSF para a política de saúde de Araçatuba ³⁶ foi então distribuído a todos os 27 atuais membros, dos quais, dois dos antigos representantes do 1º conselho permanecem ainda nessa gestão, depois de serem os únicos a terem participado de todas as outras. Um deles, respondeu ao questionário, o outro não. Como o primeiro, este conselho também é eminentemente masculino, dele fazendo parte apenas 6 mulheres. A maioria não respondeu à questão proposta que indagava sobre o PSF no município, e os que o fizeram mostraram-se muito pouco

³⁶ Ambos os questionários, o da gestão 1998-2000 e o da gestão 2004-2006 fazem parte dos anexos desse trabalho.

familiarizados com o assunto. Ao contrário do 1º conselho, o nº de faltas entre os conselheiros é muito grande e, segundo o secretário do conselho, a média de presenças fica em torno de 15, não mais do que isso. Dos 27 conselheiros, apenas 17 responderam ao questionário e desses 13 têm escolaridade superior, e dos outros apenas um tem o 1º grau. Uma das entidades não mandou seu representante e vários outros, especialmente os usuários, não comparecem. O atual formato do conselho é o seguinte: I - representantes dos órgãos governamentais, secretário de saúde (presidente) e representantes do poder executivo e programa saúde da família; II - representantes dos prestadores de serviço privados conveniados ou sem fins lucrativos: Santa Casa, APAE, laboratório de análises clínicas, hospital Benedita Fernandes; III - representantes dos profissionais na área da saúde, sindicato dos empregados da saúde, associação paulista de medicina (APM), associação de psicologia, associação regional dos funcionários da saúde (não enviou representante), SINDHOSP sindicato dos hospitais, clínicas laboratórios, etc, associação de cirurgiões dentistas, conselho regional de medicina (CRM), IV – A) Sindicatos: representantes dos usuários dos serviços de saúde sindicato dos trabalhadores rurais, sindicato dos trabalhadores urbanos, sindicato patronal, B) Organizações não governamentais e clubes de serviço, campanha de combate ao câncer, lojas maçônicas, lions club, rotary club, 2 representantes da sociedade amigos de bairros, associação dos portadores de deficiência, associação amorexigente, pastoral da criança, pastoral da saúde e conselho de pastores.

De acordo com o perfil desse conselho municipal, podemos concluir como o fez Boaventura de Souza Santos que, enquanto a participação social permanecer pouco amadurecida e carente de espaços de discussão de seus problemas mais prementes e enquanto não houver a cristalização dos direitos sociais dentro de uma sociedade aberta e democrática, o Estado acaba sendo democrático para as zonas

“civilizadas” do contrato social, e fascista para as zonas “selvagens” da exclusão social. As questões envolvendo a política de saúde do município deveriam ser amplamente discutidas e debatidas pelos representantes dos vários segmentos sociais do município, representadas pelos seus conselheiros. No entanto, o que se vê é que essas questões ainda não fazem parte da agenda de discussões da população, especialmente dos seus segmentos mais fragilizados. É o acesso à saúde pública e ao SUS que acaba sendo, atualmente, um grande problema para os setores da população mais necessitados desse atendimento. Para isso contribuem a falta de educação, orientação e fiscalização da população quanto aos seus direitos constitucionais, assim como a melhoria, agilização e eficiência na gestão pública desses serviços essenciais, destinados a toda população. Por isso é preciso haver uma educação para a cidadania, para que se possa tomar consciência dos direitos de cidadão, se organizar e lutar por eles. Dentro desse contexto, o programa de atenção básica da saúde da família tem fundamental importância ao “abrir espaço não só para a reivindicação desses direitos, mas para estender o conhecimento a todos, para que saibam da possibilidade de reivindicar.” (COVRE, 1999).

As Unidades Básicas de Saúde (UBS/USF) ou Unidades de Saúde da Família: comprometimento no atendimento da população ou apenas uma nova forma de tratar velhas questões?

Segundo o coordenador do programa de atenção básica da saúde da família no município de Araçatuba, essa é uma questão crucial porque envolve a mudança do próprio modelo de atenção básica no município, ainda baseado no anterior e antigo de comprometimento de atendimento das doenças nas áreas geográficas, que são as antigas UBS (unidades básicas de saúde), e o modelo novo de adscrição baseado

no vínculo com as famílias, que são as USF (unidades de saúde da família) e as equipes de saúde envolvidas com a saúde na sua forma plena. Essa transição entre unidade básica (UBS) e unidade de saúde da família (USF) envolve dois fatores fundamentais que são: a parte física onde se tem uma estrutura das unidades de saúde que, divididas corretamente dentro da cidade, garantiria o atendimento a toda população, o que implicaria no aumento do número de equipes. O outro fator tem relação com os recursos humanos, um outro sério comprometimento, pois seria necessário ter uma estrutura dentro da saúde da família com profissionais envolvidos e formados, capazes de mudar esse modelo antigo. Com recursos humanos e a parte física, envolvendo custo e treinamento a gente conseguiria viabilizar a mudança do modelo. Na realidade, hoje em Araçatuba se vive com unidades de saúde e unidades básicas nesse processo em vias de transformação, ainda não concluído. Em quanto tempo a gente vai conseguir chegar a 100% da cidade com todas as unidades de saúde da família funcionando plena e adequadamente, isso vai depender da dinâmica orçamentária e treinamento de pessoal e de alguns outros fatores. Convém só falar dentro desse assunto do PROESF (programa de expansão da saúde da família). Esse programa nada mais é do que a interferência do ministério na consolidação do novo modelo de atendimento à atenção básica da saúde municipal. O ministério analisa os indicadores de saúde do município, liberando verbas através de convênio firmado com o BID (Banco Interamericano de Desenvolvimento) e segundo projetos para integrar o modelo novo de estratégia de saúde da família, de acordo com os resultados obtidos através dos indicadores municipais, como o de mortalidade infantil entre outros, demonstrando que a população está sendo beneficiada. E assim, enterra, literalmente, o modelo anterior das UBS (unidade básica de saúde), que tinham só o comprometimento geográfico, passando a ter com as famílias nas novas USF (unidades de saúde da família). É evidente que essa transformação está nos

trazendo também uma série de dificuldades porque não depende puramente de área física, mas de comportamento das equipes integradas com a população, exercendo uma saúde pública com características diferentes, o que a gente tem dificuldade pelo próprio perfil dos nossos recursos humanos. Em relação ao atendimento da adscrição das famílias, é importante colocar que também tem que haver 100% de atendimento à população nas USF (unidades de saúde da família), o que ainda não foi conseguido nos nossos antigos postos de UBS (unidade básica de saúde). E pelo exposto, podemos dizer que estamos numa fase de transição de modelo antigo para o novo, sofrendo uma resistência muito grande em função de verbas para expansão das equipes, da formação dos profissionais e dos recursos humanos disponíveis para divulgar o novo modelo proposto. E para ilustrar a riqueza de dados desse programa em Araçatuba/SP, foram incluídos ainda, tabelas e gráficos extras nos anexos deste trabalho.

CAPÍTULO IV - DESIGUALDADE SOCIAL E SAÚDE EM ARAÇATUBA

Neste capítulo serão definidas algumas questões conceituais importantes para o desenvolvimento do trabalho, tais como as principais bases do Sistema Único de Saúde (SUS) na construção de uma sociedade menos injusta e desigual. Nessa perspectiva, a estratégia desenvolvida pelo programa de atenção básica da saúde da família tem um papel importante, garantindo que os fundamentais princípios do SUS sejam praticados. Sua criação no município de Araçatuba, em abril de 2001, já constituído com 35 equipes completas e uma cobertura de 65% - 70% da população total receberá destaque e análise dentro da especificidade municipal.

1. A saúde pública no Brasil - reforma sanitária e o Sistema Único de Saúde (SUS), um sistema único.

Criado pelo Congresso na constituinte de 1988 e regulamentado por leis ordinárias votadas em 1990 e 93, o Sistema Único de Saúde (SUS) se constitui no maior programa de inclusão social, na maior reforma de Estado em andamento e na única política pública realmente universalista e igualitária do Brasil, pois, antes dele, só tinham direito à saúde os que tinham registro em carteira profissional.

[...] Os números já são impressionantes: 1,3 bilhão de procedimentos de saúde; 300 milhões de consultas médicas; 11 milhões de internações; 2,6 milhões de partos; 250 milhões de exames laboratoriais; 40 milhões de vacinações; 8 milhões de ultra-sonografias; 130 milhões de atendimentos de alta complexidade, atendimento integral para portadores de HIV, renais crônicas e pacientes com câncer; 80 mil cirurgias cardíacas; 20 mil transplantes de órgãos; 50 milhões de atendimentos pelo Programa de Saúde da Família etc. Tudo isso a cada ano! [...] O financiamento é 58% federal,

18% estadual e 24% municipal (Dados Siops 2000). A execução dos serviços é prioritariamente municipal, descentralização que transformou municípios virtuais em entes públicos capazes de administrar uma política abrangente e complexa. Hoje, os 5.500 municípios trabalham a saúde em conjunto com os 27 Estados e a União. Os indicadores retratam esse esforço nacional. A melhoria na classificação do Brasil no último ranking do IDH da ONU deveu-se a melhoria dos indicadores de saúde. (JORGE, 2003)³⁷

1.1. Algumas considerações históricas

A forte concentração urbana³⁸, advinda da revolução industrial, trouxe uma série de inovações e repercussões para as sociedades modernas. A extrema insalubridade das condições de trabalho da população pela máxima exploração da sua força de trabalho, com jornadas de até 16 horas e exploração do trabalho de mulheres e crianças, levou ao alastramento da miséria e aparecimento de epidemias e enfermidades contagiosas. A saúde passou a ser uma questão de Estado e sua ação, preventiva e educacional, se voltou para o saneamento do meio ambiente, combinando higiene e pobreza, cuja insalubridade ameaçava não só os trabalhadores, mas a burguesia, principalmente. O exemplo disso é o tratamento que se deu à cólera de 1832. Iniciada em Paris, se propagou por toda a Europa, tornando claro que a coabitação em um mesmo tecido urbano de pobres e ricos era inviável e considerada um perigo sanitário e político para a cidade, passando o Estado a tomar medidas autoritárias de intervenção e controle sanitárias, muitas vezes gerando motins e movimentos de revolta. O hospital deixa de ser hospedaria de pobres, mendigos e doentes e passa a ser um local racionalizado com o objetivo de manutenção e cura de doenças, um local onde resta

³⁷ JORGE, Eduardo. Saúde e ciência para todos – Especial – XII Conferência Nacional de Saúde Sergio Arouca. Agência Fiocruz de Notícias, out, 2003. Disponível em: <http://www.fiocruz.br/ccs/especiasi/xiiconferencia/sus_eduardojorge.htm>. Acessado em: 6 set. 2005.

³⁸ As informações desse parágrafo foram retiradas de FERREIRA, Joyce Pires, *A saúde nos países centrais*. Disponível em: <<http://www.servicosocialhoje.hpg.ig.com.br/hist2.htm>>. Acessado em: 6 set. 2005

uma alternativa e uma possibilidade de cura do doente. (FOUCAULT, *apud* FERREIRA). Já no século XX, com as descobertas bacteriológicas e das ciências naturais foi possível nos países centrais do capitalismo a erradicação quase completa dessas doenças infecciosas e parasitárias, dando lugar a um outro tipo de quadro nosológico, o das doenças crônico-degenerativas (doenças do coração, câncer e outras). Entretanto, nos países periféricos como é o caso do Brasil, há a predominância dos dois tipos de doenças, tanto infecciosas quanto degenerativas, em função das péssimas condições de vida da população carente. Em 1946, com a constituição da Organização Mundial de Saúde (OMS), organismo ligado a ONU, foi instituído um novo conceito de saúde, o completo bem estar físico, mental e social, em contraposição ao de ausência de doenças.

É a partir da década de 20 que a assistência à saúde das classes trabalhadoras urbanas no Brasil é reconhecida e vinculada à previdência social, sob a forma privada de financiamentos compulsórios, calculados com base num percentual de contribuição do salário dos empregados e empregadores.

Na década de 30 as transformações ocorridas no cenário econômico-político e social do país, através do processo de modernização e do que se convencionou chamar de modelo de substituição de importações induzido pelo Estado (de 45 a 60), trouxe consigo grandes mudanças sociais. Essas mudanças, fruto das transformações econômicas, políticas e sociais pelas quais estava passando o país e o mundo, como assalariamento, urbanização da população, e profundas desigualdades regionais, acabaram fazendo do sudeste o centro de desenvolvimento do país. Na área da saúde essas transformações definiram o caminho traçado para o desenvolvimento das políticas públicas calcadas na relação capital/trabalho, associadas à política trabalhista/sindical e previdenciária de lógica privada de credenciamento dos serviços médicos, hospitalares e

de farta rede de apoio terapêutico garantidas pelo Estado, seu maior comprador, através da política de seguro social. Prevalece, neste período, a teoria do Estado Desenvolvimentista, promotor da industrialização acelerada e da modernização econômico-social. Do ponto de vista social, a preocupação estatal nesse período circunscreveu-se à manutenção e regulação social com pouca preocupação quanto à eficiência dessas políticas sociais. O período compreendido entre os anos 60 a 88 vai manter a mesma lógica do período anterior, com algumas modificações: umas amparadas pelo milagre econômico (68-75) e a inserção da economia no mercado internacional, consolidando a privatização da assistência médica sob a égide do Estado; e outras sustentadas pela necessidade de redemocratização do país, “com a mobilização da sociedade civil combatendo um Estado que a ameaça”. (COHN, 1995, p. 232).

Mas, apesar de toda a mobilização social promovida pelos vários setores da população, principalmente através do movimento das “Diretas Já”, foi somente a partir das eleições indiretas de janeiro de 85 que se deu a chamada “transição negociada”, controlada até o fim pelos militares. No campo da saúde, é organizado um movimento, conhecido como **movimento sanitário**, pela conquista da saúde como um direito universal dos cidadãos e um dever do Estado, como assinala A. Cohn,

[...] esse movimento, calcado na experiência italiana e sob a liderança não pública do Partido Comunista Brasileiro, congrega os setores de esquerda e os setores progressistas da área da saúde na formulação de propostas para sua reorganização institucional no país e na produção de conhecimento que desse suporte a elas. [...] esse **saber militante**, caracteriza a produção da Medicina social brasileira no período, e fundamenta as práticas políticas de então. O ideário da Reforma Sanitária consiste na proposta de um sistema de saúde único, fundamentalmente estatal, sendo o setor privado suplementar àquele, sob controle público, e descentralizado. (COHN, 1995, p. 233).

A Constituição de 88 assegurou as conquistas sociais pleiteadas pelo movimento sanitário e consubstanciadas pela Reforma Sanitária, garantindo a universalidade e equidade no atendimento à saúde, e a descentralização política sem, contudo, oferecer novas formas de financiamento, ou seja, baseando-se ainda na economia formal e na lógica capital/trabalho baseada nos salários. A consequência mais imediata de tal ajuste é a inclusão de novas formas de prestação dos serviços privados de saúde, os planos de saúde, baseados em seguros de assistência privados, garantidos por grandes conglomerados financeiros e em franca expansão na economia atual. O preço desses serviços, que oneram o custo da produção é repassado aos contribuintes, aumentando ainda mais a desigualdade no atendimento à população carente. De um lado, procedimentos de alta tecnologia e alto custo financeiro com crescente restrição ao atendimento privado. De outro, crescente custo no orçamento fiscal e diminuição dos recursos estatais destinados à saúde, o que leva ao progressivo sucateamento da rede pública, pelo aumento da demanda da população carente desses serviços e inexistência de um fluxo financeiro destinado apenas à área da saúde. O próprio incentivo fiscal de abatimento dos gastos privados com a saúde impede o aumento desses recursos fiscais e sua distribuição para as áreas mais carentes. É necessário, portanto, reverter a lógica privada de contribuição para o seu financiamento que ainda corresponde a 80% desses recursos para que o sistema de saúde possa prestar os serviços a que se destina pela própria Constituição, tanto na remuneração dos serviços de saúde, como através de subsídios, ou ainda pela renúncia fiscal.

Entender as transformações de fundo econômico, mas também e, sobretudo sócio-políticas ocorridas no país nas últimas décadas implica na compreensão da complexa relação Estado/Sociedade, destacando-se a experiência efetiva de municipalização das políticas sociais e suas principais implicações na área da saúde

pública do país. É importante ainda considerar-se o impacto sofrido pela sociedade na absorção dessas mudanças a partir da nova Constituição de 88 e urgente necessidade de transformação do Estado brasileiro.

A rígida contenção de gastos públicos, originada a partir dos anos 80, especialmente nas políticas sociais, teve profundas repercussões para a população do país porque reforçou e aprofundou ainda mais as distâncias sociais já grandes das décadas passadas. Depois da promulgação da Constituição Federal de 1988 que considerou universais os direitos da população à saúde, sérias transformações passaram a ser observadas.

[...] O artigo 198 da Constituição, além de prever o sistema único para os serviços públicos, estabelece as suas diretrizes: I – descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II – atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III – participação da comunidade. Descentralização, participação social e atendimento integral, estes são os alicerces para a construção do SUS. (ELIAS, 1996, p. 111).

A descentralização procurou dar maiores possibilidades democráticas ao setor municipal por estar mais próximo da população e ser mais capaz, pelo menos teoricamente, de conhecer melhor suas principais demandas. Por outro lado, em cidades dominadas por uma ativa política clientelista, estas decisões sobre a política municipal de saúde, podem reforçar esses mecanismos perversos e viciosos de poder, uma vez que o funcionamento do setor está alicerçado nas decisões municipais. De qualquer modo, essa é uma via importante para transformar a participação da população em direitos de cidadão e contribuir para a sustentação de um Estado mais democrático e eficiente. E, se a descentralização, por si só não garante a democracia, “o espaço local é o espaço

privilegiado de construção de identidade de novos sujeitos sociais”. (COHN, 1995, p. 320)³⁹.

1.2. Cidadania, dignidade e participação social

A sociedade brasileira tem uma história marcada pelo autoritarismo e, desde sua origem, a divisão entre “cidadãos e não-cidadãos” marcou as relações sociais no país. Ao longo dos anos e das lutas populares pela cidadania conquistas foram sendo alcançadas, particularmente no plano dos direitos civis e políticos. Mas a cidadania inclui além desses direitos, os direitos sociais que se referem às condições de vida, trabalho e acesso a bens e serviços reconhecidos pela sociedade como mínimos indispensáveis a uma vida digna e garantidos pela Constituição de 88, em seu artigo 6º, como direitos sociais à educação, saúde, trabalho, lazer, segurança, previdência social, proteção à maternidade e assistência aos desamparados. Grande é a distância, no entanto, entre essas determinações constitucionais e as condições de efetivo exercício desses direitos para a maior parte da população brasileira, cujo trabalho em condições dignas de exercício e de remuneração é privilégio de uma parcela restrita da população economicamente ativa, em que péssimas condições de habitação e saneamento básico fazem parte do cotidiano de milhões de brasileiros, por isso expostos a inúmeras doenças. Para reverter esse quadro, profundas mudanças serão necessárias, como eliminação da distância existente entre cidadãos e não-cidadãos, com o efetivo reconhecimento dos direitos universais de cada um e do outro, e não como o costume ainda generalizado na sociedade brasileira de aceitação desses direitos como privilégios de alguns. Essa transformação de visão de mundo implica na mudança substancial de ação política exigindo sujeitos políticos e sociais que atuem e

³⁹ Sobre esse tópico, cf SMOLENTZOV, 2000.

participem das decisões pela democratização e representatividade nos processos decisórios e o exercício do controle sobre a ação estatal pois, “democratizar o Estado implica reconhecer que existem na sociedade interesses diferentes e contraditórios, que têm que se materializar na constituição de canais para a expressão dessas múltiplas demandas e em espaços para a negociação de alternativas de ação que as levem em consideração”. (BARROS) ⁴⁰.

Para Vieira (1999, p. 213), o conceito de cidadania enquanto direito a ter direitos tem se prestado a diversas interpretações. A cidadania seria composta dos direitos civis e políticos, direitos de primeira geração, conquistados no século XVIII e correspondentes aos direitos individuais básicos de liberdade, igualdade, propriedade, locomoção, segurança, liberdade de expressão etc. E direitos políticos, alcançados no século XIX, que dizem respeito basicamente à convivência em organismos de representação direta ou indireta, chamados de direitos individuais, exercidos coletivamente. Já os direitos de segunda geração, os direitos sociais, econômicos ou de crédito foram conquistados no século XX, a partir das lutas do movimento operário e sindical e garantem o acesso aos meios de vida e bem-estar social: são os direitos ao trabalho, saúde, educação, aposentadoria, seguro-desemprego, que tornam reais os direitos formais. Na segunda metade do século XX as lutas pela liberdade e igualdade ampliaram os direitos civis e políticos e surgiram os chamados “direitos de terceira geração”, das chamadas “minorias”, relativos aos grupos, etnias, à autodeterminação dos povos, à paz, ao meio ambiente etc., transformando em discussões públicas as questões políticas e possibilitando aos cidadãos exercerem a função de crítica e controle do Estado. Dessa forma,

⁴⁰ BARROS, Elizabeth. (Coordenadora de Projetos Especiais/DPS/IPEA). Brasília, mimeo, s/data.

[...] o controle social passa a ter duplo caráter: aperfeiçoar os mecanismos de controle da sociedade sobre o Estado e inventar formas de controle da sociedade sobre a sociedade. A dupla dimensão da esfera pública não-estatal – de um lado, o controle social do Estado e a ação coletiva para a afirmação de direitos e identidades culturais; de outro, a produção de bens e serviços públicos – encontra seu fundamento último no denominador comum no conceito de cidadania. É a cidadania que fornecerá o elo vital para a criação de uma nova institucionalidade política, onde a sociedade civil cumprirá papel na construção de um espaço público democrático, única fonte possível de governabilidade e legitimidade do sistema político. (VIEIRA, 1999, p. 252).

Construir a cidadania é, portanto uma tarefa coletiva cuja ação política exige a atuação articulada de sujeitos políticos e sociais, onde o direito à saúde praticamente se confunde com o direito à vida, pois,

[...] ter saúde exige alimentação adequada, condições de trabalho saudáveis, moradia digna, saneamento básico eficiente, meio ambiente protegido e bem conservado, possibilidade de lazer, informação. É, portanto, resultado de um conjunto de determinantes. Garantir a saúde da população é tarefa de todas as áreas de governo e de toda a sociedade. Não basta um sistema de saúde funcionando bem para assegurar isso. O sistema de saúde pode ser um espaço de atuação capaz de exigir e provocar as ações de outras áreas. O SUS é uma proposta nessa direção e um espaço para o exercício democrático e a construção da cidadania. (BARROS, *op. cit.*).

A construção de uma utopia social baseada nos direitos humanos se constitui, portanto, num dos principais aspectos da transformação política da sociedade contemporânea onde a possibilidade da distância entre norma, igualdade assumida em lei e o fato social, as condições reais de desigualdade e injustiça social possam ser denunciados e reivindicados os direitos de inclusão igualitária no espaço da cidadania

como os grandes fundamentos e elementos constitutivos da modernidade, segundo Hannah Arendt (2000).

2. Estratégia da saúde da família - história, perspectivas e desafios ⁴¹.

Os programas de saúde da família representam a mais recente proposta de modalidade assistencial implementada pelo setor público, como uma alternativa para a crise na atenção à saúde, capaz de viabilizar as diretrizes preconizadas para o Sistema Único de Saúde/SUS, notadamente a integralidade e equidade. Criado pelo Ministério da Saúde em 1994 em âmbito nacional, a partir das experiências com populações pobres no interior de estados da região Nordeste, principalmente o Ceará, o PSF tem sua atenção centrada na família, que é entendida e percebida em seu ambiente físico e social. Essa visão e entendimento garantem uma compreensão ampliada do processo saúde/doença, de intervenções que vão além de práticas curativas, de atuação comunitária e de estratégia para a transformação do modelo assistencial vigente através da reorganização da atenção primária no país ⁴².

O PSF sofreu influências de experiências diversas como a da medicina familiar de Cuba, embora nossas condições específicas de grande expansão territorial e diversidade sócio-político e cultural tenham feito desse programa no Brasil uma realidade muito diferente da cubana, com uma outra articulação político-administrativa e uma outra configuração político-partidária aqui instalada. Atualmente noventa por cento da população brasileira é de algum modo usuária do SUS e sua rede assistencial pública tem mais de 63.000 unidades ambulatoriais, mais de 440.000 leitos hospitalares,

⁴¹ Baseado na publicação BRASIL. Ministério da Saúde, Saúde da Família. Disponível em <http://portal.saude.gov.br/saude/area.cfm?id_area=149>. Acesso em 29 de maio de 2005. Brasília, DF, 2005. Parte da palestra proferida pelo secretário municipal de saúde interino, na reunião do conselho municipal de saúde (CMS) de 01/06/05.

⁴² SEIXAS, J.C. et alii. Novos modelos de assistência à saúde: Avaliação do PSF-Qualis no município de São. Paulo. (Apoio FAPESP) São Paulo, SP, 1999.

realiza mais de 1 bilhão de procedimentos de atenção básica e 11,7 milhões de internações no Brasil, sendo possivelmente, o maior volume de procedimentos do setor público na área de saúde entre todos os países do mundo, além de algumas políticas específicas como é o caso de atenção ao portador de HIV e aos doentes de AIDs, que se constitui em modelo mundial em virtude da cessão de medicamentos antiretrovirais e dos resultados que vem obtendo. As dificuldades enfrentadas pelo SUS ficam estabelecidas, preponderantemente em relação ao financiamento insuficiente para que os governos locais expandam seus serviços e atendam melhor à população local, como consequência da descentralização e municipalização da política de saúde. Esse gerenciamento municipal implica também na responsabilidade pela contratação de recursos humanos que acaba sendo feita de forma precária, sem garantia de direitos trabalhistas, em função das dificuldades de financiamento e de gestão pública municipal comprometida. O gasto total em saúde hoje no Brasil equivale a cerca de 8% do seu Produto Interno Bruto (PIB).⁴³

Até 1986, com a VIII Conferência Nacional de Saúde que consagrou o direito à saúde como um direito de cidadania universal garantido pelo Estado e expressão das lutas e conquistas sociais, o Ministério da Saúde desenvolvia ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, enquanto a assistência médica era de responsabilidade do Instituto Nacional de Assistência Médica de Previdência Social – INAMPS. Em 1988 com a promulgação da Nova Constituição Federal que garantia a saúde como direito de todos e dever do Estado ficaram estabelecidos os princípios de universalidade, integralidade, equidade, descentralização da assistência e participação social. Em 1990 a Lei 8.080 instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS), com comando

⁴³ FERNANDES, Silvio Fernandes. Congresso da Alames (Lima-Peru). IX Congresso Latino-americano de Medicina Social. CONASEMS. In: <http://www.conasems.org.br/mostraPagina.asp?codServico=3&codPagina=1320>, acessado em 11/09/05.

único em cada esfera de governo, ficando os municípios como executores das ações e serviços de saúde, com cooperação técnica e financeira dos Estados e da União. As Normas Operacionais Básicas da Saúde, as NOBs como são conhecidas, regulamentaram as bases do sistema de saúde brasileiro. Assim, as NOB SUS/91 e NOB SUS/92 trataram do repasse condicionado à produção de serviços e igualaram o pagamento do prestador público ao privado. A NOB SUS/93 definiu os mecanismos de transferência de recursos fundo a fundo e a NOB SUS/96 modificou as condições de gestão, ampliando a transferência fundo a fundo com a utilização do *per capita* para o financiamento da atenção básica, definindo o pagamento de incentivos e propondo a elaboração da Programação Pactuada Integrada (PPI).

As Normas Operacionais de Assistência à Saúde NOAS 01/02 reorganizaram o SUS por meio da regionalização da assistência e modificaram os critérios para a habilitação dos estados e municípios, fortalecendo o processo de descentralização da gestão. A Atenção Básica à Saúde (ABS) compreendida por um conjunto de ações de caráter individual e coletivo engloba a promoção da saúde, a prevenção de agravos (ruptura da saúde), o tratamento e a reabilitação, e constitui o primeiro nível da atenção do Sistema Único de Saúde (SUS). A Atenção Básica à Saúde (ABS), organizada pela estratégia saúde da família possibilita a organização do sistema municipal de saúde para contemplar os pontos essenciais de qualidade na Atenção Básica. A Saúde da Família se constitui, portanto, numa estratégia para a organização e fortalecimento da Atenção Básica, como primeiro nível de atenção à saúde no SUS e procura o fortalecimento dessa atenção por meio da ampliação do acesso, da qualificação e reorientação das práticas de saúde, embasadas na promoção da saúde e na prevenção dos seus agravos. Os princípios da estratégia de saúde da família são a **adscrição** da clientela, ou seja, definição precisa do território de atuação das famílias

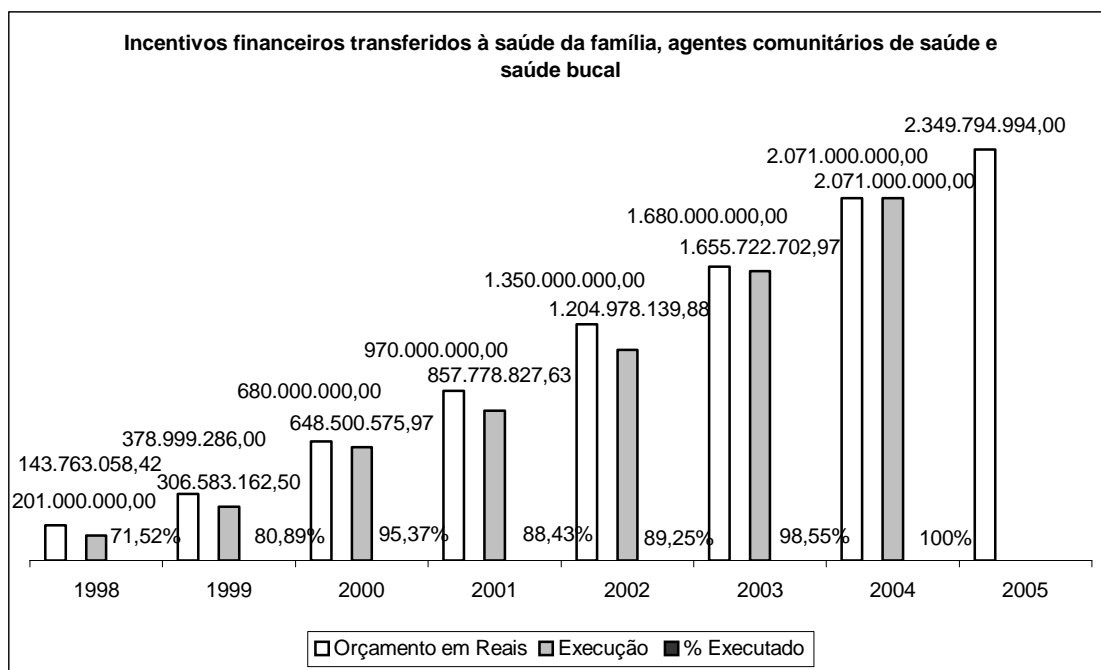
envolvidas. **Territorialização** com completo mapeamento da área, compreendendo o levantamento do segmento populacional determinado, diagnóstico da situação de saúde da população, cadastramento das famílias e dos indivíduos, gerando dados que possibilitem a análise da situação de saúde do território com planejamento baseado na realidade social e programação das atividades segundo critérios de risco à saúde, priorizando a solução desses problemas. **Interdisciplinaridade** com trabalho interdisciplinar integrando áreas técnicas e profissionais de diferentes formações, com vinculação e participação na dinâmica social das famílias assistidas e da própria comunidade. **Competência cultural** valorização dos diversos saberes e práticas na perspectiva de uma abordagem integral e resolutiva, possibilitando a criação de vínculos de confiança com ética, compromisso e respeito. As principais características do processo de trabalho da estratégia de saúde da família são: **participação social**, participação da comunidade no planejamento, execução e avaliação das ações de saúde que serão executadas e a **intersetorialidade** do trabalho, integrando projetos sociais e setores afins, voltados para a promoção da saúde com apoio a estratégias de fortalecimento da gestão local. A saúde da família tem como composição básica a formação de equipes compostas de médico, enfermeiro, auxiliares de enfermagem, agentes comunitários de saúde, cirurgião-dentista, auxiliar de consultório dentário. Para expansão e qualificação da atenção básica à saúde municipal o Ministério implantou o programa de expansão de saúde da família (PROESF) dirigido aos municípios com mais de 100 mil habitantes, apoiando sua ampliação e a dos serviços públicos de média complexidade ambulatorial através do programa de educação permanente (PEP) de recursos humanos, com estudos de linha de base e projeto de avaliação para melhoria da qualidade desses recursos humanos com monitoramento e avaliação, através de recursos fundo a fundo para as secretarias estaduais de saúde (SES). Essa expansão que vai

atingir 231 municípios e 55% da população visa o aumento da cobertura do PSF e do pacto de redução da mortalidade materna e neonatal, além da melhoria da infra-estrutura da rede básica de saúde com ampliação da oferta pública de atenção especializada e diagnóstica, fortalecimento da capacidade de gestão e regulação, superação da precarização na contratação de RH e incorporação dessas ações programáticas prioritárias, com o objetivo de qualificar e ampliar a resolubilidade e integralidade da Estratégia de Saúde da Família. As principais dificuldades nele encontradas têm sido a mudança da rede tradicional, a competição com o mercado privado e o enfrentamento do modelo hospitalocêntrico. O Ministério da Saúde, por meio da estratégia Saúde da Família que tem como objetivo ampliar o acesso à saúde de populações em situação de desigualdade social e diversidades regionais, está utilizando uma política de financiamento apoiada no princípio da equidade. Com esse intuito, está implantando uma nova política de assistência farmacêutica para a atenção básica com medicamentos para hipertensão, diabetes, asma, anemias, hipovitaminose A, contraceptivos, vacinas, tratamento das endemias, insumos para a saúde bucal e planejamento familiar. A priorização nessa política de investimento no financiamento de recursos na (re)organização da atenção básica da saúde (ABS) está garantida na responsabilização de todos os gestores e trabalhadores municipais na otimização da utilização dos recursos disponíveis com inserção da estratégia saúde da família nas redes de serviços, na implantação dos instrumentos de gestão disponíveis (SIAB, PPI, Pacto da Atenção Básica PAB) e na avaliação e acompanhamento permanente desse programa como mostram os quadros abaixo.

Tabela 8 - Orçamento e incentivos financeiros transferidos à saúde da família, agentes comunitários de saúde e saúde bucal.

Ano	Orçamento em Reais	Execução	% Executado
1998	201.000.000,00	143.763.058,42	71,52
1999	378.999.286,00	306.583.162,50	80,89
2000	680.000.000,00	648.500.575,97	95,37
2001	970.000.000,00	857.778.827,63	88,43
2002	1.350.000.000,00	1.204.978.139,88	89,25
2003	1.680.000.000,00	1.655.722.702,97	98,55
2004	2.071.000.000,00	2.071.000.000,00	100
2005	2.349.794.994,00		

Fonte Ministério da Saúde, (op.cit).



Fonte: Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB

Gráfico 13 -Incentivos financeiros transferidos à saúde da família, agentes comunitários de saúde e saúde bucal

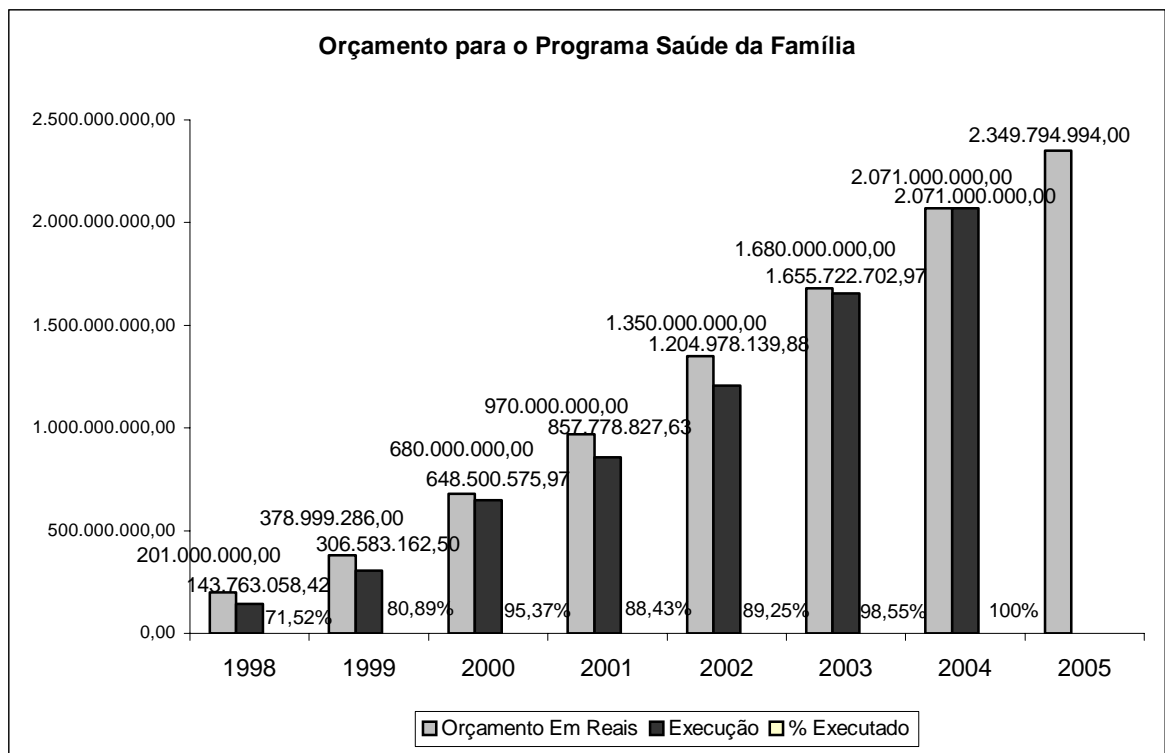


Gráfico 14 - Orçamento para o Programa Saúde da Família

Os principais desafios na gestão da atenção básica da saúde no plano municipal são a falta de priorização no financiamento para atenção básica da saúde (ABS), distorção do conceito de integralidade aplicado à formulação de políticas de ação programática, campanhista e datadas. Pouco compromisso dos serviços/gestões com a resolubilidade na priorização das ações curativas/emergenciais, fragmentação da atenção à saúde onde persiste o equívoco de que a atenção básica da saúde (ABS) faz apenas promoção e prevenção. Rede constituída necessitada de adequações estruturais, instrumentos gerenciais de avaliação e monitoramento inadequados a essas novas práticas. Em relação aos recursos humanos podem ser citadas a contratação de pessoal com precarização e seus limites legais e pouco compromisso com a estratégia da atenção básica, além da formação de pessoal na biomedicina. Os desafios estruturais da atenção básica estão ligados a sua falta de constituição efetiva como primeiro nível de atenção no SUS, ao rompimento com o modelo hospitalocêntrico e privatista, caracterizando-se como a principal “porta de entrada” do SUS e atenção da equipe de

saúde ao cidadão por meio do vínculo e co-responsabilização do processo saúde-doença com a comunidade. Além desses, podem ser elencados ainda os desafios conjunturais, tais como o de organização da atenção básica da saúde (ABS) e, conseqüentemente do SUS, mudança na prática e na concepção dos sujeitos por meio da humanização, acolhimento e vínculo, integralidade (sistema hierarquizado, assistência integral, contínua e organizada à população adscrita, com garantia de acesso a recursos complementares); prevenção, promoção, tratamento, recuperação e manutenção da saúde; território e comunidade adstrita com foco na família e cuidados ao longo do tempo.

Abaixo, tabelas e gráficos contendo indicadores que apontam para a melhoria da qualidade de vida no Brasil, a partir da organização da atenção básica à saúde (ABS), entre os anos de 1999-2003, nas diversas áreas cobertas pela saúde da família (SF) no Brasil:

- prevalência de aleitamento materno exclusivo e desnutrição infantil nas áreas cobertas pela saúde da família (SF);
- taxa de mortalidade infantil;
- assistência ambulatorial e hospitalar - sistema de saúde brasileiro;
- percentual de gestantes acompanhadas pelos agentes comunitários de saúde (ACS), nessas áreas.

E, por último, tabela e gráfico referentes à cobertura populacional do SF/BRASIL, de dezembro de 1998 a dezembro de 2004.

Tabela 9 - Prevalência de aleitamento materno exclusivo e desnutrição infantil, nas áreas cobertas pelo programa SF/Brasil, 1999-2003.

Anos	1999	2000	2001	2002	2003
% Crianças até 4 meses aleitamento materno exclusivo	57,4%	60,8%	63,3%	65,8%	67,2%
% Crianças menores de 1 ano desnutridas	10,1%	8,1%	7,0%	6,1%	4,8%

Fonte: Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB.

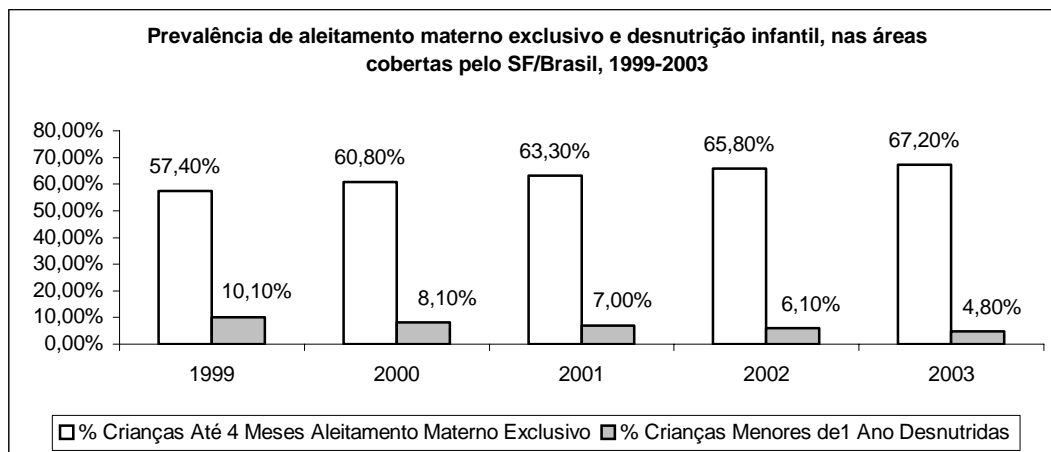


Gráfico 15 - Prevalência de aleitamento materno exclusivo e desnutrição infantil, nas áreas cobertas pelo SF/Brasil, 1999-2003

Através dessa tabela 10 e gráfico podemos perceber que houve uma significativa diminuição na desnutrição infantil e de suas principais conseqüências, em relação às condições de vida da população de crianças até um ano de vida, em função do exclusivo aleitamento materno que garante às populações mais fragilizadas melhoria de suas condições de vida. O mesmo acontece com as taxas de mortalidade infantil nas áreas cobertas pelo PSF, que caíram em todas as modalidades, quer seja por diarreia ou infecções respiratórias, as mais freqüentes. Do ponto de vista puramente econômico, a diminuição dessas taxas de mortalidade infantil nos mostra que a prevenção de doenças ainda é o procedimento mais poupador de recursos econômicos na área de saúde pública, garantindo a possibilidade de realocação desses recursos em áreas cujos procedimentos mais complexos sejam necessários para atender às demandas da população e melhorar sua qualidade de vida. Assim, a tabela e o quadro abaixo nos permitem visualizar melhor essas questões.

Tabela 10- Taxa de mortalidade infantil nas áreas cobertas pela SF/Brasil, 1999-2003.

Anos	1999	2000	2001	2002	2003
Taxa de mortalidade infantil	40,8	36,1	33,0	31,3	29,5
Taxa de mortalidade infantil por diarreia	8,0	6,1	5,1	4,4	3,5
Taxa de mortalidade infantil por infecção respiratória aguda (IRA)	6,6	5,1	4,0	3,3	3,1
Taxa de mortalidade infantil por outras causas	27,2	26,2	23,9	23,6	22,9

Fonte: Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB

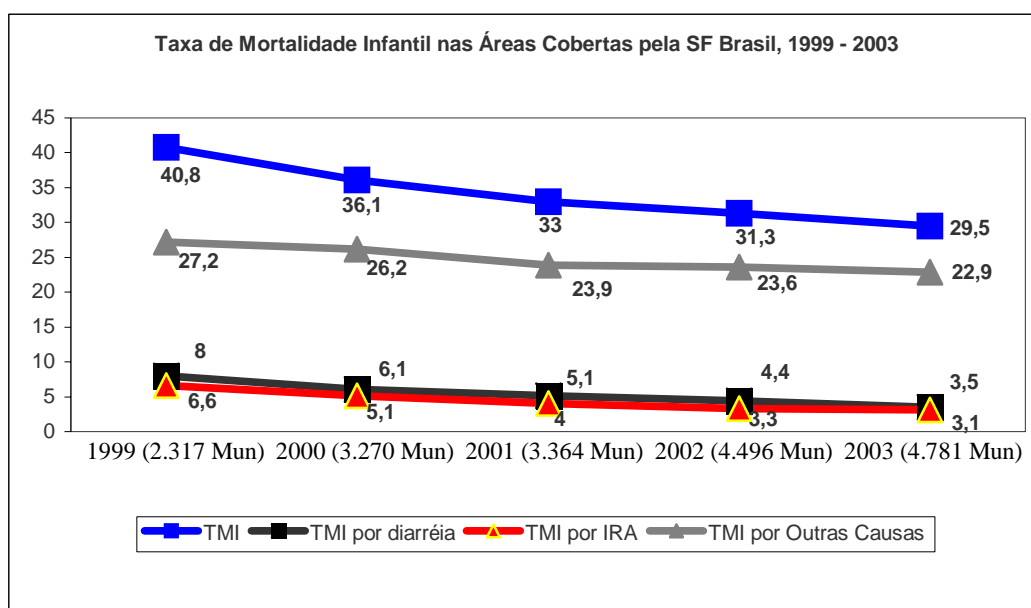


Gráfico 16 - Taxa de Mortalidade Infantil nas Áreas Cobertas pela SF Brasil, 1999 – 2003

De acordo com o gráfico, a mortalidade infantil nas áreas cobertas pelo PSF no Brasil está em queda, à medida em que avança o programa pelos diversos municípios brasileiros, de 1999 (2.317 municípios) a 2003 (4.781 municípios).

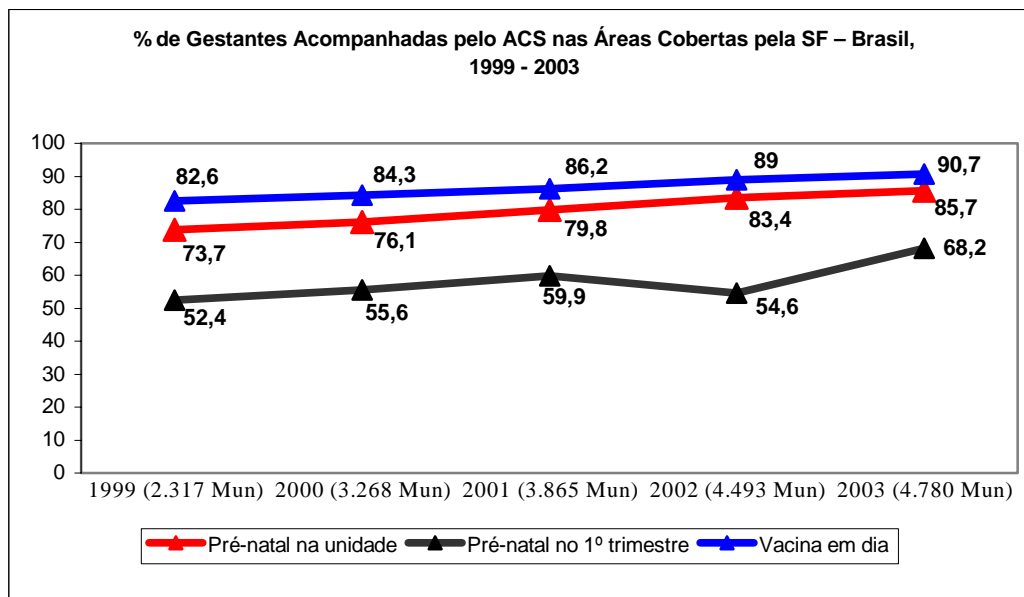
Tabela 11- % de Gestantes acompanhadas pelos agentes comunitários de saúde – ACS, nas áreas cobertas pela SF, no Brasil, 1999-2003.

Anos	1999	2000	2001	2002	2003
Pré-natal na unidade	73,7	76,1	79,8	83,4	85,7
Pré-natal no 1º trimestre	52,4	55,6	59,9	54,6	68,2
Vacina em dia	82,6	84,3	86,2	89,0	90,7

Fonte: Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB

Essa tabela e gráfico nos proporciona a visão de que a população atendida pelo programa de saúde da família foi intensamente beneficiada pelo

acompanhamento dos agentes comunitários de saúde que garantiram em mais de 10% (de 1999-2003) a realização dos exames pré-natais e vacinas em gestantes, reduzindo os riscos da mortalidade materno-infantil, e melhorando a qualidade de vida da população.



Fonte: Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB – Base limpa dados referidos
Gráfico 17 - % de Gestantes Acompanhadas pelo ACS nas Áreas Cobertas pela SF – Brasil, 1999 - 2003

Tabela 12 - Cobertura populacional do SF/BRASIL, dezembro de 1998 a dezembro de 2004.

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Cobertura populacional do SF/Brasil	6,6	9,6	17,4	25,4	31,9	35,7	39,7

Fonte: Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB - Base limpa dados referidos

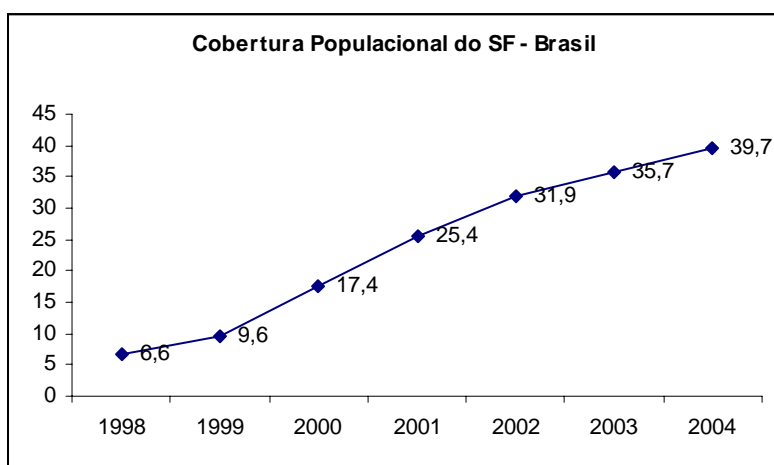


Gráfico 18 - Cobertura Populacional do SF - Brasil

Mais de 30% foi a cobertura da população assistida pelo PSF no país, de dezembro de 1998 a dez 2004, através do novo modelo hegemônico de assistência básica à saúde e à incorporação de novas práticas sanitárias, visando atender aos princípios da integralidade e equidade das ações de saúde na reorganização do processo de trabalho nas unidades de saúde para atender à demanda não médico-centrada, mas no modelo de equipe de assistência multi-profissional de cobertura da população assistida pelo PSF, na resolução dos seus problemas.

2.1. O Programa de Saúde da Família (PSF): histórico e implantação em Araçatuba/SP.

Para estabelecer a relação entre a incidência de doenças relacionadas à saúde pública e fortemente ligadas às desigualdades sociais foram utilizados dados empíricos levantados pelas equipes do Programa de Saúde da Família (PSF) em todo o município e nos bairros pesquisados que são o triplo bairro: S. José, Ezequiel, Mão Divina e o Vila Mendonça, já que o Nova Iorque não dispõe do atendimento das equipes do programa de saúde da família (PSF).

O PSF é uma estratégia prioritária do Ministério da Saúde para a reestruturação da atenção básica, melhorar a saúde da população e sua qualidade de vida, dentro de uma nova lógica de integração do sistema de saúde local com maior capacidade de ação para atender às necessidades da população de sua área de abrangência. Incorpora e reafirma os princípios básicos do SUS, contribuindo para a organização da população e incentivando a institucionalização dos seus mecanismos de representação da comunidade.

Criado em abril de 2001, na primeira gestão do governo Jorge Maluly Netto, o programa de saúde da família de Araçatuba/SP (PSF) já foi implantado com 35

equipes, atuando em mais de 50% do município. Com forte estrangulamento no seu acesso aos serviços de maior complexidade, o PSF careceu, até agora de sistemática própria do programa, funcionando, basicamente, como complemento da atenção básica à população.

A importância do programa ultrapassa suas atividades meramente formais que já se constituiriam em grandes avanços para a saúde da população municipal, como a de servir de “porta de entrada” e acesso ao Sistema Único de Saúde (SUS), garantindo os procedimentos de referência e contra-referência de difícil acesso à população. A supervisão e responsabilidade pela ingestão adequada de medicamentos necessários para tratar e controlar determinadas doenças como tuberculose, hanseníase, hipertensão, diabetes, infecções, etc, se constituem em importante atividade das equipes de saúde. E, para garantir o controle dessas doenças crônicas é necessária a existência de uma rede básica de saúde bem estruturada, com qualidade e regularidade dos serviços prestados. Mas, é no aspecto mais subjetivo que as equipes do programa têm tido um papel social preponderante, como multiplicadores do conhecimento específico de cuidados com a saúde, higiene e educação da população, modificando hábitos, atitudes e garantindo, inclusive, uma nova reflexão sobre algumas práticas sócio-políticas.

2.2. O PSF como campo de interdisciplinaridade

A fragmentação do conhecimento científico, paradigma dominante até o século passado começou a ser questionado pela impossibilidade de adequação nas explicações de fenômenos complexos como os ligados à natureza, à história e sociedade, exigindo uma abordagem metodológica mais integradora, capaz de integrar e explicar, mesmo provisoriamente, as múltiplas facetas da necessidade humana, como a

saúde, que não se constitui num campo separado das outras instâncias da realidade social. Dessa forma, “a proposta de construção de um conhecimento interdisciplinar trazida pelo PSF vem, de certa maneira, ao encontro dessa reflexão sobre a ruptura dos paradigmas do conhecimento, estabelecendo-se o diálogo constante entre os diferentes campos de conhecimento para melhor compreender o fenômeno estudado, e melhor interferir no nível da atenção primária de maneira mais integralizada”. (OLIVEIRA, [2002?]).

Ardoino (*apud* SMOLENTZOV, 2004) em seu artigo sobre a complexidade, tema das jornadas sobre a religação dos saberes idealizadas e dirigidas por Edgard Morin, propõe de forma clara que a reunião dos saberes não acarreta o desenvolvimento de uma transdisciplinaridade homogeneizadora, mas leva a situar com precisão uns em relação aos outros em função de suas alteridades históricas, antropológicas e epistemológicas e sociais, sem excluir as possibilidades de alterações mútuas e garantindo através dessa organização do conhecimento, unidade em toda pluralidade e pluralidade em toda unidade. Reafirma ainda que não se trata de hierarquização dos componentes, mas de sua interdependência, de uma verdadeira reforma, e até mesmo uma revolução do procedimento de conhecimento postulado por Morin como pensamento complexo. E complexo não no sentido do que é complicado e que pode ser reduzido por decomposição, mas no sentido do que é aberto, garantido por sua natureza plural e heterogeneidade constitutiva. E heterogeneidade, sobretudo, como uma pluralidade de olhares e de multireferências.

Não se trata somente de oferecer um quadro de referências mais amplo, ao invés do empilhamento de conhecimentos muito comum atualmente, obtido principalmente pela separação, fragmentação e departamentalização do conhecimento sem estabelecer relações entre eles. Isso causa grandes danos individuais e sociais ao

gerar um quadro de confusão geral capaz de interferir na clareza e percepção da análise crítica. É preciso que se abandone essa noção de atomização e super especialização do conhecimento e se adote uma outra, mais integrada, plural, heterogênea, multidimensional e totalizante onde o olhar para o mundo implique na necessidade de vê-lo como um todo indiviso, no qual todas as suas partes, incluindo o observador e seus instrumentos, se fundam e se unam numa totalidade. (BOHM, *apud* SMOLENTZOV, 2004).

Dentro dessa perspectiva o Programa de Saúde da Família (PSF), implantado em 1999 pelo Ministério da Saúde dentro de uma nova lógica de promoção da saúde com integração do sistema de saúde local e maior capacidade de ação dentro de sua área de abrangência, se caracteriza pela integração e organização dessas atividades em um território definido, tendo como principal finalidade a de atender às necessidades da população, melhorar sua qualidade de vida e promover a inserção social. É uma estratégia para a construção de um novo modelo assistencial, capaz de romper com a hegemonia do modelo vigente marcado por uma forma de atuação predominantemente hospitalar, hospitalocêntrica, centralizada no atendimento médico do processo saúde-doença. Essa mudança de objeto de atuação dos atores envolvidos na atenção à saúde procura centralizar suas ações, preponderantemente no cuidado à família, principal núcleo para as atividades de planejamento, gestão da assistência e das práticas em saúde. De acordo com o Ministério da Saúde, é essa centralidade na família, enquanto objeto de atuação dos profissionais e gestores de serviços, que tem na associação indivíduo/espaco/domicílio a idéia que melhor retrata o contexto sócio-histórico em que a população está inserida. Esse conhecimento necessário da realidade municipal está embasado num amplo levantamento de dados empíricos, através do mapeamento das comunidades municipais e no cadastramento das famílias, de acordo

com o grau de risco de saúde dessa população adscrita. Esse mapeamento possibilita o acesso a conhecimentos mais sistematizados sobre os problemas sanitários e sociais da comunidade, permitindo o delineamento do perfil dos indivíduos no seu espaço familiar, tão necessário para organizar a oferta e definir a demanda da comunidade pelos serviços de saúde. O acesso dos usuários a esses serviços se encontra "delimitado" em seu território, não sendo permitido o atendimento de outras famílias que não façam parte daquela "jurisdição", ou que pertençam a outra equipe do programa, sendo essas famílias fora da área de adscrição da clientela do PSF encaminhadas aos postos e serviços da rede básica de saúde. (PINHEIRO, 2004).

O PSF está dividido em equipes de saúde da família (ESF) que objetivam prestar assistência contínua à comunidade, acompanhando integralmente a saúde da criança, do adulto, da mulher, do idoso e de todos os que vivem no território nacional, fazendo parte da rede distrital e integrando o sistema de saúde local, através da sua estratégia de consolidação da Atenção Básica como política inclusiva do município, integrando todos os setores: UBS, NGA, USF, etc.

De acordo com o artigo 194 da Constituição Federal, a seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade destinado a assegurar os direitos relativos à saúde, previdência e assistência social. Deve ser oferecido a população sem estabelecer condições ou exigir pagamento determinado pela "universalização da cobertura e do atendimento", através de ações e serviços de saúde integrados numa rede regionalizada, hierarquizada e organizada, de acordo com a descentralização (com direção única em cada esfera de governo), atendimento integral (com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais) e participação da comunidade.

O PSF atua, de acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2001), com base em quatro princípios básicos: **caráter substitutivo** (substitui o modelo antigo e tradicional da rede básica de cobertura de saúde), **integralidade e hierarquização** (as unidades de saúde da família, USF, estão inseridas no primeiro nível de ações e serviços do sistema local de assistência de atenção básica, garantindo atenção integral aos indivíduos e famílias para que seja assegurada a referência e a contra-referência para clínicas e serviços de maior complexidade, sempre que necessário), **territorialização e cadastramento da clientela** (a USF atua num território de abrangência definido e é responsável pelo cadastramento e acompanhamento da população vinculada, adscrita a esta área, mantendo sob a responsabilidade de cada uma das equipes entre 600 e 1000 famílias, num limite máximo de 4500 pessoas, podendo atuar com uma ou mais equipes dependendo da concentração de famílias no território sob sua responsabilidade), e **equipes multiprofissionais** (cada equipe é composta, minimamente, de um médico, um enfermeiro, um auxiliar ou técnico de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde (ACS), podendo outros profissionais serem incorporados às equipes, ou formar equipes de apoio de acordo com as necessidades e possibilidades locais). Funcionando adequadamente, as unidades básicas do programa são capazes de resolver 85% dos problemas de saúde da comunidade com atendimento de bom nível, prevenindo doenças, evitando internações desnecessárias, melhorando a qualidade de vida da população e enfatizando o exercício de práticas de humanização da atenção básica de saúde, como atividades de visita e internação domiciliares (*home care*).

A influência do PSF não se limita apenas ao atendimento básico de saúde à população, contribuindo para os avanços nas formas de organização da população, incentivando e institucionalizando os mecanismos de representação da comunidade, aumentando as possibilidades de participação da população nas ações

públicas e na formulação e controle local das políticas de saúde, através dos seus conselhos municipais. Essas práticas, estimuladas pela própria filosofia do Sistema Único de Saúde (SUS), incorporam e reafirmam os princípios básicos de universalização, descentralização, integralidade, equidade, participação e controle social.

O princípio da integralidade se assenta na compreensão de que as pessoas têm o direito de serem atendidas no conjunto de suas necessidades, e que os serviços de saúde devem estar organizados de modo a oferecer todas as ações requeridas por essa atenção integral sobre o ambiente e sobre os indivíduos, destinada à promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde. Da mesma forma, o princípio da integralidade também nos remete à articulação das ações governamentais para a solução dos problemas sanitários, melhorando a qualidade do atendimento e os resultados das ações de saúde. (SÃO PAULO, [2002?]). A idéia de integralidade tem diferentes dimensões e se constitui no objetivo da rede de saúde, razão de ser de cada serviço, do "sistema" como um todo e do compromisso de todos os profissionais envolvidos. A primeira delas é a integralidade focalizada nos diversos serviços de saúde, resultado do esforço e compromisso das equipes multiprofissionais de escutar atenta e cuidadosamente os usuários para identificar suas necessidades de saúde. Uma segunda dimensão é a integralidade ampliada, resultado da articulação de cada serviço com uma rede complexa composta por outros serviços e instituições.

Já o conceito de equidade é definido pela superação das desigualdades, tanto no plano geral da formulação das macropolíticas econômicas do Ministério da Saúde, como no específico, exercido pelos municípios, através das secretarias municipais, e diversos serviços de saúde. Uma visão radical desses processos leva à conclusão de que a integralidade pode absorver o princípio da equidade, porque se

houvesse a máxima integralidade ampliada possível, com uma escuta eficiente, as iniquidades seriam reconhecidas naturalmente, como necessidades de saúde não atendidas. (CECÍLIO, 2004).

[...] O princípio da equidade significa que a rede de serviços de saúde deve estar atenta para as desigualdades existentes, com o objetivo de atender em suas ações às necessidades de cada parcela da população a ser coberta, devendo tratar desigualmente os desiguais, oferecendo mais a quem precisa mais, procurando reduzir a desigualdade. (SÃO PAULO, 2002).

Como o PSF é uma estratégia prioritária do Ministério da Saúde para a reestruturação da atenção básica, seu financiamento é garantido pelo Piso de Atenção Básica à Saúde (PAB), criado pela NOB/96 e pelos incentivos que compõem a parte variável do PAB, acrescidos dos recursos de fontes estaduais e municipais. Os municípios recebem incentivos diferenciados, privilegiando a maior cobertura da população pelas equipes do PSF, de acordo com a faixa de cobertura, conforme a tabela *faixa de cobertura populacional e valores anuais do incentivo financeiro por equipe*. Esse financiamento visa remunerar a rede básica de atendimento e assegurar a integração dos hospitais no planejamento municipal e intermunicipal, por meio da pactuação gestor municipal, gestor estadual. (Araçatuba, 2004).

Todo acompanhamento das ações e resultados das atividades realizadas pelas equipes do PSF é monitorado pelo Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB). Criado em 1998, como instrumento gerencial dos sistemas locais de saúde, o SIAB é um sistema de informação territorializado de saúde, cujos dados se referem a populações bem delimitadas, possibilitando a construção de indicadores populacionais referentes às áreas de abrangência do programa. O SIAB produz relatórios que auxiliarão as próprias equipes nas unidades básicas de saúde a que estão ligadas e aos

gestores municipais a acompanharem o trabalho e avaliarem a sua qualidade, permitindo o conhecimento da realidade sócio-sanitária da população acompanhada, avaliando os serviços oferecidos e adequando-os quando necessário para melhorar a qualidade dos serviços de saúde à população. (BRASIL, 2003).

O Programa Saúde da Família PSF em Araçatuba/SP, um dos maiores do estado de SP, conta desde a sua instalação em abril de 2001 com 35 equipes (ESF), envolvendo mais de 300 pessoas que trabalham em onze das quatorze Unidades Básicas de Saúde (UBS), todas informatizadas e interligadas em rede, abrangendo mais de 50% do território municipal. As equipes são compostas de um médico generalista (com conhecimento de clínica geral), um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e 6 agentes comunitários de saúde (ACS), e atendem a 34.433 famílias, aproximadamente 120 mil pessoas⁴⁴, 71,32% da população municipal, chegando mesmo a 100% da população referenciada às unidades básicas de saúde em alguns bairros da periferia mais carentes. Além dessas 35 equipes formadas, o PSF conta com a participação de 16 equipes de saúde bucal (ESB) compostas, por sua vez, de um dentista, um técnico de higiene bucal (THD) e um atendente de consultório dentário (ACD), além dos trinta e seis dentistas da rede de atendimento nos consultórios escolares. Essas equipes, que trabalham junto às 11 unidades básicas de saúde (UBS) das 15 existentes no município (as quatro restantes estão na zona rural), formam agora as unidades de saúde da família (USF). Elas atendem, em conjunto, os programas já organizados do sistema de saúde, como saúde da criança, do adolescente, da mulher (pré-natal, gestante e planejamento familiar) e do idoso, vigilância nutricional e controles de hipertensão, diabetes melitus, tuberculose, hanseníase e saúde bucal. As equipes trabalham com jornada de 8 horas de trabalho diário e rendimentos diferentes, mesmo entre os integrantes da equipe com curso

⁴⁴ Numa população estimada em 2004 pelo IBGE, de 176 025 habitantes.

superior, de segunda a sexta-feira (40 horas semanais), essencial para criar vínculo entre elas e a comunidade através de relação pessoal com cada um dos pacientes. A equipe acompanha a história de vida e saúde dos moradores, encaminhando-os aos especialistas, se necessário (atenção secundária), ou ao hospital de referência regional, Santa Casa de Misericórdia (atenção terciária), para dar prosseguimento a sua principal atividade, a de atender às necessidades da comunidade. (ARAÇATUBA, 2004).

Na avaliação dos gestores municipais e da maioria das equipes do PSF, o programa não conseguiu ser o principal promotor de integração das comunidades locais, nesses quatro anos de gestão do programa, por vários motivos. Entre eles, o de que a maioria das equipes de saúde da família ainda se insere dentro do modelo hegemônico vigente de atendimento à comunidade, marcado pela atuação predominantemente hospitalocêntrica e centralizada no atendimento médico do processo saúde-doença. Além disso, é necessário ressaltar que as equipes têm atuado de forma complementar na prestação dos serviços de saúde realizado nas tradicionais unidades básica de saúde (UBS) sem o marcante compromisso social de visitação às famílias adscritas ao seu território, especialmente os médicos que, na maioria, atendem dentro da estrutura montada das conhecidas 16-20 consultas diárias dos postos de atendimento. Fica comprometida a integração tão necessária entre as equipes do PSF com a comunidade, pela fragmentação das ações de saúde do atendimento tradicional à população com seus gargalos e pontos de estrangulamento já tão conhecidos, dificultando o atendimento na atenção integral aos indivíduos e suas famílias na referência e contra-referência para os serviços de maior complexidade, sempre que necessário. Preocupado com o desenvolvimento do programa, o recém empossado coordenador do PSF ⁴⁵ reuniu, pela primeira vez desde sua implantação, enfermeiros

⁴⁵, O atual coordenador do PSF em Araçatuba, Sergio Smolentzov, foi indicado em 14/03/05, três meses depois do cargo permanecer vago.

representantes de cada equipe para discutir uma nova estratégia capaz de garantir o atendimento à população de forma integral, lutando contra a fragmentação e dispersão das equipes através de uma postura multiprofissional de compromisso e responsabilidade social, garantida pela interligação de eficiente comunicação em rede, definindo a fiscalização profissional através das próprias equipes e da comunidade, pela ampla e transparente comunicação e divulgação dessas equipes e de seus horários de trabalho, afixados nas próprias USFs. E, para que não persista essa falta de comunicação inter e intra equipes, reuniões e relatórios das equipes com a coordenação serão obrigatórias e mensais, garantindo o acompanhamento, discussão e reflexão dos principais problemas ocorridos na prática profissional dessas equipes em sua intensa relação com a comunidade, evitando a falência do atendimento do programa, evidente no ofício enviado pela chefia do serviço de vigilância epidemiológica do município ao novo coordenador do PSF em que declara concluir que

[...] o município de Araçatuba embora tenha descentralizado o diagnóstico e tratamento da tuberculose, através de vários treinamentos das equipes do PSF, o que se verifica é o retorno ao modelo antigo de centralização no Centro de Saúde I de Araçatuba, com taxa de cura inferior a 65% nos últimos quatro anos, já que a estratégia de tratamento supervisionado não foi efetivamente assumida. Considerado prioritário pelo Ministério da Saúde, o programa de combate à tuberculose é barato e de fácil implantação, exigindo para isso uma séria fiscalização e grande entrosamento entre as equipes e a comunidade para que haja um drástico aumento de cura da doença e para que os casos remanescentes de tuberculose sejam considerados sob completo controle. (Of/Cs I/Ata/Ve/Nº 040/2005, 23/03/05).

Muitos são ainda os desafios para o completo funcionamento do programa no contexto municipal de Araçatuba e, certamente, um deles diz respeito à questão dos recursos humanos: dificuldade de contratação de pessoal qualificado com

formação e qualificação na área. Além disso, ao final do quarto ano de prática (junho/2005), todas as equipes do PSF do município tiveram que passar por nova seleção profissional para contratação, via concurso público realizado por uma instituição do terceiro setor, OSCIP - organização da sociedade civil de interesse público em co-gestão com o município de Araçatuba, através da prefeitura municipal. Essa instituição do Terceiro Setor, “sem fins lucrativos, com independência administrativa e financeira, age como colaboradora do Estado na execução de programas na área da saúde, educação, social e meio ambiente”, e foi ela a responsável pela contratação de todo pessoal do programa de saúde da família, que foram se efetivando ao longo de todo o 2º semestre de 2005 ⁴⁶.

[...] Essas organizações sem fins lucrativos e não-governamentais constituem aquilo que se denomina terceiro setor, sem serem consideradas nem estado nem mercado. [...]. São organizações públicas privadas, porque não estão voltadas à distribuição de lucros para acionistas ou diretores, mas para a realização de interesses públicos, entretanto, desvinculadas do aparato estatal. Essa nova realidade que está sendo construída estabelece uma nova relação entre Estado e Sociedade, entre público e privado. [...] Com a Lei 9.790, de 23.03.1999, o Estado dispõe sobre a qualificação de pessoas jurídicas de direito privado sem fins lucrativos, como Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público, definido os termos em que deve ocorrer a parceria dessas instituições com o Estado, na realização de ações sociais de sua competência. (JUNQUEIRA, 2004, p. 31, 33).

⁴⁶ Centro Integrado e Apoio Profissional (CIAP). OSCIP – Organização da Sociedade Civil de Interesse Público. Extraído do PLANO DE TRABALHO para o Programa Saúde da Família, Araçatuba/SP. Londrina, Pa. 2005.

3. O Programa Saúde da Família (PSF) de Araçatuba: estatísticas e análise, a versão oficial⁴⁷

Os dados obrigatoriamente colhidos pelas equipes do programa de atenção básica de saúde da família sobre a situação sócio-econômica do município de Araçatuba fazem parte das tabelas e gráficos abaixo. Nelas pode-se perceber que a situação das moradias, no âmbito de cobertura e mapeamento das equipes do PSF, pouco mudou desde 2001. Foram acrescentadas de 2001-2005 apenas 275 casas de tijolo/adobe. Por outro lado, em 2001, havia 302 moradias que não eram desse material; em 2005 esse número caiu para 215, uma diferença muito pouco significativa de apenas 97 moradias, provavelmente de construção precária, por não estarem discriminadas como tijolo/adobe. No entanto, a população do município passou, de acordo com o IBGE, de 171.289 habitantes para 179.717 habitantes, uma diferença de 8.428 habitantes no mesmo período. Esses dados fornecidos pelas equipes do PSF do município cobrem apenas a população assistida pelo programa, que gira em torno de 60% a 70% da população municipal. Essa variação se deve principalmente à grande mudança de moradia e de endereços, especialmente nos bairros de periferia, onde se encontram as populações mais fragilizadas. Além disso, os bairros mais bem servidos de equipamentos urbanos e considerados de habitação da elite, como é o caso do Jardim Nova Iorque e do seu entorno, não fazem parte da cobertura do PSF e não entraram na estatística abaixo referida de moradia.

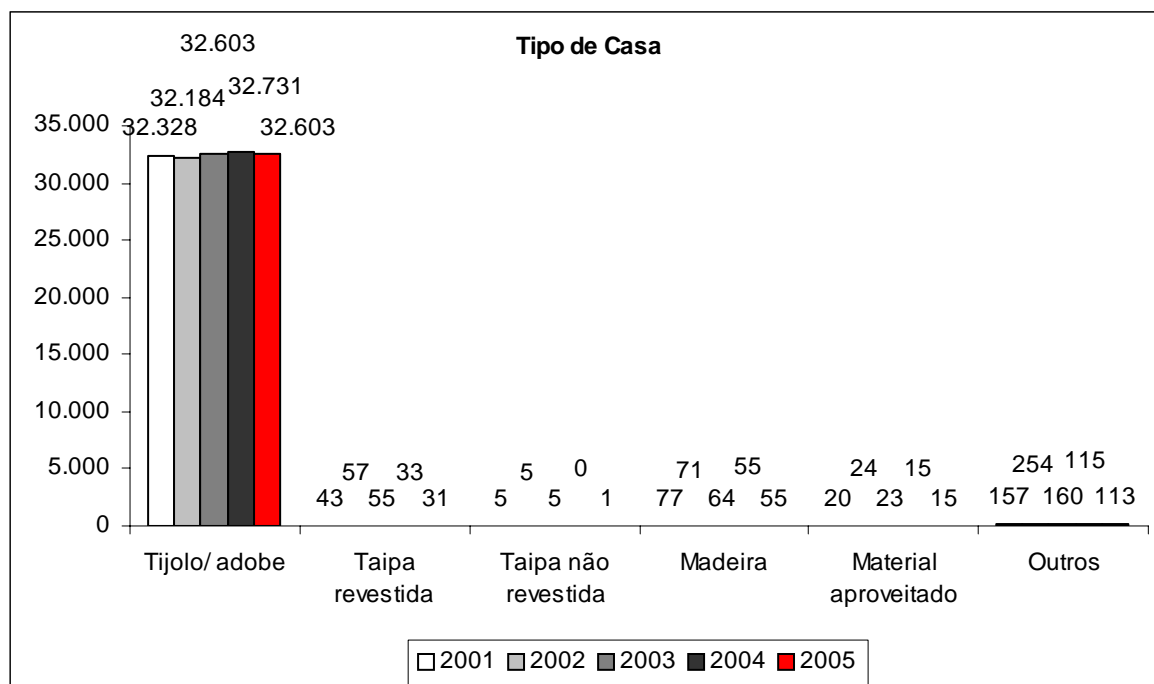
⁴⁷ Para maior entendimento e clareza, em relação à metodologia utilizada nesse trabalho, será anexado no final deste capítulo o verso da Ficha A, enviada pelo Ministério da Saúde a todos os municípios brasileiros e onde fica definida a situação das moradias e das condições de saneamento desses municípios. Assim como a frente dessa ficha A, anexada também no final do capítulo I, seu verso serve de roteiro básico para o trabalho de levantamento sócio-econômico dos municípios brasileiros feito pelas equipes dos programas de saúde da família, cujos dados são enviados novamente ao Ministério da Saúde, via SIAB (Sistema de Informação de Atenção Básica).

[...] Para assegurar a toda a população o direito à saúde é fundamental a efetiva implantação do SUS, o que significa mudar a lógica segundo a qual vem operando o sistema, melhorando a qualidade do atendimento e os resultados das ações de saúde. O SUS não é o que está aí. É o que temos que construir. (SÃO PAULO, 2002, p. 89)

Tabela 13 - Situação de Moradia e Saneamento.

Tipo de Casa	2001	2002	2003	2004	2005
Tijolo/adobe	32.328	32.184	32.603	32.731	32.603
%	99,07	98,74	99,07	99,34	99,34
Taipa revestida	43	57	55	33	31
%	0,13	0,17	0,17	0,1	0,09
Taipa não revestida	5	5	5	0	1
%	0,02	0,02	0,02	0	0
Madeira	77	71	64	55	55
%	0,24	0,22	0,19	0,17	0,17
Material aproveitado	20	24	23	15	15
%	0,06	0,07	0,07	0,05	0,05
Outros	157	254	160	115	113
%	0,48	0,78	0,49	0,35	0,34

Fonte: PSF/SSHP Secretaria de Higiene e Saúde Pública do município de Araçatuba/SP, 2005.



Fonte: *Idem, ibid.*

Gráfico 19 – Tipo de Casa

Tabela 14 – Famílias Cadastradas

Ano	2.001	2.002	2.003	2.004	2005
Nº de Famílias Cadastradas no PSF	32.630	32.595	32.910	32.949	32.818
%	116,54	116,41	67,08	66,32	64,32
7 a 14 Anos na Escola	15.605	15.151	14.969	13.654	13.076
%	98,56	97,44	95,48	93,36	91,41
15 Anos e Mais Alfabetizadas	79.099	80.003	80.902	80.641	80.582
%	92,76	92,89	93,4	94,3	94,39
Pessoas cobertas com Plano de Saúde*	12.488	12.180	13.014	13.217	12.851
%	10,99	10,81	11,57	12,10	11,84
População total do município**	171.289	172.771	174.399	176.025	179.717

Fonte: *Idem, ibid.*

*das famílias cadastradas;

**segundo o IBGE.

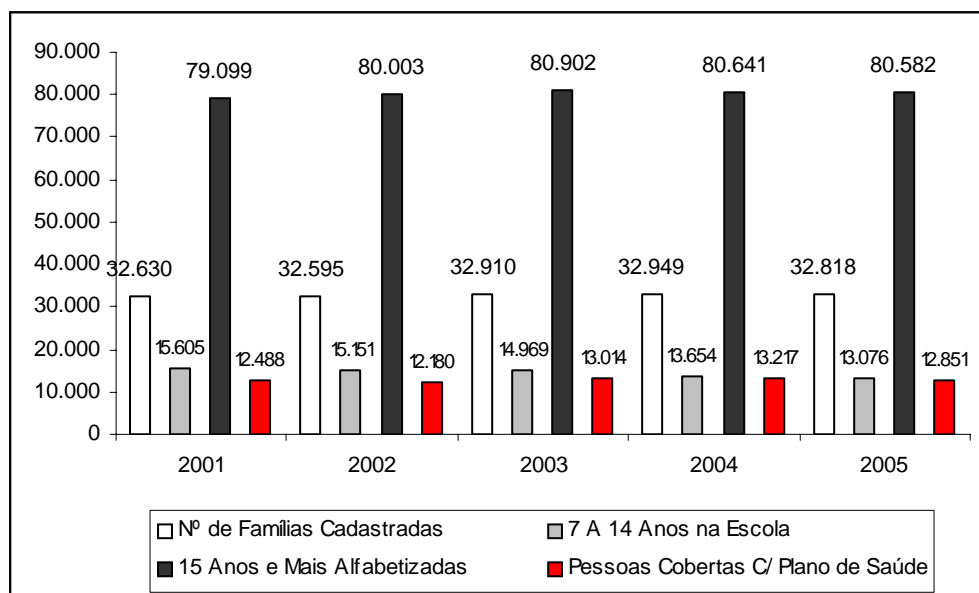


Gráfico 20 – Famílias Cadastradas

Em relação à escolaridade das famílias cadastradas de Araçatuba cujos dados foram levantados pelas equipes de atenção básica do PSF pode-se notar que a grande maioria, mais de 92% tem mais de 15 anos de vida escolar, ficando apenas uma pequena parte dessa população abaixo da escolaridade mínima (7 a 14 anos). Apenas 10% dessa população consegue pagar para ter cobertura de algum plano privado de saúde, o que significa que a grande maioria da população municipal depende, exclusivamente, da assistência oferecida pelo Sistema Único de Saúde – SUS, assim como do programa de atenção básica da saúde da família que consiste no principal acesso a esse sistema público de saúde. Pode-se perceber pelo quadro acima que a

evolução no número de pessoas cobertas com plano de saúde, na população coberta pelo PSF variou muito pouco, de 12.488 em 2001 para 12.851 em 2005, enquanto a população total do município passou de 171.289 habitantes, em 2001, para 179.717 hab. em 2005.

Oferecido dentro de uma nova ótica e perspectiva, esse programa tem como proposta melhorar a qualidade de vida da população municipal, enfatizando os cuidados com a saúde e não com a doença.

Tabela 15 - Tratamento de Água no Domicílio

Tratamento de Água no Domicílio	2001	2002	2003	2004	2005
Filtração	11.363	10.965	10.647	10.096	9.962
%	34,82	33,64	32,35	30,64	30,36
Fervura	331	307	257	108	186
%	1	1	0,78	0,57	0,57
Cloração	235	235	262	571	565
%	0,72	0,72	0,8	1,73	1,72
Sem tratamento	20.701	21.088	21.744	22.094	22.105
%	63,44	64,7	66,07	67,06	67,36
Nº de Famílias Cadastradas	32.630	32.595	32.910	32.949	32.818
População total do município*	171.289	172.771	174.399	176.025	179.717

Fonte: *Idem, ibid.*

* Segundo o IBGE.

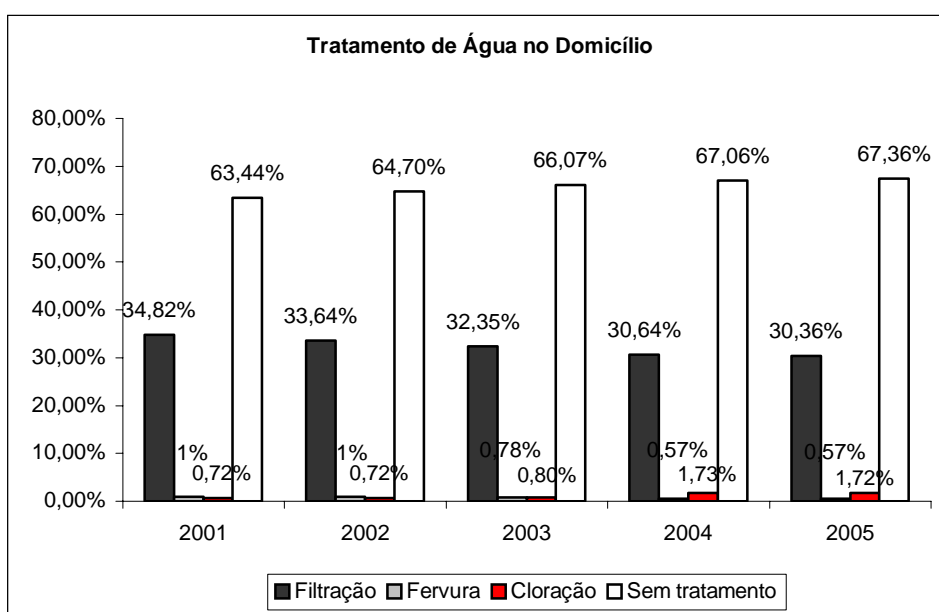


Gráfico 21 - Tratamento de Água no Domicílio

No quesito abastecimento de água tratada e fluoretada o município oferece 98% de rede pública de água e esgoto tratados, garantindo infra-estrutura básica de muito boa qualidade para a população, incluindo aí o destino do lixo, que tem mais de 98% de coleta pública diária na cidade, conforme ilustram as tabelas e gráficos abaixo. Os dados em ascensão de fervura e cloração da água, desde 2001 podem receber a explicação de que a população tentou se preservar dos surtos de algumas doenças, como dengue, leishmaniose e aumento pontual de algumas outras doenças infecciosas ao longo desses anos. Sem saber ao certo como se defender dessas doenças, parte da população decidiu fazer a sua parte, tratando um pouco mais a água de suas casas.⁴⁸

Tabela 16 - Abastecimento de Água

Abastecimento de Água	2001	2002	2003	2004	2005
Rede pública	32.178	32.134	32.491	32.610	32.493
%	98,61	98,59	98,73	98,97	99,01
Poço ou nascente	288	315	266	211	199
%	0,88	0,97	0,81	0,64	0,61
Outros	164	146	153	128	126
%	0,5	0,45	0,46	0,39	0,38

Fonte: *Idem, ibid.*

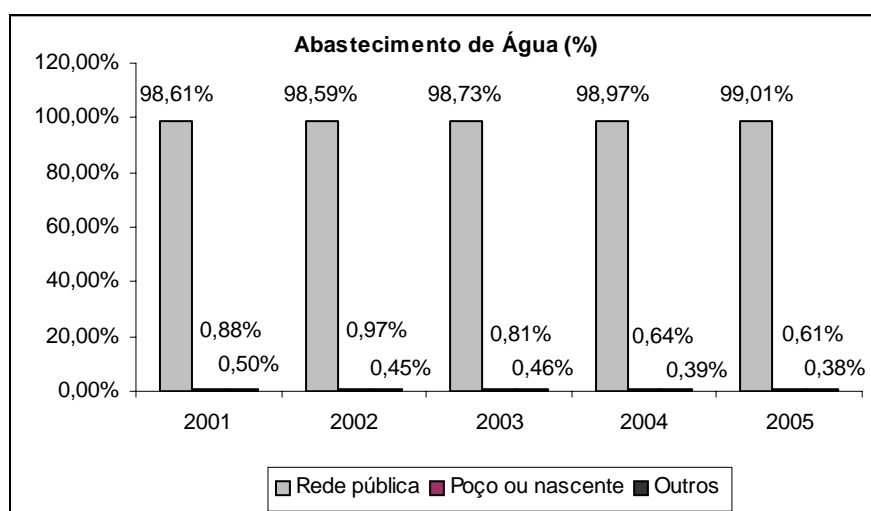


Gráfico 22 - Abastecimento de Água

⁴⁸ Explicação dada pelo coordenador do PSF de Araçatuba/SP, Sergio Smolentzov.

Tabela 17 - Destino do Lixo

Destino do Lixo	2001	2002	2003	2004	2005
Coleta pública	32.199	32.199	32.571	32.661	32.546
%	98,68	98,79	98,97	99,13	99,17
Queimado/enterrado	348	331	295	249	233
%	1,07	1,02	0,9	0,76	0,71
Céu aberto	83	65	44	39	39
%	0,25	0,2	0,13	0,12	0,12

Fonte: *Idem, ibid.*

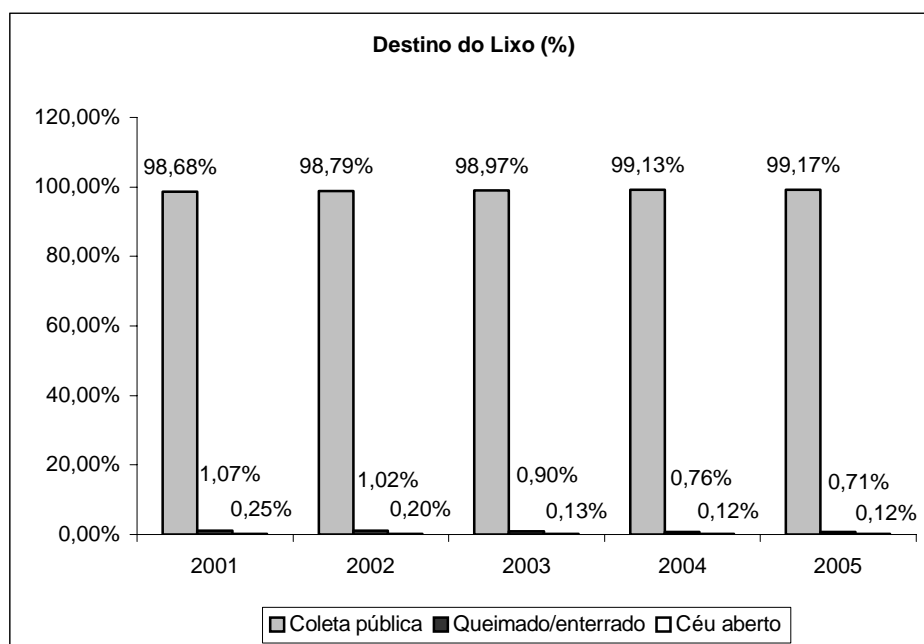
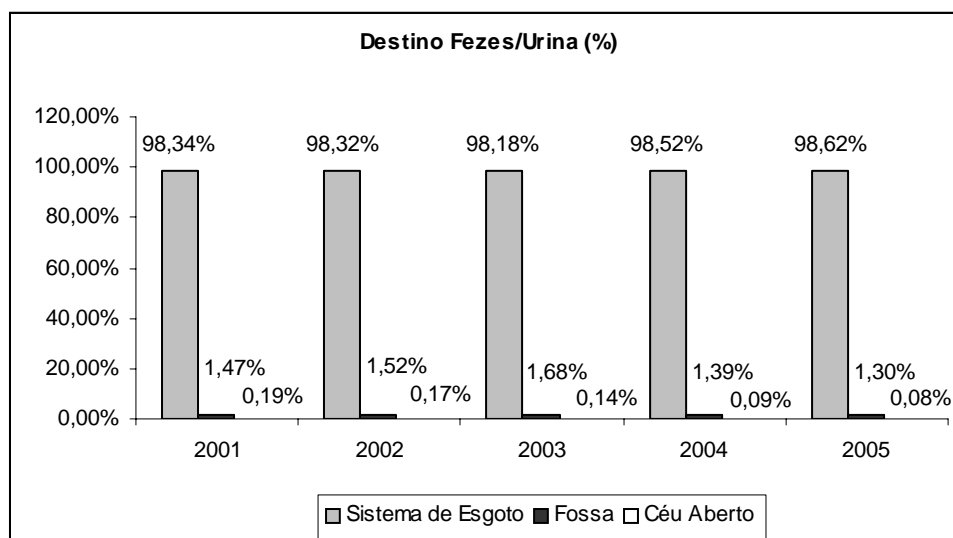


Gráfico 23 - Destino do Lixo (%)

Tabela 18 - Destino Fezes/Urina

Destino Fezes/Urina – Anos	2001	2002	2003	2004	2005
Sistema de Esgoto	32.080	32.046	32.311	32.463	32.366
%	98,34	98,32	98,18	98,52	98,62
Fossa	480	495	552	457	425
%	1,47	1,52	1,68	1,39	1,3
Céu Aberto	62	54	47	29	27
%	0,19	0,17	0,14	0,09	0,08

Fonte: *Idem, ibid.*



Fonte: *Idem, ibid.*

Gráfico 24 - Destino Fezes/Urina (%)

Os dados coletados pelas equipes do programa de saúde da família, referentes aos gráficos relativos à infra-estrutura básica corroboram o que já se sabe. O município é servido por extensa rede de água fluvial, potável, de boa qualidade, não poluída. É garantido ainda, por uma rede de água e esgoto 98% tratados, de ótima qualidade, com coleta de lixo regular e diária, com proposta de transformação desse lixo em fonte de energia, através da construção de usina de compostagem.

Tabela 19 - Oferta de energia elétrica em Araçatuba/SP.

Anos	2001	2002	2003	2004	2005
Energia elétrica	31.653	31.904	32.247	32.323	32.253
%	97,01	97,88	97,99	98,2	98,28

Fonte: PSF/SSHP Secretaria de Higiene e Saúde Pública do município de Araçatuba/SP, 2005.

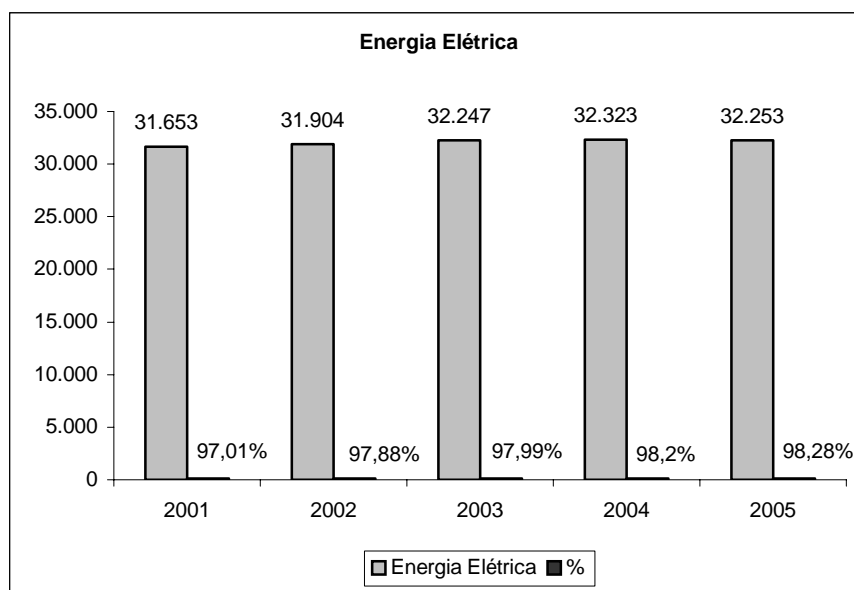
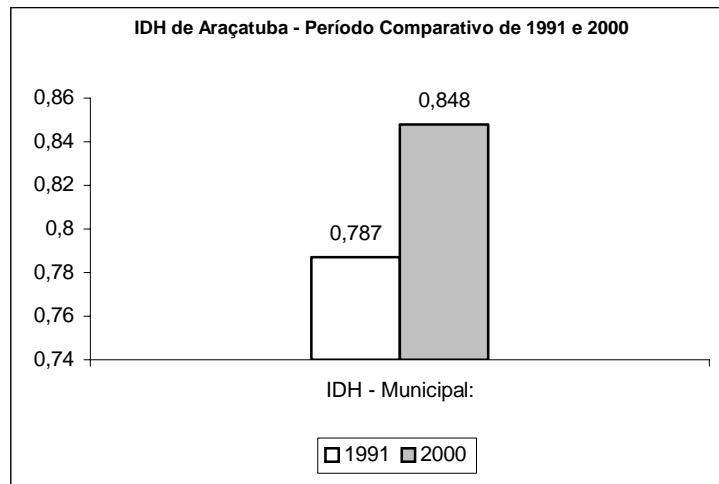


Gráfico 25 – Energia elétrica

O mesmo quadro pode ser observado em relação à energia elétrica também oferecida a praticamente todo o município, desde 2001 e elevando o percentual a mais de 98% da população municipal, garantindo infra-estrutura básica para uma boa qualidade de vida e altos índices de IDH-M (Índice de Desenvolvimento Humano Municipal), cujos índices próximos de um, considerado ideal, são conseguidos pelo município desde 1991, como mostram os gráficos abaixo. Em 1991, Araçatuba teve o índice de 0,787 no IDH-M e em 2000 esse índice foi para 0,848. Segundo a classificação do PNUD, o município está entre as regiões consideradas de alto desenvolvimento humano com IDH maior que 0,8. Em relação aos outros municípios do Brasil, Araçatuba apresenta uma situação boa, pois ocupa a 38ª posição entre os 5.561 municípios brasileiros, a 12ª posição dentre os 645 municípios paulistas um dos que apresenta melhor IDH também na sua micro-região⁴⁹.

⁴⁹ Atlas de Desenvolvimento Humano no Brasil – perfil municipal – Araçatuba/SP.



Fonte: PNUD/Atlas de Desenvolvimento Humano, 2003.

Gráfico 26 - IDH de Araçatuba - Período Comparativo de 1991 e 2000

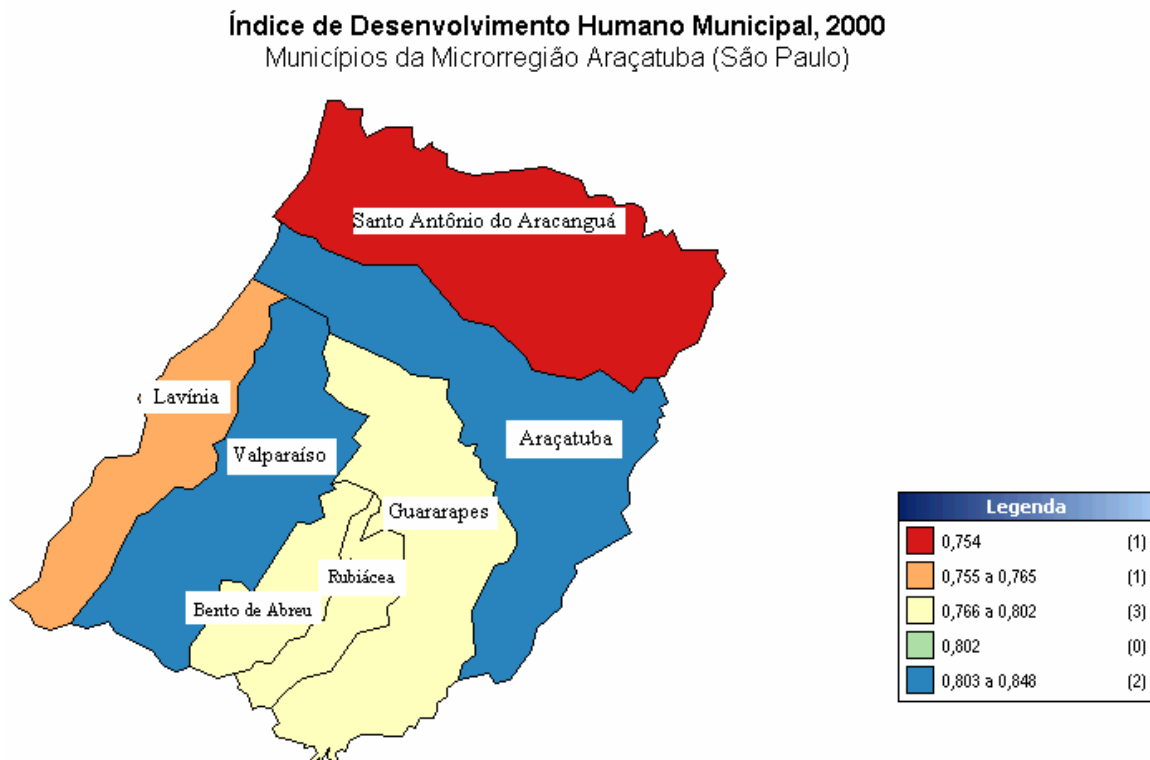


Figura 1 – Índice de Desenvolvimento Humano Municipal, 2000

3.1. Atuação das equipes do PSF no município: um balanço necessário depois de quatro anos de funcionamento

[...] Como em todo o processo de construção do SUS, a responsabilidade pela atenção à saúde deve ser dividida nos três níveis de governo, cabendo ao Ministério da Saúde a formulação de políticas de saúde, reorientando a organização da atenção básica por meio da Saúde da Família, ao Estado a assessoria técnica e a supervisão aos municípios na implantação e seguimento do PSF, e aos municípios a execução e gestão da Saúde da Família. (SAMPAIO, 2002, p. 23)⁵⁰

Produto do acompanhamento periódico pelas equipes do PSF o município conseguiu baixar as taxas de mortalidade materno-infantil, apesar de o município, como centro de referência regional, atrair as ocorrências geralmente mais graves de toda a região. É importante ressaltar ainda que as campanhas realizadas nacionalmente para estimular o exclusivo aleitamento materno também tiveram grande participação na diminuição dessas taxas de mortalidade, assim como da desnutrição infantil. O aumento da escolaridade materna também se constitui num fato importante para garantir a diminuição dessas taxas.

Tabela 19 - Condição referida (Gestante)

Condição referida	2001	2002	2003	2004	2005
Gestante	518	537	486	608	747
%	1,04	1,07	0,96	1,23	1,51

Fonte: PSF – ficha A.

⁵⁰ SAMPAIO, Luis Fernando Rolim. (Consultor). In: Informação para tomadores de decisão em Saúde Pública. Tema: apoio ao programa de saúde da família. BIREME/OPAS/OMS. Centro latino-americano e do Caribe de informação em Ciências da Saúde. Biblioteca/Virtual em Saúde/ Saúde Pública Brasil, São Paulo, dez de 2002.

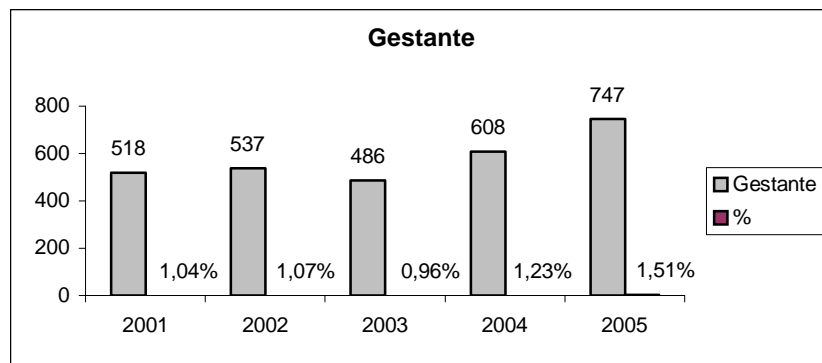


Gráfico 27- Gestante

Tabela 21 - Aleitamento materno exclusivo em menores de 4 meses no período de julho/2001 a abril/2005, em Araçatuba/SP.

Anos	2001	2002	2003	2004	2005
Aleitamento materno exclusivo em menores de 4 meses	61,29	58,1	56,49	56,66	60,55

Fonte: SIAB/SES/SP.

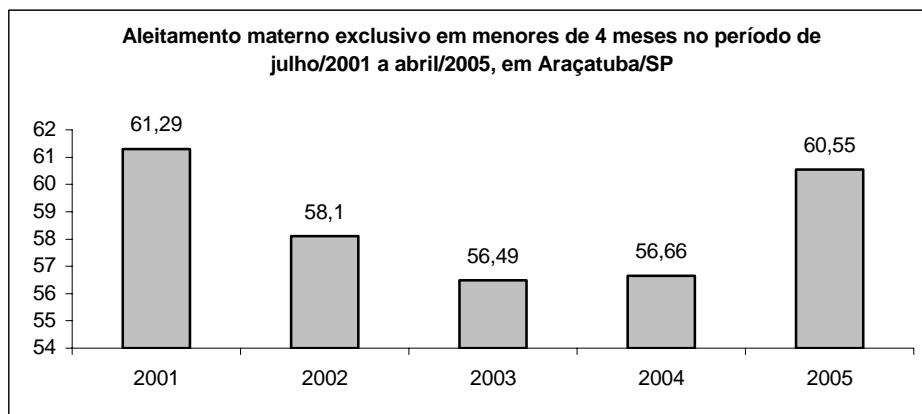


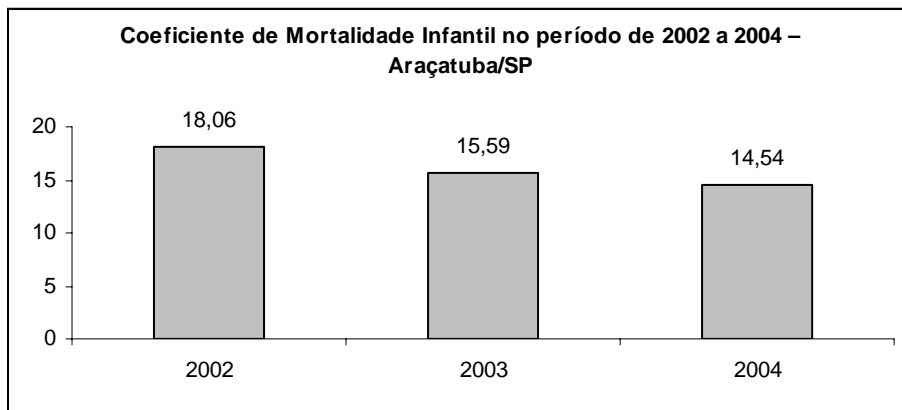
Gráfico 28 - Aleitamento materno exclusivo em menores de 4 meses no período de julho/2001 a abril/2005, em Araçatuba/SP

Tabela 22 - Coeficiente de Mortalidade Infantil no período de 2002 a 2004* – Araçatuba/SP

Anos	2000	2001	2002	2003	2004
Coeficiente de Mortalidade Infantil – Araçatuba/SP	15,78	8,99	18,06	15,59	14,54

Fonte: SIAB/SES/SP.

* Os dados de 2005 só serão fornecidos depois de completado o ano.



Fonte SES/SP.

Gráfico 29 - Coeficiente de Mortalidade Infantil no período de 2002 a 2004* – Araçatuba/SP

Tabela 23 - Gestantes acompanhadas no período de julho/2001 a abril/2005 – Araçatuba-SP

	2001	2002	2003	2004	2005
C/ Vacina em dia	77,23%	87,26%	90,57%	91,57%	94,46%
C/ Consulta Pré-natal	95,09%	94,94%	95,63%	96,47%	95,84%
C/ Pré-natal 1º Trim.	83,04%	58,34%	87,36%	90,39%	89,90%

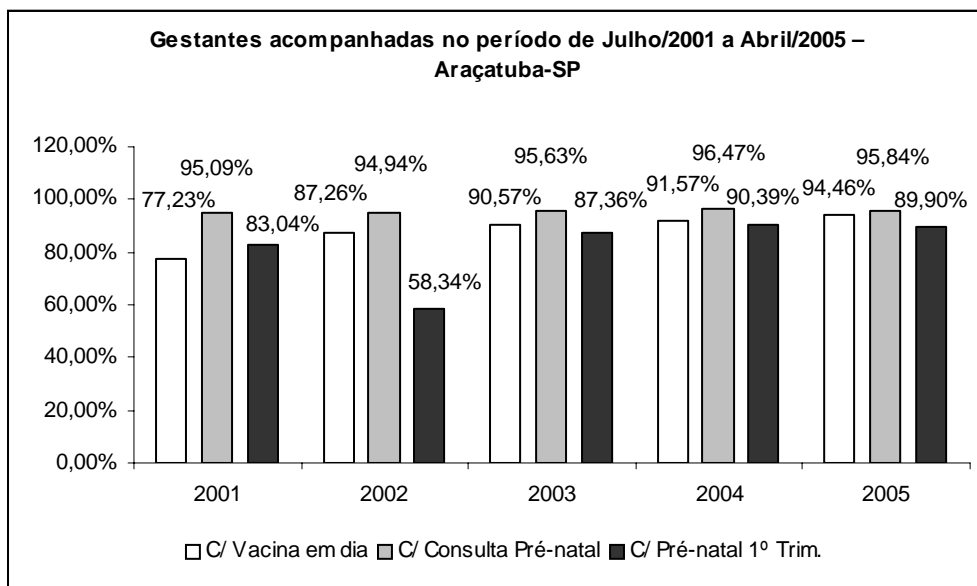
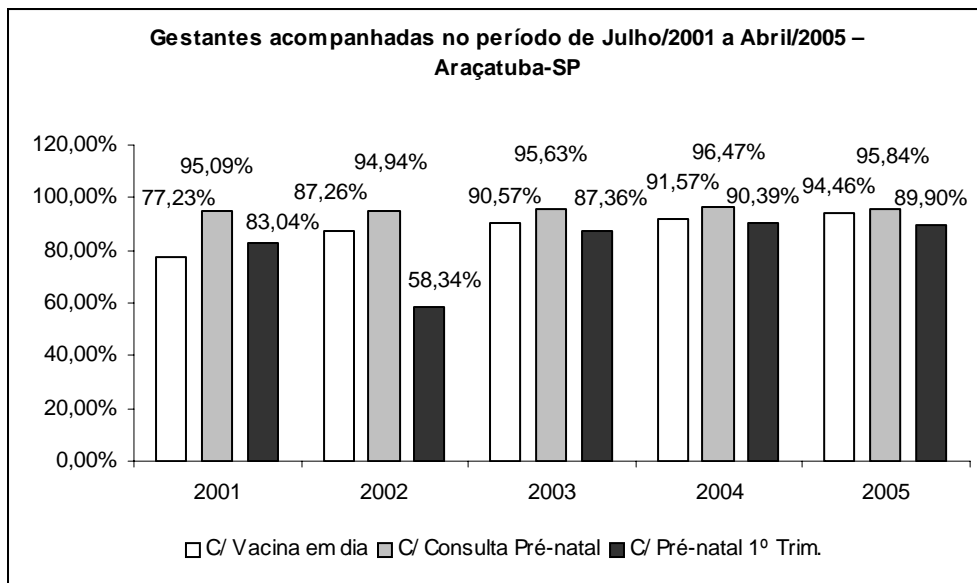


Gráfico 30 - Gestantes acompanhadas no período de julho/2001 a abril/2005 – Araçatuba-SP.



Fonte SIAB.

Gráfico 31 - Gestantes acompanhadas no período de julho/2001 a abril/2005 – Araçatuba-SP (%)

Tabela 24 - Percentual de parturientes com 07 ou mais consultas pré-natais no período de 2002 a 2004, Araçatuba/SP.

Parturientes com 07 ou mais consultas pré-natais	2000	2001	2002	2003	2004
Percentual	80,63%	80,62%	83,52%	82,32%	84,78%

Fonte: Dados da Secretaria Estadual de Saúde

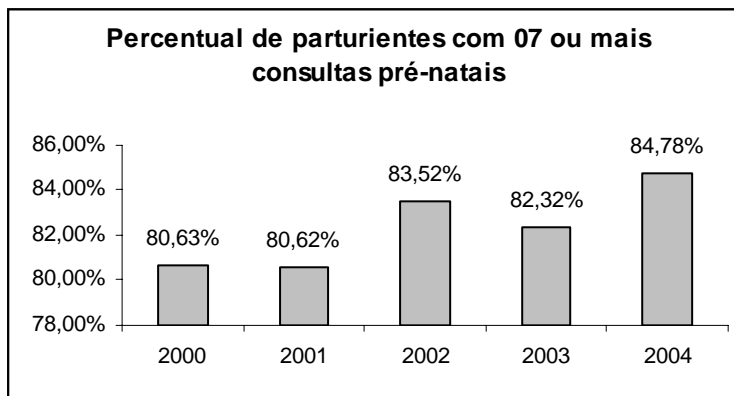
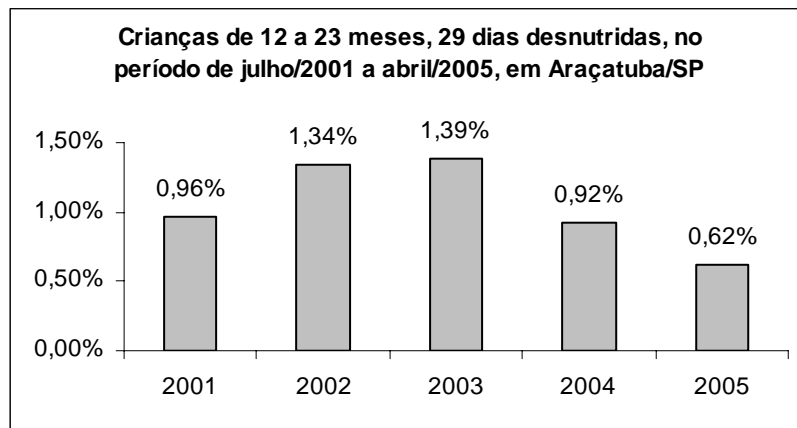


Gráfico 32 - Percentual de parturientes com 07 ou mais consultas pré-natais

Tabela 25 – Nº Crianças de 12 a 23 meses, 29 dias desnutridas, no período de julho/2001 a abril/2005, em Araçatuba/SP

Anos	2001	2002	2003	2004	2005
Crianças de 12 a 23 meses, 29 dias desnutridas	0,96%	1,34%	1,39%	0,92%	0,62%



Fonte: SIAB.

Gráfico 33 - Nº Crianças de 12 a 23 meses, 29 dias desnutridas, no período de julho/2001 a abril/2005, em Araçatuba/SP.

Pesquisa recente feita pelo Ministério da Saúde⁵¹ indicou que a existência de uma equipe do PSF tem maior influência na redução da mortalidade infantil do que a ampliação do acesso à água tratada. O trabalho, que analisou dados de 1990 a 2002, comprovou ainda um dado já revelado em outros estudos: a importância da alfabetização feminina na redução da taxa de mortalidade infantil. O estudo, que tomou como base de dados do IBGE, mostrou que, ao se reduzir a taxa de analfabetismo feminino em 10%, a mortalidade infantil diminuiu em até 16,8%. Já o aumento também de 10% no número de equipes do PSF traz uma redução média de mortalidade infantil de 4,6%, enquanto a expansão da rede de abastecimento de água, por exemplo, reduz o número de mortes entre crianças de até um ano em 3%. Ao apresentar os números, o ministro da saúde, Humberto Costa, procurou evitar uma comparação entre a eficácia de investimentos no PSF e em programas de combate ao analfabetismo. Segundo ele, ambos são importantes, embora o investimento no PSF traga uma série de outros impactos na saúde, não mensurados no trabalho. Pelos cálculos do ministério, em áreas assistidas por equipes do programa, a mortalidade infantil sofreu uma redução de até 14,69%. Tal impacto, porém, não foi linear. Em áreas mais deficientes, como cidades do norte e do nordeste, o PSF teve um papel importante na redução da mortalidade infantil.

⁵¹ Extraído do Jornal folha da Região, Agência Estado, A-8. Araçatuba/SP, 21 jun. 2005.

A redução das taxas de mortalidade foi de 3,05%. Bem menor, no entanto, foi a influência das equipes em cidades do sul e do sudeste, 1,9%. Nesses locais, a criação de leitos hospitalares teve um impacto mais visível. O estudo mostra ainda que o acesso à água praticamente não produz impacto nas taxas de mortalidade infantil no sul e no sudeste. No norte e nordeste, no entanto, o acesso à água tem uma importância preponderante. Ao assumir o ministério, Costa tinha como principal meta duplicar as equipes de saúde da família, embora esse aumento tenha sido de pouco mais de 31%, graças aos problemas que teve que enfrentar, tais como a adesão das prefeituras ao programa e o limite da Lei de Responsabilidade Fiscal na contratação de profissionais de saúde e agentes de saúde. Para ele, o programa que não é apenas curativo, mas de prevenção de doenças.

3.2. Novas estratégias do PSF em Araçatuba: um campo de mediação no combate à desigualdade social?

31 médicos atuam no PSF de Araçatuba⁵², havendo uma predominância entre eles de 60% para os profissionais de sexo masculino. O tempo de formação desses profissionais varia bastante de 49 a 2 anos de formados, com predominância de 40% para os formados há 30 anos, 20% para os formados há 20 anos e apenas 10% para os formados há 02 anos. Em relação às especialidades médicas, 33%

⁵² O número total de médicos e enfermeiros no PSF de Araçatuba é de 35, um para cada equipe, respectivamente. Em 25/07/05 foi contratada uma OSCIP (Organização da Sociedade Civil de Interesse Coletivo) pelos gestores municipais para elaboração do processo de contratação de novos profissionais para essas 35 equipes do programa de atenção básica do município. O motivo dessa contratação (com rescisão de contrato coletivo de trabalho com custos não previstos) foi ter a prorrogação do contrato inicial de trabalho de 2 anos desses profissionais já expirado uma vez, e eles recontratados por mais 2 anos, num total de 4 anos. No entanto, a OSCIP contratada, CIAP (Centro Integrado de Apoio Profissional) não concluiu o processo seletivo de contratação de 4 médicos, 4 enfermeiros e 30 agentes comunitários de saúde até a data dessa informação, 04/11/05, que foi obtida pela chefia do serviço de controle e treinamento do programa de atenção básica do município de Araçatuba/SP. A falta desses profissionais tem tido importantes repercussões na dinâmica de atendimento à população pelas incompletas equipes do PSF. Uma das dificuldades apresentadas pela CIAP para completar essas equipes é a insuficiência de oferta de profissionais da área médica para sua contratação no programa.

tem como especialidade cirurgia geral, 29% clínica médica, 22% ginecologia e obstetrícia 13% pediatria e 3% anesthesiologia. Este quadro demonstra que os médicos que atuam no PSF de Araçatuba são predominantemente masculinos e formados há mais de 20 anos. Em relação ao setor de enfermagem são, atualmente, 31 enfermeiros de um universo de 35, dos quais 4 ainda aguardam ser chamados. Apenas 01 é do sexo masculino (3,2%), 8% são recém-formados (até 2 anos de formado), 67% tem 5 anos de formado e 25% tem mais de 06 anos de formado até o máximo de 20 anos, segundo pesquisa realizada no dia 11/10/05, pela coordenação do Programa de Saúde da Família (PSF). Para sua melhor visualização, tabelas e gráficos abaixo.

Tabela 26 – Percentual de Médicos por Sexo e Tempo de Formação e Especialidades Médicas, Contratados em Agosto 2005 (do total de 31 médicos).

Percentual de Médicos por Sexo		Tempo de Formação dos Médicos			
Masculino	Feminino	Formados há 30 anos	Formados há 20 anos	Formados há 2 anos	Outros
60%	40%	40%	20%	10%	30%
Especialidades Médicas					
Cirurgia Geral	Clínica Médica	Ginecologia e Obstetrícia	Pediatria	Anesthesiologia	
33%	29%	22%	13%	3%	

Fonte: PSF/SSHP Secretaria de Higiene e Saúde Pública do município de Araçatuba/SP, 2005.

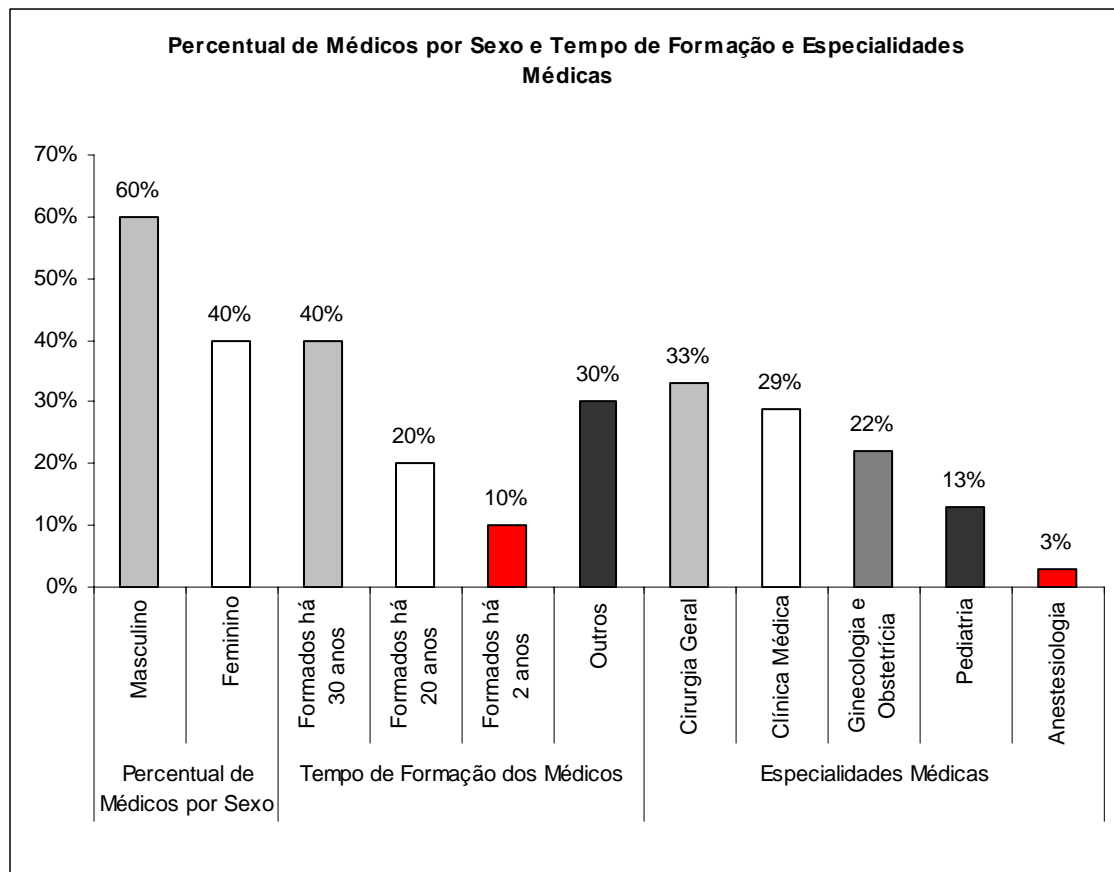


Gráfico 34 - Percentual de Médicos por Sexo e Tempo de Formação e Especialidades Médicas

De acordo com esse quadro pode-se inferir que as equipes de saúde da família são compostas, em sua maioria, de médicos do sexo masculino (60%), com mais de 30 anos de formados, basicamente em especialidades (33% em cirurgia e 3% em anestesiologia), o que dificulta a reorganização do novo modelo de gestão na saúde, porque eles têm, provavelmente,

[...] uma atitude fragmentária e reducionista associada à própria racionalidade médica e ao projeto da medicina, conformado na modernidade e orientado para a eficiência. Para resgatar uma postura integral, seria necessário superar alguns limites da racionalidade médica sobre a qual, se sabe agora, não se produz, mas reproduz-se na escola médica. (MATTOS, 2001, *apud* COSTA 2004, p.12).

A fragmentação e a racionalidade inspiraram o sistema de assistência médica no Brasil anterior ao SUS, que tenta resgatar através de seus mais importantes

pilares de sustentação teórico-metodológico os princípios de integralidade e equidade, os grandes objetivos da atenção à saúde, garantidos pela universalidade do acesso. Segundo Camargo (*apud* COSTA, 2004, p. 14), “a integralidade não deve ser transformada em um conceito, mas em um ideal regulador, um dever, [...] ela é, ao mesmo tempo, inalcançável e indispensável.” A descentralização do sistema brasileiro de saúde e, especialmente o estreitamento dos laços sociais garantidos pelas visitas e trocas diárias das famílias com as equipes do PSF, possibilitando “a incorporação de valores de solidariedade e reconhecimento do outro como sujeito autônomo da atenção e do cuidado à saúde, conformam o grande desafio para a utopia da integralidade”. (COSTA, 2004, p. 14).

Em relação ao perfil dos enfermeiros do PSF de Araçatuba, uma visão diferente pode ser observada, uma vez que a grande maioria (96,8%) é constituída do sexo feminino e a grande maioria, 75% têm formação recente, com até 5 anos de formado.

Tabela 27 – Percentual de Enfermeiros por Sexo e Tempo de Formação

Percentual de Enfermeiros por Sexo		Tempo de Formação dos Enfermeiros		
Masculino	Feminino	Recém-Formados (até 2 anos de formado)	Formados há 5 anos	Formados de 6 anos até 20 anos
3,20%	96,80%	8%	67%	25%

Fonte: *Idem, ibid.*

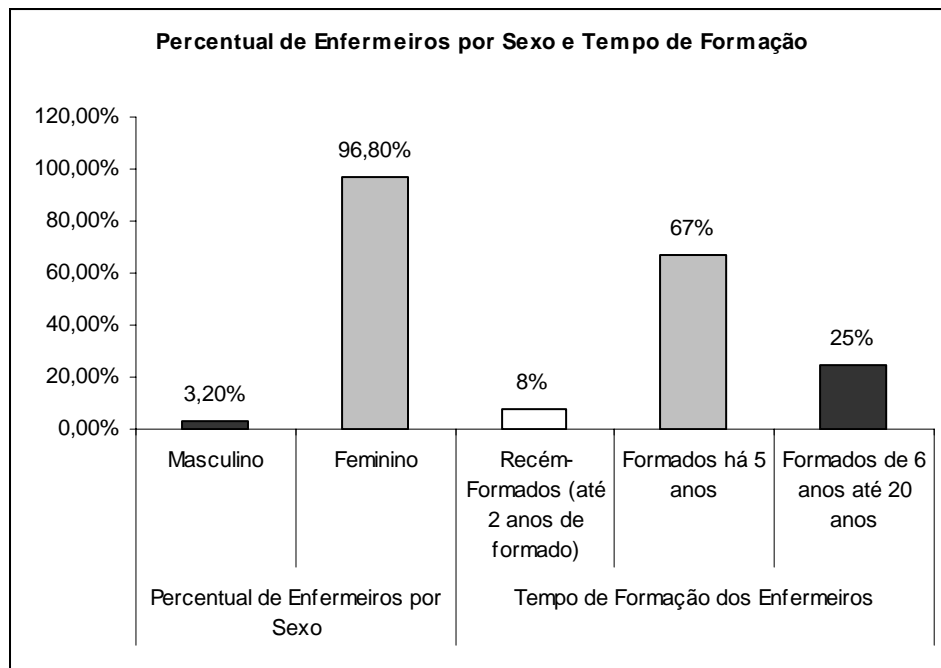


Gráfico 35 - Percentual de Enfermeiros por Sexo e Tempo de Formação

A avaliação que faz o coordenador do programa de atenção básica da saúde da família no município de Araçatuba é a de que ela é toda estruturada na saúde da família e,

por se tratar de uma mudança no modelo de atendimento da atenção básica, isto representa mudar alguns paradigmas e conceitos no atendimento básico da saúde. Para isso, os agentes transformadores, atores que vão desempenhar esse papel, no caso as equipes de saúde, são constituídos de médicos, enfermeiros e agentes de saúde. Os médicos têm importante papel nessa transformação e, de acordo com a pesquisa aqui de Araçatuba, o perfil de médicos da atenção básica nos mostra que não existe formação prévia dentro da saúde da família e que são adaptações de médicos dentro de um setor como o da atenção básica municipal. Não temos profissionais com formação nessa área do conhecimento, sendo a maioria de formação liberal, que passam a exercer uma atividade pública, num modelo novo, com uma estratégia diferente, tendo que se adequar a essa realidade da saúde pública com uma formação completamente antagônica a esse tipo de atividade. E isso mostra a dificuldade que se está enfrentando na definição e estratégia da atenção básica como política única do município. Em relação à enfermagem, o mesmo acontece: não se têm enfermeiros capacitados nesse setor, sendo todos eles

adaptados também, o que implica, basicamente, num treinamento com os agentes de saúde que são a peça mais importante dentro dessa estrutura, cabendo aos médicos e enfermeiros esse mecanismo de integração.

CAPÍTULO V - UMA LEITURA SOCIOLÓGICA DOS BAIROS SÃO JOSÉ/EZEQUIEL BARBOSA/MÃO DIVINA; JARDIM NOVA IORQUE E VILA MENDONÇA.

E, para finalizar, neste último capítulo será feito um estudo e análise destes três diferentes bairros selecionados, envolvendo seu critério de escolha, sua caracterização sociológica e análise de sua inserção na saúde municipal, dentro do programa de atenção básica de saúde da família.

Análise e critério de escolha dos bairros pesquisados

[...] A localização no espaço urbano deve ser entendida como resultante de vários fatores, configuração física, topografia, tipo de habitação predominante, de oportunidades de emprego/trabalho (indústria, comércio, serviços), sua distância maior ou menor do centro, presença de infraestrutura, ou seja, todas as condições de acessibilidade que explicam o valor imobiliário de seu estoque construído ou mesmo o preço da terra. [...] Nesse sentido, a caracterização urbana de cada região torna-se fundamental [...] onde o nível socioeconômico é fator determinante, pois o acesso à moradia é mediatizado pela renda, e grupos bem-sucedidos economicamente irão procurar porções privilegiadas para morar, bairros residenciais exclusivos, de classes médias ou altas. Aos mais pobres resta a habitação precária, com economia de transporte, procurando estar próximos aos locais de trabalho, mesmo que em porções deterioradas. (VÉRAS, 2003, p.132-3).

A escolha dos bairros Jardim Nova Iorque, São José/Ezequiel Barbosa/Mão Divina e Vila Mendonça para este estudado obedeceu à completa diferença existente entre eles. Numa extremidade social e, até mesmo geográfica, situa-se o jardim N. Iorque. No outro extremo, tanto da cidade como da escala social,

localiza-se o triplo bairro São José/ Ezequiel Barbosa/Mão Divina. O Vila Mendonça, bairro mais antigo e intermediário, em todos os outros sentidos também, foi escolhido para dar certo equilíbrio ao estudo, uma vez que ele é o que demonstra melhor a grande desigualdade social do município, que acompanha a grande fratura social existente no país.

A escolha da base de dados dessa pesquisa recaiu no levantamento de dados do programa de atenção básica da saúde no município, em função da riqueza de suas informações. O fato do bairro do Jardim Nova Iorque não fazer parte da área de abrangência empírica do programa, acabou se tornando um problema metodológico, contornado por sugestão da banca de qualificação do doutorado, através da distribuição de questionários⁵³ a um grupo de moradores do Nova Iorque, levantando algumas questões direcionadas a seus procedimentos relacionados à área da saúde. A resistência de alguns moradores no preenchimento do questionário se deu pelo seu não preenchimento e não entrega, embora muito poucos deles fossem claros a esse respeito, alegando que os preencheria mais tarde, o que em geral não aconteceu. Mas, dos 6.848 habitantes⁵⁴ do Jardim Nova Iorque, 12 questionários foram preenchidos entre os segmentos sociais que habitam esse espaço urbano.

Em relação à escolha do triplo bairro São José/Ezequiel Barboza/Mão Divina para análise dessa pesquisa, ele retrata claramente a realidade perversa da desigualdade social do município que acompanha o quadro mais geral do país. A dimensão de suas carências na multiplicidade dos seus aspectos sócio-econômicos, político, educacional e cultural de sua população, assim como nos equipamentos urbanos, lazer e transporte, faz do bairro um modelo quase ideal-típico weberiano, para este estudo.

⁵³ O questionário faz parte dos anexos desse trabalho e as fontes totalmente preservadas.

⁵⁴ Informação fornecida informalmente pela secretaria de planejamento de Araçatuba.

Como contraponto, em termos gerais de carência e pobreza, o bairro do Jardim Nova Iorque concentra a população de maior rendimento econômico do município.

O terceiro bairro escolhido para essa pesquisa, o Vila Mendonça, é um bairro bem mais antigo do que os outros, onde está localizada a Santa Casa (único hospital geral de referência regional, que garante mais de 80% das internações do SUS). Além de abrigar a Secretaria Municipal de Saúde e a coordenação do programa de saúde da família (PSF), a Divisão Regional de Saúde do Estado de São Paulo - DIR-VI, uma parte do campus da faculdade de odontologia da UNESP, o maior e mais bem aparelhado posto médico do SUS - o núcleo geral de assistência (NGA) e de referência para as diversas especialidades médicas, a grande maioria dos maiores e mais bem aparelhados consultórios médicos e odontológicos da cidade, além de várias instituições filantrópicas voltadas para o atendimento aos idosos carentes e crianças em risco. Nele também podem ser encontradas duas equipes do Programa de Saúde da Família (PSF) em plena atuação. Ao contrário do bairro do Jardim Nova Iorque, o Vila Mendonça é habitado, em sua maioria, pelos segmentos de renda média da população, aí concentrando grande quantidade de estabelecimentos comerciais de médio e pequeno porte, restaurantes e clubes mais populares, como o disseminado Coríntians. Além de um intenso fluxo de transporte privado e coletivo (ônibus e *moto-táxis*) que faz da Santa Casa a sua referência básica. Entretanto, existe também no bairro os escondidos que “ninguém vê”, e que representam o lado mais deprimente da condição humana: uma população abaixo da linha da pobreza, sem água encanada ou esgoto tratados, embora vivam às margens do rio Baguaçu, que alimenta de água potável a cidade. Não têm energia elétrica, suas casas são feitas de lata e papelão e toda degradação possível do meio ambiente, em seu entorno. Desigualdade social, carência e fragilidade.

O bairro do Jardim Nova Iorque, exclusividade, conforto, segurança.

O mapa abaixo ilustra com seu desenho urbano a especificidade do bairro.

privado, uma igreja católica, áreas de lazer, praças e os principais restaurantes da cidade, além de avenidas movimentadas onde se reúne a *jeunesse dorée* da cidade e corre solta a paquera. É um bairro bem policiado que abriga a delegacia seccional, a polícia federal, o tribunal de justiça e a receita federal. Conta ainda com os três melhores hotéis da cidade em atividade, e um outro de nível internacional, em fase de conclusão. Várias revendedoras e agências de carros nacionais e estrangeiros, sofisticadas lojas de decoração, *shopping center* que oferece os dois únicos cinemas da cidade, padarias/confeitarias, supermercado (Pão de Açúcar) com farto material importado, e todo o conforto necessário para abrigar uma exigente elite que transita nos meios internacionais, representante da aristocracia da indústria agro-pecuária, seguida de perto pelos altos segmentos de uma classe média constituída de sofisticados prestadores de serviços qualificados e comerciantes bem sucedidos.

Localizado na entrada principal da cidade, o bairro é cortado por avenidas e ruas bem asfaltadas, onde se erguem as maiores, mais belas e bem construídas mansões da cidade, assinadas pelos mais importantes e disputados arquitetos do país, cujos jardins, primorosamente cuidados e artisticamente podados, são vistos através dos altos portões vazados, cercados de muros eletrificados e vigiados eletronicamente. Nenhum transporte coletivo transita dentro do bairro em suas ruas bem asfaltadas, onde circulam carros de padrão internacional e os inúmeros veículos das empresas que fazem segurança privada de seus clientes, 24h/dia. No plano da saúde, o bairro não conta com a atuação de qualquer equipe do Programa de Saúde da Família (PSF), nem de Unidade Básica de Saúde (UBS).

A entrevista-modelo feita com um grupo de moradores do jardim Nova Iorque levou em consideração a preocupação com os procedimentos de saúde da população dessa região da cidade. Todos os entrevistados foram unânimes em assumir

seus gastos, nada modestos, com planos de saúde e se manifestaram, também unanimemente, satisfeitos com eles e seu atendimento. Quando precisam utilizar os serviços médicos de saúde procuram consultórios, laboratórios e hospitais particulares da cidade e fora dela. Seus funcionários quando precisam de atendimento de algum serviço de saúde, utilizam os postos públicos municipais. Os entrevistados representaram diferentes segmentos da população: dois comerciantes, um funcionário público municipal, dois dentistas, dois médicos, um jornalista, um usineiro e pecuarista e os demais também pecuaristas. Desses pecuaristas todos vão para seus locais de principal atividade econômica, suas fazendas, em seus próprios aviões particulares. Apenas três deles moram há menos de cinco anos no bairro, estão muito satisfeitos com seu sistema de segurança privado, mas não com o barulho atual do bairro (bares e restaurantes). Só um deles mora em casa alugada e todos possuem todos equipamentos eletro eletrônicos e domésticos, jardins, piscinas, com exceção de um deles, e empregam funcionários para desempenharem essas respectivas funções. Dois deles, com filhos pequenos, mantêm mais de dez empregados diários na casa, para executarem essas funções.

O SUS não tem dono. A partidarização o enfraquece. Ele exige um trabalho conjunto dos governos federal, estaduais e municipais, induzindo uma colaboração e uma continuidade entre administrações de diferentes partidos. Apesar de todo esse esforço do Brasil, a elite brasileira ignora e despreza o SUS. Quando falo de elite, refiro-me a elite capitalista e a elite dos trabalhadores. São cerca de 30 milhões que recebem subsídios, por meio do Imposto de Renda, para manter seguros privados de saúde, além de usarem o SUS na vigilância epidemiológica e sanitária, nas urgências e atendimentos realmente caros. Também imbutem os custos dos serviços privados já

subsidiados no preço dos produtos, repassando-os, assim, à população. (JORGE, 2003)⁵⁵.

De acordo com o coordenador do programa de atenção básica da saúde da família, o bairro representa uma população com alto poder aquisitivo onde o programa não tem unidade básica de saúde. 80% da população tem o seu próprio plano de saúde e estrutura de saúde privada bem definida. A estratégia de saúde da família não está envolvida em relação ao bairro, e qualquer análise que for feita em relação aos usuários se torna comprometida uma vez que não existe nenhum compromisso com a saúde pública municipal. Dessa forma, o fornecimento de dados e pesquisa em termos de questionários, gera uma certa resistência, uma vez que o usuário desse bairro, literalmente, não se beneficia ou não usa a estrutura pública de saúde. É um bairro sem agravos importantes, com infra-estrutura bem definida, bem organizada e estruturada e que, em casos excepcionais, os proprietários e usuários desse bairro se beneficiam da saúde pública municipal.

O triplo bairro São José, Ezequiel Barbosa e Mão Divina, um grande desafio político-social

Abaixo o mapa deste triplo bairro que ilustra melhor suas dimensões urbanas e suas especificidades.

⁵⁵ JORGE, Eduardo. Saúde e ciência para todos – Especial – XII Conferência Nacional de Saúde Sergio Arouca. Agência Fiocruz de Notícias, out, 2003. Disponível em: <http://www.fiocruz.br/ccs/especiassi/xiiconferencia/sus_eduardojorge.htm>. Acessado em: 6 set. 2005.

duas policiais femininas, com forte comprometimento social, muito preocupados com o aspecto assistencialista e salvacionista religioso, de prestar ajuda e salvação à comunidade.

Do ponto de vista da saúde, o programa de saúde da família (PSF) tem no bairro a estatística de 100% de atendimento à população. Com poucos equipamentos urbanos, autoconstruções precárias à beira de uma lagoa poluída (Mão Divina), ruas sem asfalto, poeira, intenso calor, lixo espalhado pelos terrenos baldios de todo o triplo bairro, mosquitos e maus tratos ao meio ambiente, que tem uma área de preservação dentro de seus limites, o bairro se configura numa das zonas de precariedade urbana do município. Como área de lazer encontra-se apenas alguns terrenos públicos de uso da CPFL e prefeitura onde a população masculina se entretém no jogo de futebol. As únicas ruas asfaltadas são as principais, essenciais na ligação do bairro, onde transitam os ônibus coletivos entre distantes horários. O resto do transporte é feito por bicicletas, motos e carros velhos particulares sem qualquer manutenção, além do popular transporte particular dos *moto-táxis* que distribuem a população pelo bairro e pela cidade. A população, que recebe grande discriminação do resto da cidade, goza de baixa auto-estima e dificuldades de inserção no mercado formal de trabalho. Os “efeitos de lugar” sugeridos por Bourdieu (*apud* Magalhães, 2004, p. 65) consagra os bairros nobres e privam os decadentes de bem-estar, cristalizando situações de vulnerabilidade.

[...] Embora a análise do perfil de pobreza e de destituição material e simbólica da população possa contribuir muito para a percepção dos grupos mais vulneráveis no que se refere às condições de saúde, a determinação da influência dos níveis de analfabetismo, da renda ou do desemprego na prevalência de enfermidades ou no perfil de acesso aos serviços, exige o estudo das profundas e complexas mediações entre saúde e condições de vida a fim de estabelecer nexos sólidos e caminhos para a intervenção. (MAGALHÃES, 2004, p. 65)

Bares são muito encontrados no bairro assim como igrejas, principalmente a católica e evangélica, que disputam o trabalho social e religioso com a população crédula e carente. A presença de tão diferentes formas de religiosidade nos remete à questão da diversidade. Esse cenário pluralista coexiste e se utiliza ainda da tecnologia moderna como instrumento de propagação.

[...] Esse reaquecimento religioso em uma sociedade de massas pode ser indicativo, entre outras coisas, de uma busca por grupos de pertencimento, por estar situado, ser reconhecido e diferenciado a partir de uma rede de sociabilidade. A essa idéia se acrescenta a necessidade humana de utilizar sistemas de símbolos para dar significado ao mundo e ordenar a vida. (VÉRAS, 2003, p. 179).

Do ponto de vista das dificuldades e precariedade de vida da população, Martins consegue detectar claramente o abismo que existe entre esses dois conjuntos tão heterogêneos da população, que faz do país um dos grandes campeões da desigualdade social. Recente pesquisa⁵⁶ demonstrou que, no período de 1995-2004, o rendimento médio dos trabalhadores que se encontram entre os 10% mais pobres caiu 39,6% e aumentou sua dependência dos programas sociais do governo. Por outro lado, a partir de seus extremos de riqueza e pobreza, a economia brasileira não parou de produzir desigualdade e a distância entre os 10% mais ricos e os 10% mais pobres aumentou, confirmando o que o economista, Marcio Pochmann da UNICAMP, chama de “polarização social”, ou seja, distanciamento de renda dos mais ricos em relação aos mais pobres. E assim concluir com Martins que

⁵⁶ Pesquisa realizada pelo CEBRAP (Centro Brasileiro de Análise e Planejamento), a partir da PNAD (Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio). Extraído de reportagem de Antonio Góis. Pobres se distanciam de ricos e dependem mais do governo. Jornal FOLHA DE SÃO PAULO, A-4. São Paulo, 25 dez 2005.

[...] o processo que chamamos de exclusão não cria mais os pobres que nós conhecíamos e reconhecíamos até outro dia. Ele cria uma nova sociedade paralela que é includente do ponto de vista econômico e excludente do ponto de vista social, moral e até político, [...] com um poder paralelo próprio, em grande parte controlado por diferentes grupos devotados a atividades ilegais e delinquentes, como o tráfico de drogas. (MARTINS p. 34). [...] O que se tem observado é que nessas áreas de excludência, as pessoas estão incluídas economicamente, ainda que de modo precário, mas estão criando um mundo à parte. A nossa sociedade está se transformando numa sociedade dupla, duas “humanidades” na mesma sociedade. De um lado, uma humanidade constituída de integrados (ricos e pobres). Todos, inseridos de algum modo, decente ou não, no circuito reprodutivo das atividades econômicas: todos têm o que vender e o que comprar. Essa é a nova desigualdade. Além disso, têm direitos reconhecidos, têm um lugar assegurado no sistema de relações econômicas, sociais e políticas. Mas está crescendo brutalmente no Brasil uma outra sociedade que é uma sub-humanidade: uma humanidade incorporada através do trabalho precário, no trambique, no pequeno comércio, no setor de serviços mal pagos ou, até mesmo, excusos etc. [...] Ela se baseia em insuficiências e privações que se desdobram para fora do econômico. [...] Cresce entre os pobres a consciência de que para eles não há justiça. São tratados como cidadãos de segunda categoria e sabem disso. [...] Uma sociedade daqueles que só têm obrigações de trabalho e não têm absolutamente mais nada, e uma sociedade daqueles que têm em princípio absolutamente tudo e nenhuma responsabilidade pelo destino dos demais. (MARTINS, 1997, p. 36-7).

No plano da saúde no município, entre os dados indicativos e obrigatórios a serem levantados pelas equipes do programa de atenção básica da saúde da família figuram os relativos ao tipo de moradia, água, energia elétrica. Eles fazem parte do verso da ficha A, entregue às equipes do programa de atenção básica da família para esse levantamento de dados. Eles nos indicam, em relação ao bairro São José, que a quase totalidade das habitações é de tijolo, a escolaridade média das famílias gira em torno de 7-14 anos e apesar de todas as outras dificuldades, o sistema de infra-estrutura

é de boa qualidade (água/esgoto), assim como no resto da cidade, e muito poucos, dentre seus habitantes, têm planos de saúde, conforme ilustram as próximas tabelas e gráficos.

Tabela 27 - Tipo de casa – São José

Tipo de casa – São José	2001	2002	2003	2004	2005*
Tijolo/ adobe	1.995	1.840	1.863	1.764	1.757
%	98,62	98,82	98,73	99,32	99,32
Taipa revestida	2	1	1	0	0
%	0,1	0,05	0,05	0	0
Taipa não revestida	0	0	0	0	0
%	0	0	0	0	0
Madeira	18	19	20	10	10
%	0,89	1,02	1,06	0,56	0,57
Material aproveitado	3	1	3	2	2
%	0,15	0,05	0,16	0,11	0,11
Outros	5	1	0	0	0
%	0,25	0,05	0	0	0

Fonte PSF – S.S.H.P. Araçatuba/SP. * dados referentes até o mês de abril de 2005

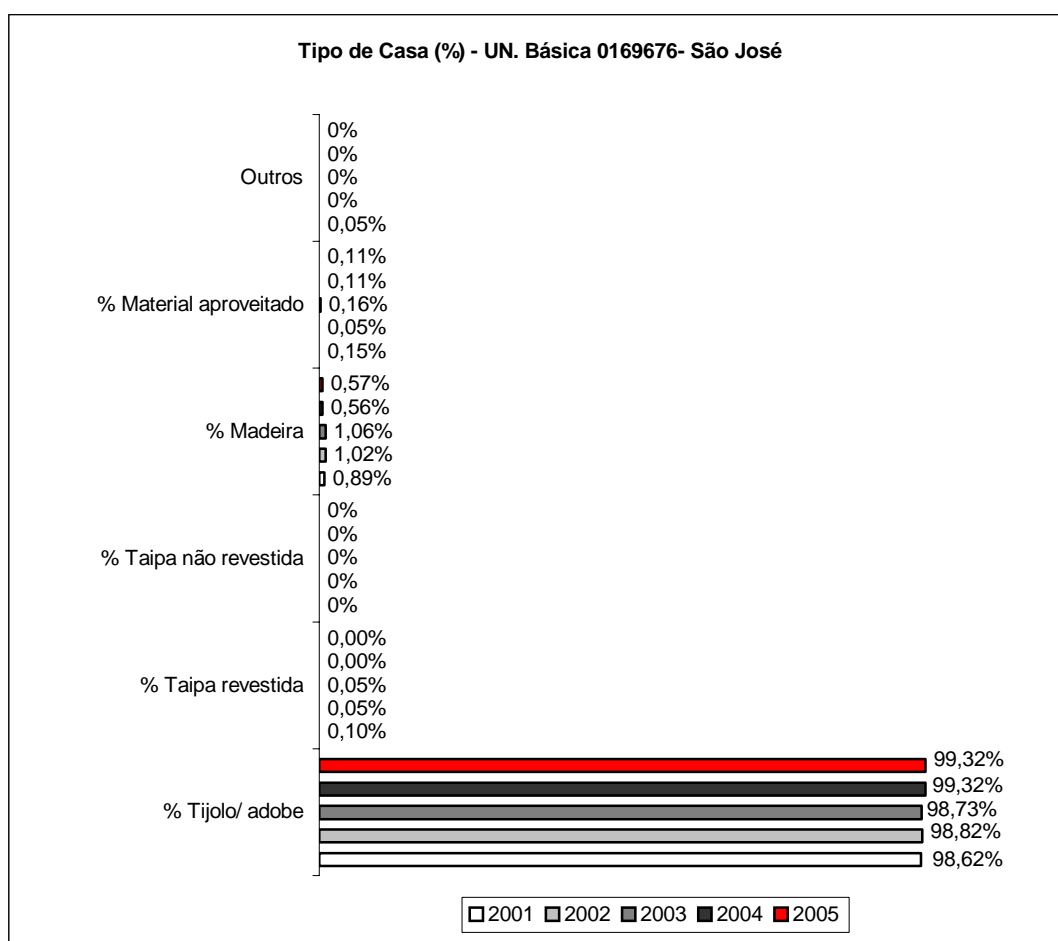


Gráfico 41 - Tipo de casa – São José

Tabela 28 - Nº de famílias estimadas – São José

Nº de famílias estimadas – São José	2001	2002	2003	2004	2005*
Nº de famílias cadastradas	2.023	1.862	1.887	1.776	1769
7 a 14 anos na escola	1.222	1.094	1.099	933	910
%	97,76	97,07	95,73	91,92	91,46
15 anos e mais alfabetizadas	4.510	4.084	4.269	4.063	4.074
%	89,52	88,98	90,83	91,92	91,59
Pessoas cobertas c/ plano de saúde	158	275	209	204	194
%	2	4,13	3,12	3	3,16

Fonte PSF – S.S.H.P. Araçatuba/SP. * dados referentes até o mês de abril de 2005

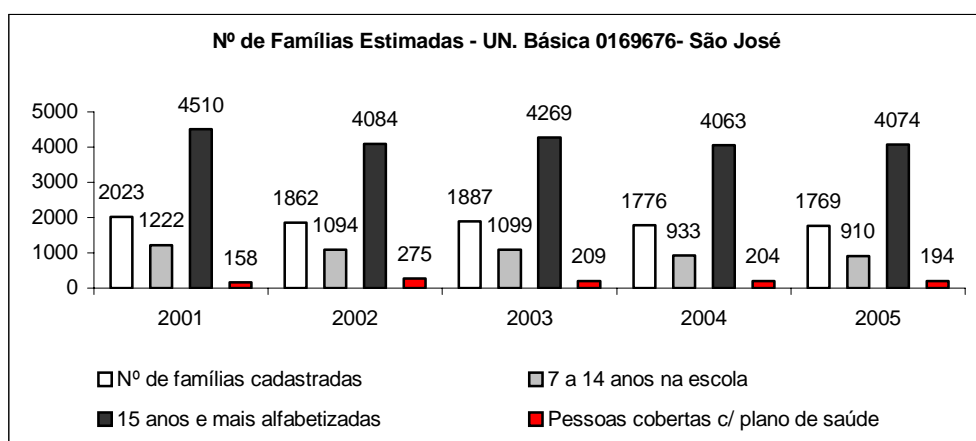


Gráfico 37 - Nº de famílias estimadas – São José

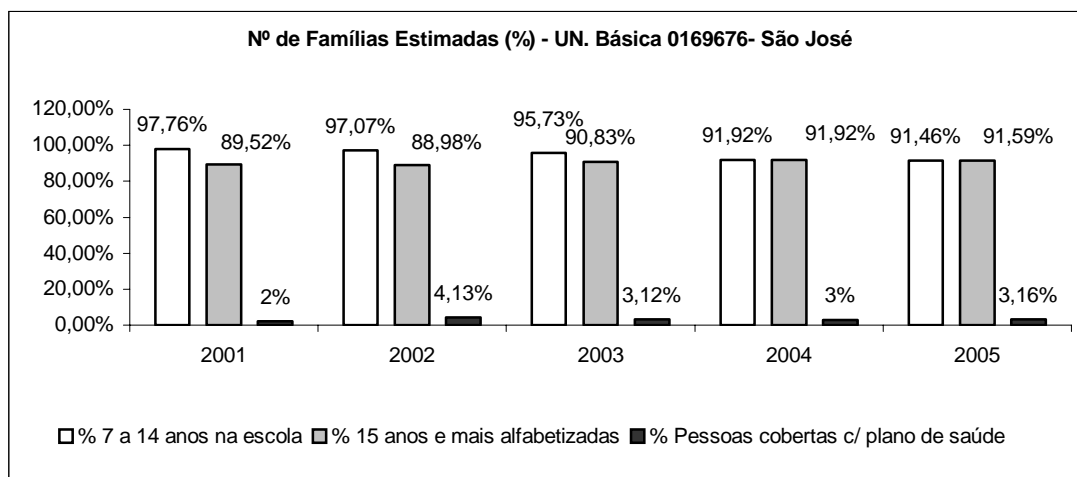


Gráfico 38 - Nº de famílias estimadas – São José (%)

Tabela 29 - Tratamento de água no domicílio – São José

	2001	2002	2003	2004	2005*
Filtração	507	401	400	377	369
%	25,06	21,54	21,2	21,23	20,86
Fervura	26	19	14	11	11
%	1	1	0,74	0,62	1
Cloração	3	3	5	4	4
%	0,15	0,16	0,26	0,23	0,232
Sem tratamento	1.487	1.439	1.468	1.304	1.385
%	73,5	77,28	77,8	77,93	78,29

Fonte PSF – S.S.H.P. Araçatuba/SP. * dados referentes até o mês de abril de 2005

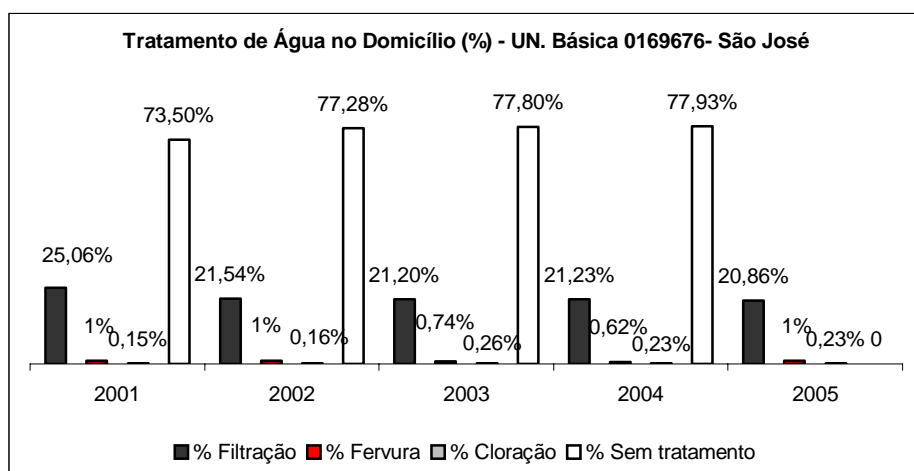


Gráfico 39 - Tratamento de água no domicílio – São José (%)

Tabela 30 - Abastecimento de água – São José

	2001	2002	2003	2004	2005*
Rede pública	1.978	1.831	1.847	1.743	1.737
%	97,78	98,34	97,88	98,14	98,19
Poço ou nascente	28	21	33	30	28
%	1,38	1,13	1,75	1,69	1,58
Outros	17	10	7	3	0,23
%	0,84	0,54	0,37	0,17	-

Fonte PSF – S.S.H.P. Araçatuba/SP. * dados referentes até o mês de abril de 2005

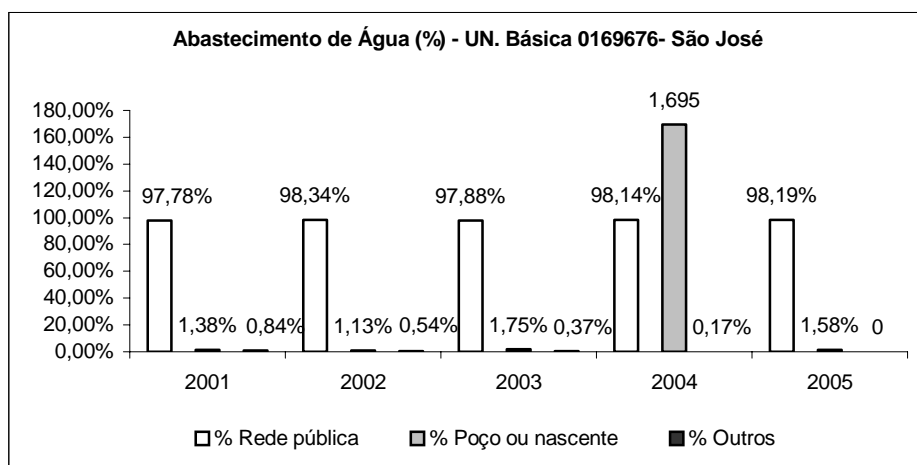


Gráfico 40 - Abastecimento de água – São José (%)

Tabela 31 - Destino do Lixo – São José

	2001	2002	2003	2004	2005*
Coleta pública	1.954	1.823	1.848	1.746	1.740
%	96,59	97,91	97,93	98,31	98,36
Queimado/enterrado	44	29	30	25	24
%	2,17	1,56	1,59	1,41	1,36
Céu aberto	25	10	9	5	5
%	1,24	0,54	0,48	0,28	0,28

Fonte PSF – S.S.H.P. Araçatuba/SP. * dados referentes até o mês de abril de 2005

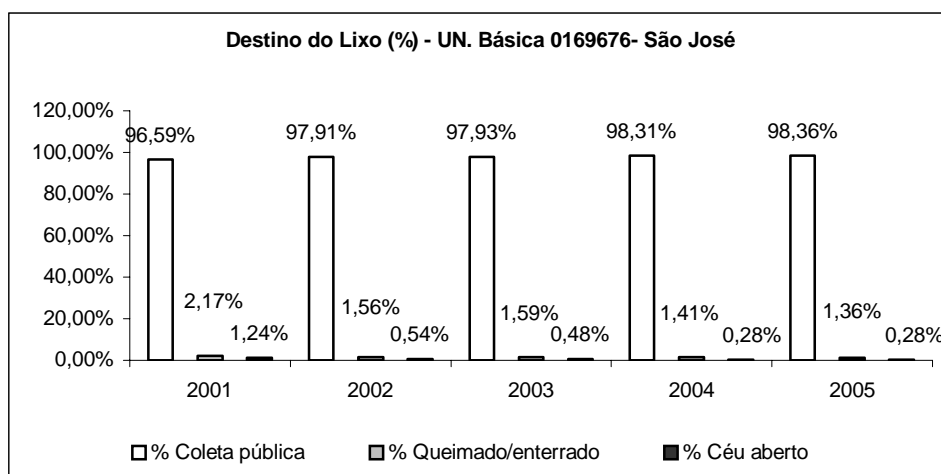


Gráfico 41 - Destino do Lixo – São José (%)

Tabela 32 - Destino fezes/urina – São José

	2001	2002	2003	2004	2005*
Sistema de esgoto	1.952	1.803	1.819	1.719	1.714
%	96,49	97,91	96,4	96,79	96,89
Fossa	52	29	52	49	47
%	2,57	1,56	2,76	2,76	2,66
Céu aberto	19	10	16	8	8
%	0,94	0,54	0,85	0,45	0,45

Fonte PSF – S.S.H.P. Araçatuba/SP. * dados referentes até o mês de abril de 2005

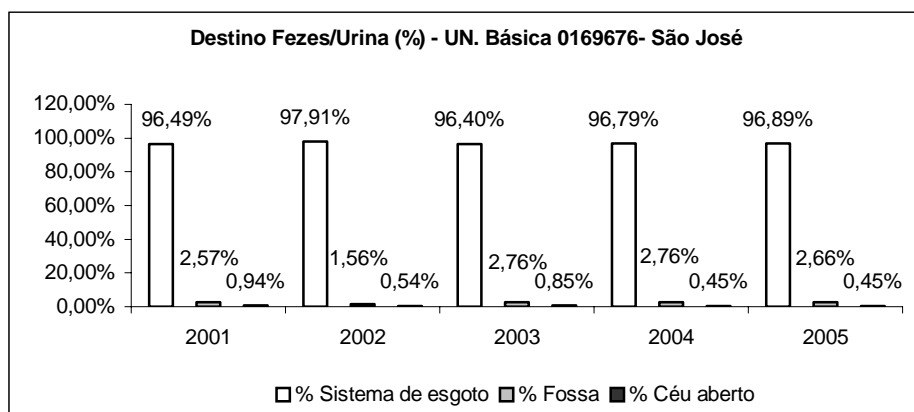


Gráfico 42- Destino fezes/urina – São José (%)

Tabela 33 - Energia elétrica – São José

	2001	2002	2003	2004	2005*
Energia elétrica – São José	1.899	1.825	1.802	1.704	1.701
%	93,87	98,01	95,5	95,95	96,16

Fonte PSF – S.S.H.P. Araçatuba/SP. * dados referentes até o mês de abril de 2005

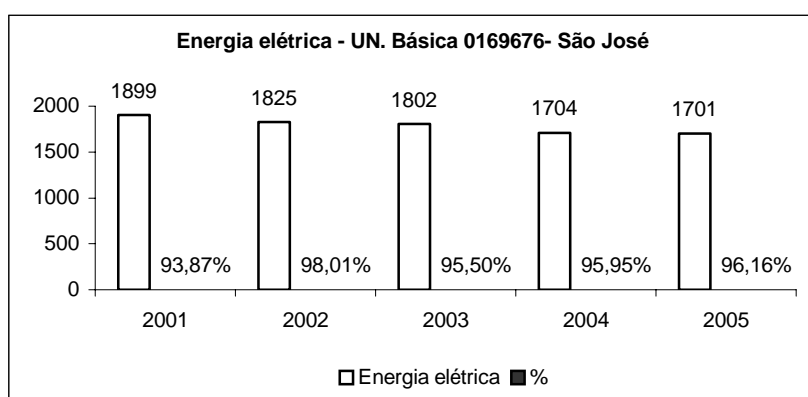


Gráfico 43 - Energia elétrica – São José (%)

Atuação das equipes do PSF no triplo bairro São José, Ezequiel e Mão Divina

De acordo com o coordenador do programa de atenção básica da saúde de Araçatuba, no bairro São José as equipes do programa desempenham bem o seu papel. Elas procuram participar do cotidiano e das discussões do dia a dia com as famílias, mantendo a estabilidade do relacionamento e interagindo com as famílias, principalmente, os agentes comunitários e enfermeiros. Em relação aos médicos, eles continuam ainda com um vínculo importante nas unidades básicas de saúde e suas

visitas domiciliares são feitas, segundo as necessidades dos agentes e enfermeiras, faltando, entretanto, maior integração do médico com as famílias. No geral, é um relacionamento intermediário que se espera chegue próximo do ideal, dentro do modelo novo que se dispõe a ser o PSF. O São José é hoje um bairro 100% PSF, ou seja, a área geográfica e a área do PSF são iguais e as 100% das famílias são cadastradas, registradas e visitadas constantemente, pelas equipes.

As tabelas e gráficos ilustram a realidade da saúde da população desse triplo bairro.

Tabela 34 - Consolidado das famílias cadastradas da zona geral do modelo geral município de Araçatuba Un. Básica 0169676 - São José

	2001	2002	2003	2004	2005*
Masculino	3.613	3.248	3.301	3.056	3.049
Feminino	3.779	3.414	3.398	3.116	3.094
Número de pessoas	7.392	6.662	6.699	6.172	6.143

Fonte PSF – S.S.H.P. Araçatuba/SP. * dados referentes até o mês de abril de 2005

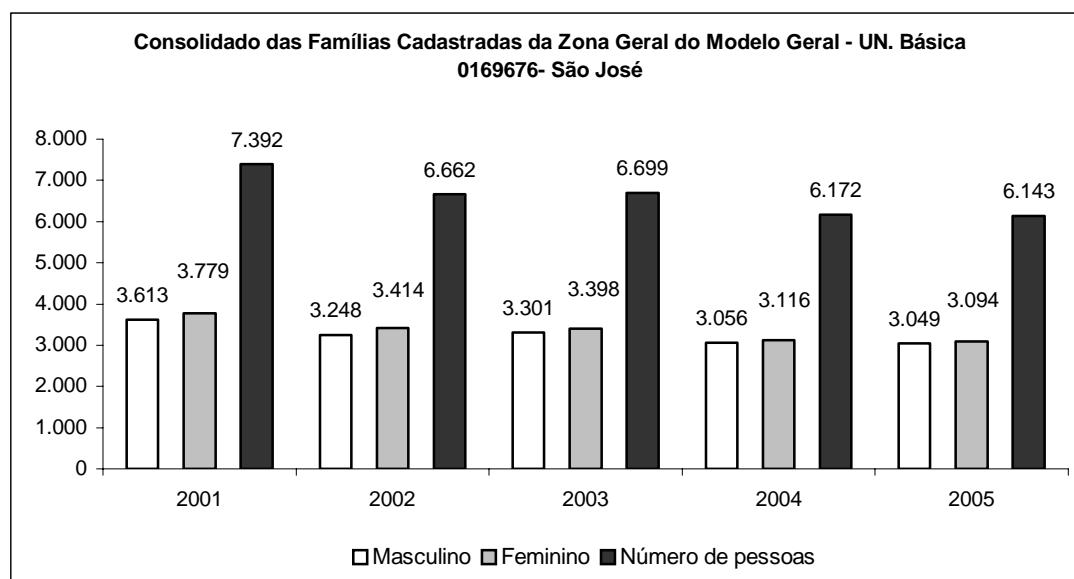


Gráfico 44 - Consolidado das famílias cadastradas da zona geral do modelo geral município de Araçatuba Un. Básica 0169676 - São José

Tabela 35 - Condição referida – São José

	2001	2002	2003	2004	2005*
Gestante	53	47	45	67	69
%	1,76	1,71	1,62	2,61	2,7

Fonte PSF – S.S.H.P. Araçatuba/SP. * dados referentes até o mês de abril de 2005

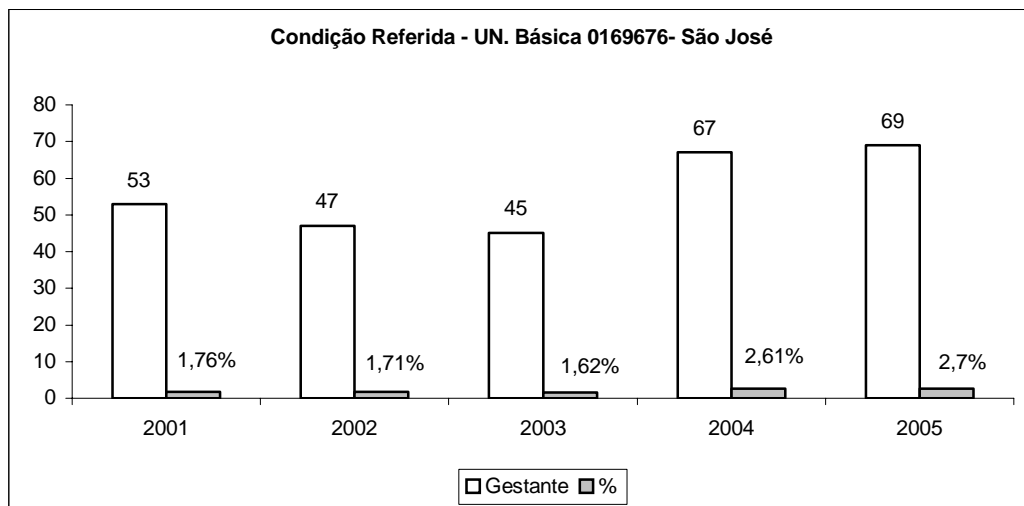


Gráfico 45 - Condição referida – São José

Tabela 36 - Doenças referidas – São José

	2001	2002	2003	2004	2005*
Alcoolismo	110	99	100	96	92
%	1,49	1,49	1,49	1,56	1,5
Chagas	12	8	14	10	10
%	0,16	0,12	0,21	0,16	0,16
Deficiência	4	13	7	34	34
%	0,05	0,2	0,1	0,55	0,55
Diabetes	124	109	108	93	93
%	1,68	1,64	1,61	1,51	1,51
Distúrbio mental	0	0	0	0	0
%	0	0	0	0	0
Epilepsia	36	28	28	21	21
%	0,49	0,42	0,42	0,34	0,34
Hipertensão	535	535	566	528	521
%	7,24	8,03	8,45	0,55	8,48
Hanseníase	9	3	2	2	2
%	0,12	0,05	0,03	0,03	0,03
Malária	0	0	0	0	0
%	0	0	0	0	0
Tuberculose	3	0	0	0	1
%	0,04	0	0	0	0,02

Fonte PSF – S.S.H.P. Araçatuba/SP. * dados referentes até o mês de abril de 2005

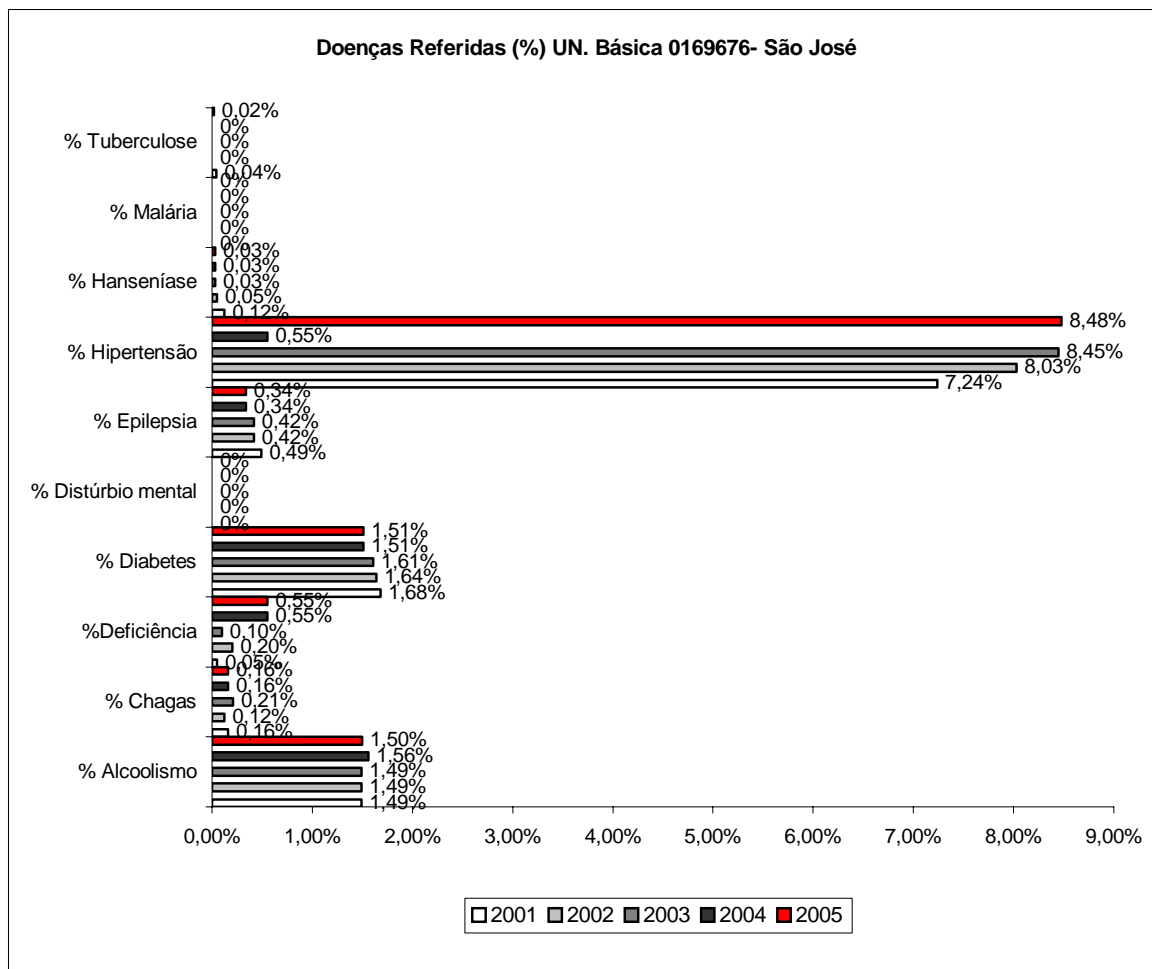


Gráfico 46 - Doenças referidas – São José (%)

De acordo ainda com o coordenador do programa de atenção básica de saúde da família de Araçatuba, a unidade básica de saúde do bairro São José atende um bairro da periferia em que hoje o programa é responsável por 100% da estratégia de saúde da família. A parte geográfica que cabe ao São José tem 100% de atenção do programa que trabalha com duas equipes. Do bairro faz parte um grupo de famílias com uma adscrição estável, sem variação de migração, e sem flutuação da população, o que leva as equipes do programa a terem uma integração grande com a comunidade. Pode-se considerar que, atualmente, dentro de Araçatuba, embora o São José seja um bairro de exclusão social alta, mas sua atenção básica é bem estruturada e integrada com a comunidade, tanto do ponto de vista de saúde, quanto de segurança, pois existe uma

integração grande também com o policiamento militar ostensivo e com a segurança do bairro. Há algum tempo atrás, este era um bairro considerado com um elevado índice de criminalidade e violência. Mas, com a estratégia de saúde da família, essa estrutura foi rediscutida e houve uma integração importante na discussão da saúde e dos problemas da comunidade, podendo-se dizer que os indicadores que o PSF preconiza como saúde da mulher, atenção à criança, ao idoso, tuberculose, hanseníase, hipertensão, diabetes, enfim, todos os programas estão sendo cumpridos no bairro. Ela é uma unidade de saúde considerada modelo para a cidade.

Em relação às doenças que mais acometem à população do bairro, basicamente, se enfrenta as doenças degenerativas, doenças do idoso, e as doenças tipo diabetes, hipertensão e alguma dificuldade que hoje a gente vivencia muito, em relação à gestante, tanto na saúde da mulher como na mortalidade infantil, que o município se preocupa, sendo o São José uma referência para isso. Ocorre que a mulher grávida passa a ser uma prioridade para a estratégia de saúde da família e o que se vê, algumas vezes, é a ausência de pré-natal, intercorrências de gravidez e mortalidade infantil com índices que não são aceitos, por causa da estrutura de atenção básica que o município oferece. Mas, à vezes, mulheres grávidas ficam sem o pré-natal adequado, o que leva a índices de mortalidade infantil alta, indicador importante do sucesso do programa de atenção básica, e que ocorre algumas vezes no São José.

escola públicas municipais de 1º-2º graus, com atendimento de 0-18 anos, incluindo a creche. Em duas dessas micro áreas, seus moradores têm cobertura de planos de saúde (Unimed, Santa Casa Saúde, entre muitos outros) e fazem questão de não usar o atendimento das duas equipes. Mas, duas das áreas do bairro são, especialmente, problemáticas, abrangendo uma favela de 20 a 30 barracos auto construídos precariamente, de alvenaria e cobertura de amianto, sem acesso a qualquer saneamento básico de água encanada ou rede de esgoto, contando tão somente com um “reginho” (valeta feita no terreno da “casa” que liga banheiro, tanque e cozinha ao terreno de chão batido que faz parte de uma importante área de preservação ambiental, o Parque Ecológico do Baguaçu, cujo ribeirão de mesmo nome é o mesmo que provê de água potável toda a cidade). O rio Baguaçu, até então limpo e despoluído, corre quase em frente a essas construções que nele despejam todo o lixo *in natura*. A favela, plantada à beira do Baguaçu, serve para garantir e abrigar forte tráfico de drogas e seus comandantes, impondo completa lei do silêncio aos moradores, tórumo perfeito aos que são condenados à morte e abrigo eficiente e seguro aos que necessitam de esconderijo. Localizada numa área central da cidade, a favela encravada numa área de proteção ambiental, também faz parte, sarcasticamente, da vizinhança próxima do Departamento de Água e Esgoto de Araçatuba (DAEA) principal e disputada autarquia municipal, cujos salários elevados são objeto de desejo de todo “assessor” e/ou parente próximo dos vereadores municipais. Lixo urbano, matagal, poluição de toda espécie cerca o rio que sucumbe fétido, sujo e perigoso para a vida e saúde da população da cidade. Abandono completo, displicência e anonimato não impedem, entretanto, que esses barracos sejam negociados a R\$ 2.000,00 reais cada um, garantindo uma das regiões mais perversamente desiguais e em franca ascensão, dentro do perímetro urbano, mas bem longe do olhar da população e do repúdio social.

No âmbito das doenças de saúde pública, as mais referidas nos questionários preenchidos pelas equipes do PSF Centro são a hipertensão, diabetes, e alcoolismo.

De acordo com o coordenador do programa de atenção básica da saúde da família, o bairro da Vila Mendonça é uma área central, de contrastes, em que a estratégia da saúde é representada por duas equipes, inseridas dentro de uma unidade básica de saúde que é a referência e contra-referência, onde estão situadas as especialidades do município. Isto favorece a integração entre a atenção básica e a referência, na hora de encaminhamento às especialidades, dando uma certa agilidade a esse tipo de relacionamento que é de referência e contra-referência, muito importante para o município. Ao mesmo tempo em que tem áreas no bairro de alto poder aquisitivo, maior integração social e melhores índices de saúde, existem também as áreas de agravos muito acentuados no bairro chamado Baguaçu, na região do rio Baguaçu e no bairro Santa Luzia, principalmente. Esses são bairros com índices de violência altos, condições de pobreza extrema, gerando todos os agravos próprios que existem em função de saneamento, educação e dificultando as equipes da estratégia da família de poder marcar sua presença e fazer a integração com a comunidade como deve ser feita. Mas essa unidade de saúde é interessante justamente por apresentar essa duplicidade numa área central da cidade, bem definida, bem estruturada e, ao mesmo tempo, uma área de pobreza extrema, muito importante do ponto de vista da saúde pública e meio ambiente do município. As áreas onde habita essa população carente e muito fragilizada têm contrastes importantes em relação a saneamento básico, moradia, desemprego e violência. Todos os índices de pobreza ali naquelas áreas são bem acentuados o que, evidentemente, comprometem a estabilidade da saúde no município, gerando os agravos

decorrentes todos de uma infra-estrutura muito prejudicada, basicamente pelas condições extremas de pobreza.

Também no Vila Mendonça, onde há esse comprometimento de área e a atenção básica não é perfeita, os índices de mortalidade infantil são importantes não só no sentido do pré-natal ser comprometido, mas também pelos outros indicadores que estão ligados a essa questão de saneamento, o que aumenta essas doenças infecciosas. Desse modo, no Vila Mendonça a gente tem uma pobreza, às vezes mais acentuada, com um comprometimento maior da saúde desses grupos mais carentes.

As tabelas e gráficos abaixo ilustram a realidade deste bairro.

Tabela 37 - Consolidado das famílias cadastradas da zona geral do modelo geral unidade básica 0169684 – Centro (Vila Mendonça)

Sexo	2001	2002	2003	2004	2005
Masculino	2.485	2.483	2.481	2.274	2.274
Feminino	2.899	2.897	2.895	2.659	2.659
Número de pessoas	5.384	5.380	5.376	4.933	4.933

Fonte PSF – S.S.H.P Araçatuba/SP

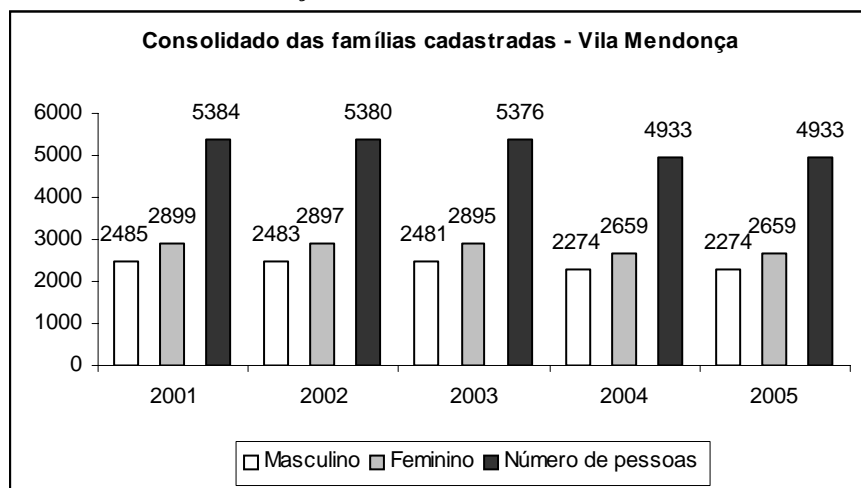


Gráfico 47 - Consolidado das Famílias Cadastradas - Vila Mendonça

Tabela 38 - Nº de Famílias Estimadas – Vila Mendonça

	2001	2002	2003	2004	2005
Nº de Famílias cadastradas	1635	1634	1633	1570	1570
7 a 14 anos na escola	576	550	520	471	462
%	96,81%	93,94%	92,04%	94,58%	92,96%
15 Anos e mais alfabetizadas	4066	4135	4190	3921	3934
%	93,99%	94,13%	94,15%	94,99%	95%
Pessoas cobertas c/ plano de saúde	784	700	700	951	951
%	15%	14,65%	14,66%	19,28%	19%

Fonte PSF – S.S.H.P Araçatuba/SP

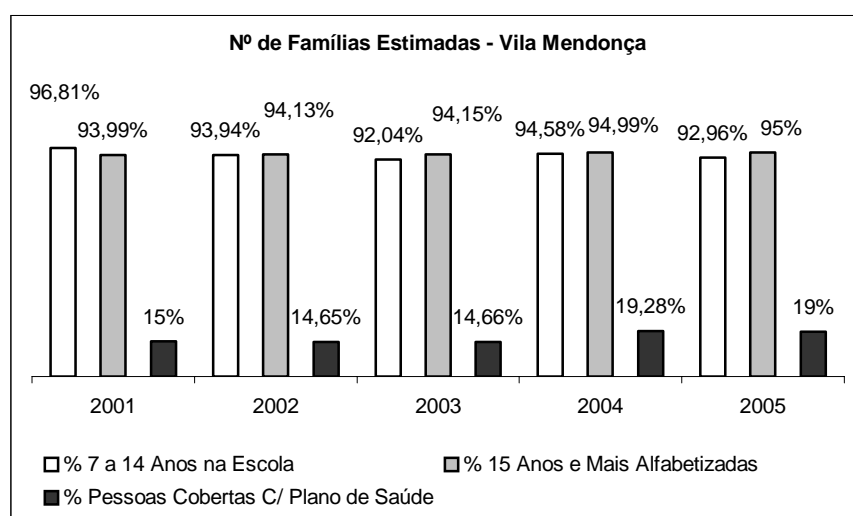


Gráfico 48 - Nº de Famílias Estimadas – Vila Mendonça (%)

Tabela 39 - Doenças Referidas – Vila Mendonça

	2001	2002	2003	2004	2005
Alcoolismo	80	80	80	53	53
%	1,49	1,49	1,49	1,07	1,07
Chagas	4	4	4	3	3
%	0,07	0,07	0,07	0,06	0,06
Deficiência	1	1	1	17	17
%	0,02	0,02	0,02	0,34	0,34
Diabetes	150	150	150	171	171
%	2,79	2,79	2,79	3,47	3,47
Distúrbio mental	0	0	0	0	0
%	0	0	0	0	0
Epilepsia	4	4	4	5	5
%	0,07	0,07	0,07	0,1	0,1
Hipertensão	475	476	476	507	587
%	8,82	8,85	8,85	11,9	11,9
Hanseníase	3	3	3	4	4
%	0,06	0,06	0,06	0,08	0,08
Malária	0	0	0	1	1
%	0	0	0	0,02	0,02
Tuberculose	2	2	2	0	0
%	0,04	0,04	0,04	0	0

Fonte PSF – S.S.H.P Araçatuba/SP

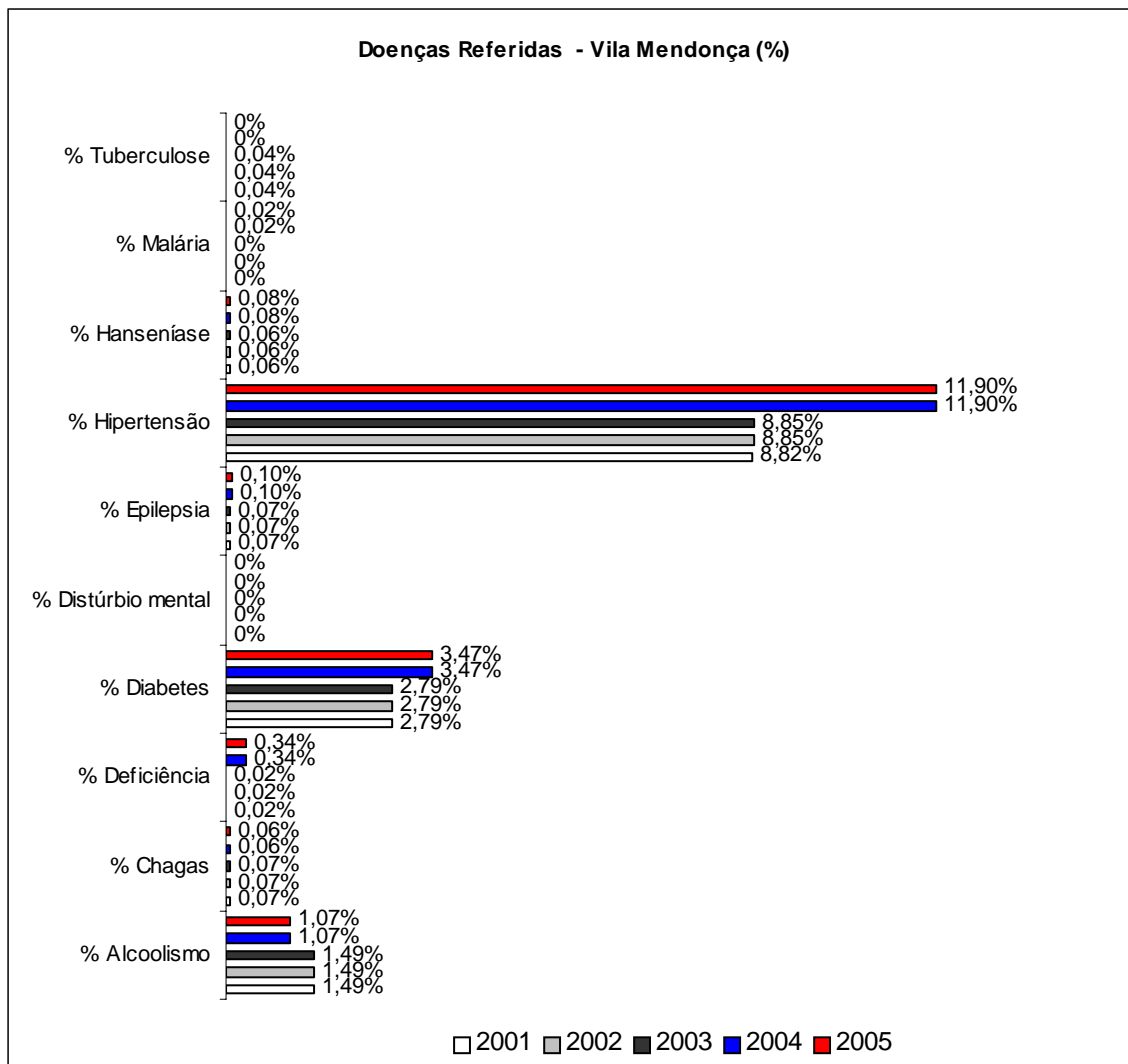


Gráfico 49 - Doenças Referidas – Vila Mendonça (%)

Tabela 40 - Condição Referida – Vila Mendonça

	2001	2002	2003	2004	2005
Gestante	17	17	17	17	17
%	0,67	0,65	0,65	0,7	0,7

Fonte PSF – S.S.H.P Araçatuba/SP

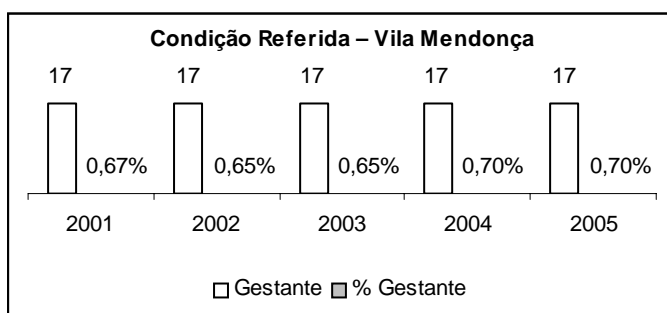


Gráfico 50 – Condição Referida – Vila Mendonça

Tabela 41 – Tipo de Casa – Vila Mendonça

	2001	2002	2003	2004	2005
Tijolo/ adobe	1.621	1.620	1.619	1.560	1.560
%	99,14	99,14	99,14	99,36	99,36
Taipa revestida	0	0	0	0	0
%	0	0	0	0	0
Taipa não revestida	1	1	1	0	0
%	0,06	0,06	0,06	0	0
Madeira	6	6	6	8	8
%	0,37	0,37	0,37	0,51	0,51
Material aproveitado	3	3	3	2	2
%	0,18	0,18	0,18	0,13	0,13
Outros	4	4	4	0	0
%	0,24	0,24	0,24	0	0

Fonte PSF – S.S.H.P Araçatuba/SP

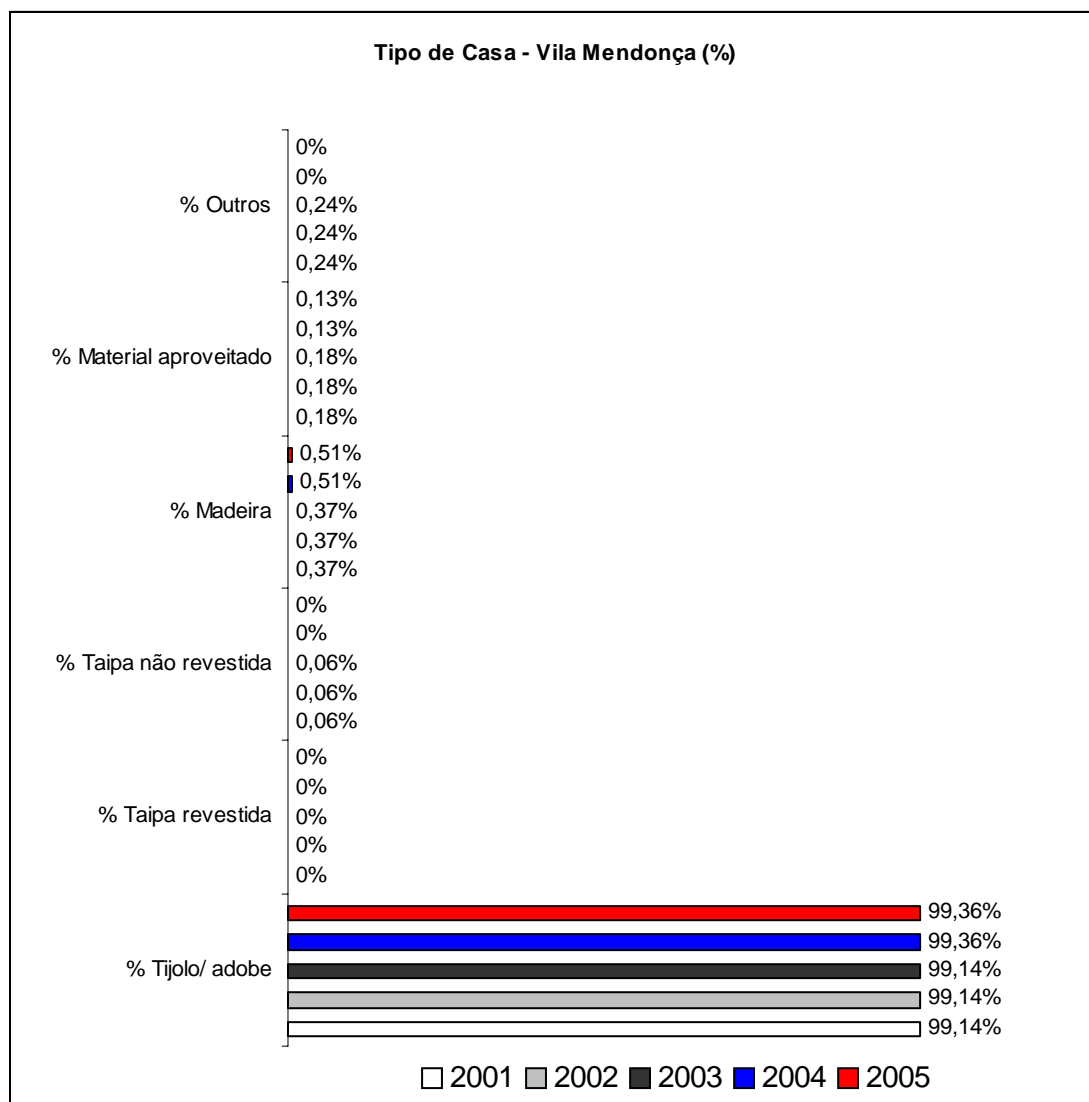


Gráfico 51 - Tipo de Casa – Vila Mendonça (%)

Tabela 42 - Tratamento de Água no Domicílio – Vila Mendonça

	2001	2002	2003	2004	2005
Filtração	883	885	885	844	844
%	54,01	54,16	54,19	53,76	53,76
Fervura	18	18	18	11	11
%	1,10	1,10	1,1	0,7	0,7
Cloração	39	39	39	142	142
%	2,39	2,39	2,39	9,04	9,04
Sem tratamento	695	692	691	573	573
%	42,51	42,35	42,31	36,5	36,5

Fonte PSF – S.S.H.P Araçatuba/SP

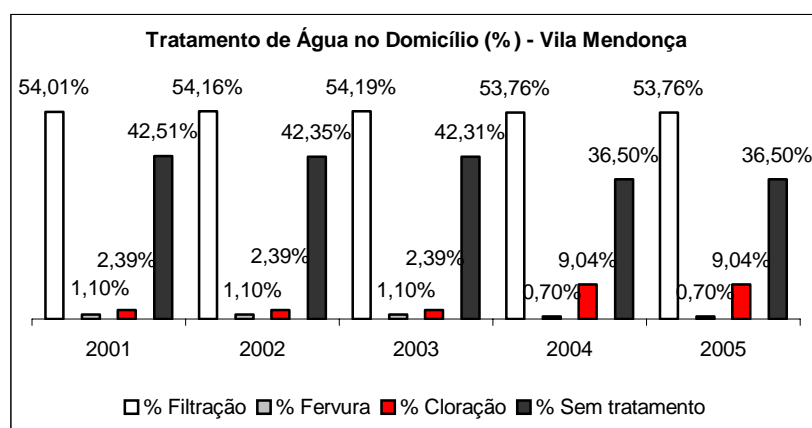


Gráfico 52 - Tratamento de Água no Domicílio – Vila Mendonça (%)

Tabela 43 - Abastecimento de água – Vila Mendonça

	2001	2002	2003	2004	2005
Rede pública	1624	1623	1622	1560	1568
%	99,33	99,33	99,33	99,87	99,87
Poço ou nascente	3	3	3	2	2
%	0,18	0,10	0,10	0,13	0,13
Outros	8	8	8	0	0
%	0,49	0,49	0,49	0	0

Fonte PSF – S.S.H.P Araçatuba/SP

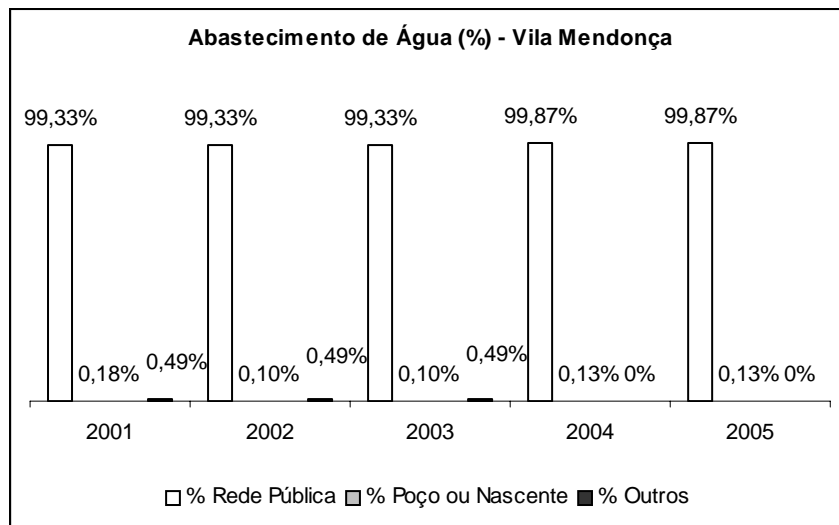


Gráfico 53 - Abastecimento de água – Vila Mendonça (%)

Tabela 44 - Destino do Lixo – Vila Mendonça

	2001	2002	2003	2004	2005
Coleta Pública	1607	1606	1605	1553	1553
%	98,29	98,29	98,29	98,92	98,92
Queimado/Enterrado	21	21	21	13	13
%	1,28	1,29	1,29	0,83	0,83
Céu Aberto	7	7	7	4	4
%	0,43	0,43	0,43	0,25	0,25

Fonte PSF – S.S.H.P Araçatuba/SP

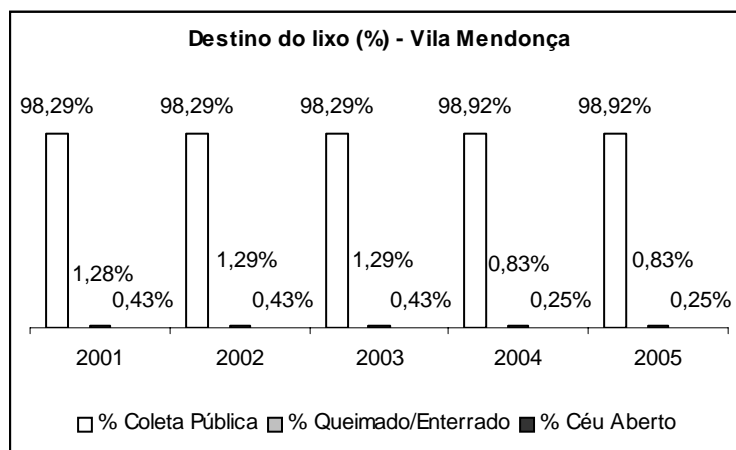


Gráfico 54 - Destino do Lixo – Vila Mendonça

Tabela 45 - Destino fezes/urina – Vila Mendonça

	2001	2002	2003	2004	2005
Sistema de Esgoto	1616	1615	1614	1567	1567
%	98,84	98,84	98,84	99,81	99,81
Fossa	17	17	17	3	3
%	1,04	1,04	1,04	0,19	0,19
Céu Aberto	2	2	2	0	0
%	0,12	0,12	0,12	0	0

Fonte PSF – S.S.H.P Araçatuba/SP

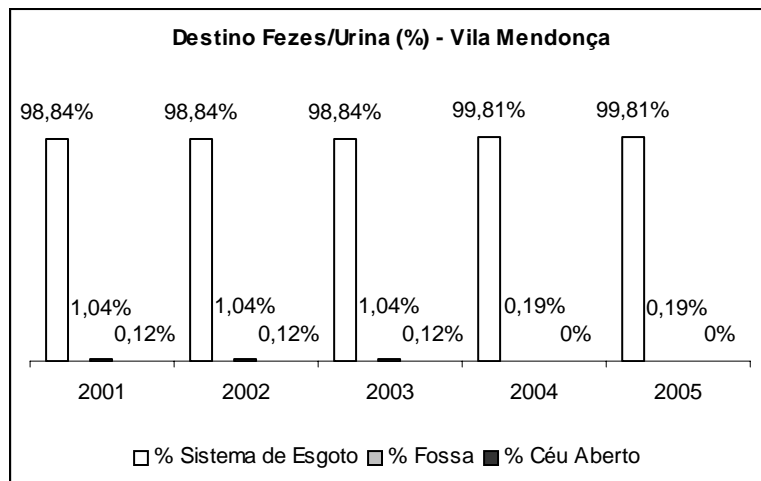


Gráfico 55 - Destino fezes/urina – Vila Mendonça (%)

Tabela 46 – Energia Elétrica – Vila Mendonça

	2001	2002	2003	2004	2005
Energia elétrica	1.615	1.614	1.613	1.563	1.563
%	98,78	98,78	98,78	99,55	99,55

Fonte PSF – S.S.H.P Araçatuba/SP.

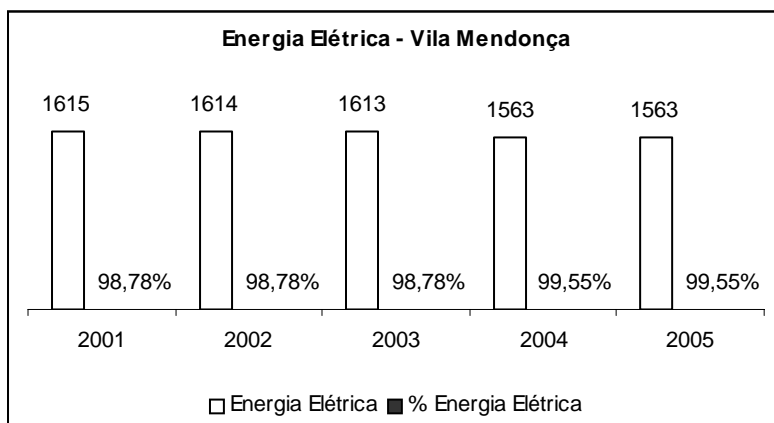


Gráfico 56 – Energia Elétrica – Vila Mendonça (%)

A Santa Casa e o PSF uma experiência recente e um relacionamento mais do que necessário

Para o coordenador⁵⁷ da atenção básica da saúde do município e diretor da Santa Casa de Misericórdia de Araçatuba/SP, esse relacionamento é muito importante, definindo o papel de ambas as instituições dentro da saúde pública

⁵⁷ Sergio Smolentzov. Acumula ambos os cargos, desde março de 2005 e, como coordenador de atenção básica do município, é representante do governo municipal no Conselho Municipal de Saúde (CMS), gestão 2004-06.

municipal. Dentro da estratégia de atenção básica do PSF a rotina de internações hospitalares passa a ter uma rotina bem definida. À medida em que a atenção básica vai se reorganizando no novo modelo, as internações vão diminuindo, passando os casos que vão para o hospital de extrema necessidade, por serem uma agressão maior que uma família é submetida, que é a retirada de um de seus membros do seu convívio para participar de um ambiente de reclusão dentro de um hospital. O que não acontecia no modelo antigo, quando o paciente era internado por causa de qualquer agravo. Agora não, porque se tem recursos nas unidades básicas de saúde, que mantém o doente no convívio familiar, não necessitando a resolutividade de atendimento hospitalar, na maioria das vezes, ficando o hospital restrito ao atendimento de média e alta complexidade.

As Santas Casas passam, de uma certa maneira, a serem referências de média e alta complexidade. E é isso o que está ocorrendo em Araçatuba: o que difere da nossa tradição de Santa Casa, em que a Santa Casa tinha aquele papel clientelista, e com a falência do sistema público de saúde, ela entrava, então, como alternativa para atender ao carente. Hoje é exatamente, o contrário, A Santa Casa de Araçatuba se insere dentro da política pública de saúde, não como opção de falência, mas como opção primeira dentro do Sistema Único de Saúde (SUS), para poder atender média e alta complexidade, após uma atenção básica como um modelo novo bem definido. Atualmente, a internação na Santa Casa gira em torno de 80% de usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). E foi em função dessa nova postura que a Santa Casa de Araçatuba recebeu do governo do estado de São Paulo uma verba, em torno de 15 a 16 milhões de reais, entre verba de construção e de investimento em equipamentos, para transformar o hospital de média a alta complexidade num projeto de um ano e meio. Essa ampliação, que vai atingir toda a região do DIR/VI (Direção Regional de Saúde),

envolve em torno de 700 mil habitantes, oferecendo um atendimento de qualidade, completamente envolvido com o Sistema Único de Saúde (SUS). Depois de concluído, o hospital tem em torno de dois anos para se readequar à mudança do modelo de internação que está se propondo a fazer. Essa expansão de toda a infra-estrutura e estrutura de média e alta complexidade transforma a Santa Casa num hospital de referência, em cima de uma atenção básica bem constituída. Isso vai beneficiar muito a população da região que precisa procurar só o que não pode ser resolvido aqui, mas na estrutura terciária, que são os hospitais universitários, encarregados de tratar de um pequeno percentual de patologias muito específicas. Ao final, a Santa Casa que tem hoje 370 leitos, com essa obra ficará aumentada em mais 120, totalizando 490 leitos, dos quais mais de 80% estariam disponibilizados para o Sistema Único de Saúde (SUS).

E, para finalizar este último capítulo desta tese de doutorado, é importante ressaltar a importância do trabalho realizado pelas equipes do programa de saúde da família (PSF). Ao se preocupar com a saúde e qualidade de vida da comunidade em que atuam, essas equipes oferecem não só a possibilidade de discussões pontuais sobre os problemas da saúde dessas famílias, como abrem espaço para discussões e reflexões importantes sobre os próprios problemas da comunidade, como vias ou possibilidades de mudanças sociais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

[...] O debate sobre a *cidade*, como construção sociológica de um objeto de estudo, é também um espaço da vida e da conquista de cidadania. O debate acadêmico, assim como a práxis, cremos, pode ser também objeto de cristalização, construção, (des)construção ou demolição. Propomos, pois, que acompanhando o processo histórico e os novos desafios, possamos sempre estar a atualizar nosso conhecimento, “reconstruindo a cidade”, treinando leituras e trocando olhares. (VÉRAS, 2000, p. 107).

Dentro da complexa agenda do trabalho sociológico deste início de novo século, temas como problemas da saúde da coletividade, políticas públicas de saúde e suas implicações sociais, além da preocupação com a formação de novos atores sociais, foram os principais enfoques que marcaram a minha vida acadêmica enquanto durou este doutorado. Analisar as relações entre a incidência de doenças relacionadas à saúde pública e as desigualdades sociais em três diferentes bairros de Araçatuba/SP sem, contudo, perder a visão do todo municipal muito mais amplo e complexo, este foi o esforço para o qual esteve sempre voltado este trabalho. O instigante debate de novas perspectivas sociológicas, através de um espaço de reflexão sobre os dilemas, desafios e perplexidades da contemporaneidade também se constituiu no foco deste estudo e na construção deste texto.

A preocupação com uma nova prática sanitária interdisciplinar, complementar, integrativa e participativa, envolvendo toda a comunidade, a atendida e a que atende, faz dessa estratégia de saúde da família (PSF) uma instigante proposta de integração de todos os campos do conhecimento humano, além de percorrer os caminhos da reflexão, como o fez Hannah Arendt, segundo a qual tudo o que os homens fazem, sabem ou experimentam, só tem sentido na medida em que pode ser discutido e

refletido sobre suas ações e sobre a sua própria condição humana. Dessa forma é possível afirmar que

[...] a proposta de construção de um conhecimento interdisciplinar trazida pelo PSF vem, de certa maneira, ao encontro das reflexões sobre a ruptura dos paradigmas do conhecimento, estabelecendo-se o diálogo constante entre os diferentes campos de conhecimento para melhor compreender o fenômeno estudado, e melhor intervir no nível da atenção primária de maneira mais integralizada. (OLIVEIRA, 2000, p. 56).

Para alcançar o principal objetivo proposto por este trabalho, uma ampla revisão delimitando os principais marcos teórico-metodológicos foi feita ao longo do primeiro capítulo e retomada nos seguintes. Questões como participação, inclusão e exclusão sociais perpassaram todo o texto, levantando a topografia da desigualdade social do município na análise dos três bairros escolhidos, com o propósito de garantir, através das diferenças e especificidades da parcialidade dos dados aí obtidos, a universalidade do complexo todo municipal. O espaço temporal da pesquisa foi determinado pelo marco da implantação do Programa de Saúde da Família (PSF), em abril de 2001, até abril de 2005. A riqueza e abrangência dos dados levantados pelas 35 equipes desse programa oficial em Araçatuba se constituíram na primeira e mais interessante opção.

O primeiro problema de ordem metodológica enfrentado na pesquisa deste trabalho foi o fato de um dos bairros escolhidos, o Jardim Nova Iorque, bairro onde habita predominantemente a elite econômica da cidade, não fazer parte da área de abrangência do Programa de Saúde da Família (PSF) de Araçatuba, nem estar vinculado ao sistema público de saúde do município. A solução encontrada foi a distribuição de questionários a um grupo de moradores do bairro, levantando-lhes as condições de vida e seus procedimentos relacionados à saúde. A resistência dos moradores no

preenchimento desses questionários foi grande e se constituiu num outro problema. Mesmo assim, os questionários finalmente respondidos estão entre os segmentos sociais mais representativos do bairro. Os dados obtidos através desses questionários, cujo modelo faz parte dos anexos deste trabalho, foram incorporados ao texto final, preservando, contudo, a identidade desses moradores. A análise desses dados aponta para um contexto e realidade sociais muito diversos dos encontrados no resto do município, especialmente nos outros bairros selecionados.

O programa de atenção básica de saúde da família (PSF) do município de Araçatuba tem no triplo bairro S. José/Ezequiel Barbosa/Mão Divina a possibilidade de mostrar sua enorme contribuição social, pois o bairro, cuja dimensão de carência e fragilidade de sua população, se situa no outro extremo do espaço urbano sócio econômico do município, em relação ao bairro do Jardim Nova Iorque. No São José as equipes do PSF atendem a 100% da população local, garantindo uma grande integração com a comunidade, pois todas as famílias do bairro são cadastradas, registradas e visitadas constantemente por essas equipes que discutem não somente as questões relativas à saúde da população como rediscutem os problemas sociais mais urgentes que sempre fizeram do bairro o mais violento do município. E, foi a partir dessa integração entre as equipes do programa e a comunidade, que fizeram da unidade de saúde da família do PSF do bairro São José uma unidade considerada modelo para a cidade onde todos os indicadores que o PSF preconiza como saúde da mulher, atenção à criança, ao idoso, tuberculose, hanseníase, hipertensão, diabetes, e todos os demais, estão sendo cumpridos no bairro, e diminuindo os efeitos do lugar de que fala Bourdieu, que consagram os bairros nobres e privam os decadentes de bem-estar, cristalizando situações de vulnerabilidade cada vez maior.

Esses dois bairros extremos em suas diferenças econômico, político sociais demonstram claramente o abismo que existe entre esses dois conjuntos tão heterogêneos da população, do ponto de vista das dificuldades e precariedade de vida nelas incluídas as questões da saúde pública, e reproduzem a profunda desigualdade social que faz do país, um dos grandes campeões. Em seus extremos de riqueza e pobreza, a economia brasileira não parou de produzir desigualdade e o distanciamento de renda dos mais ricos em relação aos mais pobres, acabam levando ao que Martins chama de duas humanidades na mesma sociedade, “a dos que só têm obrigações de trabalho e não têm absolutamente mais nada, e uma sociedade daqueles que têm em princípio absolutamente tudo e nenhuma responsabilidade pelo destino dos demais”.

Quanto à análise relativa ao bairro Vila Mendonça, no centro urbano de Araçatuba, também ele escolhido por sua tipicidade, apresenta dentro dele mesmo os profundos contrastes existentes entre os outros dois bairros da cidade e demonstra melhor a grande desigualdade social do município, que acompanha a grande fratura social existente no país. De um lado, a boa estrutura do bairro, facilitada pela localização da Santa Casa, único hospital geral e de referência na região, cujo entorno é constituído de um bem equipado e variado conjunto de saúde pública e privada. População com alto poder aquisitivo, e ótimos índices de saúde fazem da unidade Centro do PSF uma unidade especial com grande agilidade no encaminhamento da população às especialidades, nesse relacionamento de referência e contra-referência, muito importante para o município. Entretanto, existem próximas desse mesmo local, áreas cujos altos índices de desemprego e violência, condições extremas de pobreza, falta de saneamento básico e de educação, além de graves problemas ambientais, garantindo a essa população carente e fragilizada algumas doenças ligadas às condições precárias de vida, ligadas à falta de infra-estrutura social. Essas doenças que, de uma

maneira geral, estão sendo substituídas pelas doenças conhecidas como crônico-degenerativas (hipertensão, diabetes, etc), “doenças modernas” e silenciosas que necessitam tanto de condições educacionais para combatê-las quanto conviver com elas.

A forte relação existente entre a maioria das doenças ditas sociais, especialmente as crônico-degenerativas, no município de Araçatuba, e o nível sócio-econômico da sua população, especialmente nos bairros pesquisados, demonstra que, em relação às doenças antigas da pobreza, houve uma diminuição da distância e desigualdade sociais entre a população em geral. Mas, as chamadas doenças modernas estreitaram ainda mais a faixa da população que as contrai precocemente, com sérias conseqüências e seqüelas (derrames, etc) e graves efeitos no mundo do trabalho, aumentando ainda mais a distância social e concentrando a desigualdade na população que tem ainda que enfrentar as causas externas (violências). Como a escolaridade e qualidade de vida são fundamentais para melhorar a saúde da população, especialmente no que tange às populações mais fragilizadas e carentes, é fundamental o papel desempenhado pelas equipes multidisciplinares do programa de atenção básica da saúde da família (PSF) na mudança de atitude da população envolvida pelo programa, em relação à melhoria da sua qualidade de vida. Nesse sentido, a formação do cidadão ao fazer variadas escolhas e tomar decisões políticas é capaz de garantir sua participação como um novo ator social.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARAÇATUBA. Câmara Municipal. *Lei orgânica*: capítulo II, da Saúde, artigos 172 – 182. Araçatuba: Câmara Municipal, 1996.

ARAÇATUBA. Prefeitura Municipal. *Plano diretor de desenvolvimento urbano da cidade de Araçatuba/SP*. Araçatuba: Secretaria do Planejamento, 1996.

ARAÇATUBA. Prefeitura Municipal. *Plano municipal de saúde*. Araçatuba: Secretaria de Saúde, 1996/98.

ARAÇATUBA. Prefeitura Municipal. Secretaria de Saúde e Higiene Pública. *Programa Saúde da Família*. Araçatuba, 2001.

ARAÇATUBA. Prefeitura Municipal. Secretaria de Saúde e Higiene Pública. *Programa Saúde da Família*. Araçatuba, 2004. (Mineo).

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *SIAB*: manual de informação de atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. 93p.

ARENDDT, Hannah. *A condição humana*. 10.ed. Tradução de Roberto Raposo; Posfácio de Celso Láfer. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2000.

_____. *Responsabilidade e julgamento*. Tradução de Rosaura Einchenberg. São Paulo: Cia das Letras, 2004.

BIZELLI, Edimilson Antonio. *Agentes e processos na urbanização paulista no extremo oeste e a cidade de Fernandópolis*. 1998. 261 f. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) - Pontifícia Universidade Católica, São Paulo, 1998.

BOBBIO, Norberto. *Dicionário de política*. Brasília: UNB, 1995.

_____. *O futuro da democracia: uma defesa das regras do jogo*. 6. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986.

BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*: promulgada em 5 de outubro de 1988. Organização do texto por Alexandre Moraes. 22. ed. São Paulo: Saraiva, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde da Família. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/saude/area.cfm?id_area=149>. Acesso em: 1 mar. 2005.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *O desenvolvimento do Sistema Único de Saúde: avanços, desafios e reafirmação dos seus princípios e diretrizes*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 72p.

_____. Secretaria de Políticas da Saúde. *Guia prático do Programa Saúde da Família*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 128p.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. SIAB: manual de informação de atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. 93p.

CAMARGO, Antonio B. Marangone et al. Evolução da mortalidade por acidentes e violências em áreas metropolitanas. In: MONTEIRO, Carlos Augusto. (Org.) *Velhos e novos males da saúde no Brasil a evolução do país e de suas doenças*. São Paulo: Hucitec: NUPENS/USP, 2000. Pt. 5, Cap. 15, p.257-288. (Saúde em Debate, 91)

CAMPOS, Anna Maria de Souza Monteiro. Accountability quando poderemos traduzi-la para o português. *Revista Brasileira de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v.24, n.2, p.47-56, fev./abr. 1990.

CASTEL, Robert. As armadilhas da exclusão. In: WANDERLEY, Mariângela Belfiori. (ORG.). *Desigualdade e a questão social*. São Paulo: Educ, 1997.

_____. As transformações da questão social. In: WANDERLEY, Mariângela Belfiori. (Org.). *Desigualdade e a questão social*. São Paulo: Educ, 1997.

_____. Da indigência à exclusão, a desfiliação: mecânica do trabalho e vulnerabilidade relacional. *Revista Saúde Loucura*, São Paulo, n. 4, 1994.

CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção à saúde. Disponível em: <<http://www.lappis.org.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?sid=25&inford=93&tpl=view%5Fparticipantes>> Acesso em: 26 mar. 2005. (Resumo.)

COHN, Amélia. Mudanças econômicas e políticas de saúde no Brasil. In: LAURELL, Asa Cristina (Org.). *Estado e políticas sociais no neoliberalismo*. São Paulo: Cortez, 1995.

_____. *Saúde e cidadania: análise de uma experiência de gestão local*. 1992. 239 f. Tese (Livre-Docência) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1992.

COHN, Amélia; ELIAS, Paulo E. *Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços*. São Paulo: Cortez, 1996.

COHN, Amélia et al. *A saúde como direito e como serviço*. São Paulo: Cortez, 1991. (Coleção Pensamento Social e Saúde, 7).

COSTA, Ana Maria. Integralidade na atenção e no cuidado a saúde. In: MONTEIRO, Carlos Augusto (Org.) *Velhos e novos males da saúde no Brasil a evolução do país e de suas doenças*. São Paulo: Hucitec: NUPENS/USP, 2000. Pt. 5, Cap. 13, p.195-243. (Saúde em Debate, 91)

COVRE, Maria de Lourdes Manzini. *O que é cidadania*. São Paulo: Brasiliense, 1999. (Coleção Primeiros Passos, 250).

DINIZ, Eli. Uma perspectiva analítica para a reforma do Estado. *Lua Nova*, São Paulo, n.45, 1998.

EIBENSCHUTZ, Catalina (Org.). *Política de saúde: o público e o privado*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.

ELIAS, Paulo Eduardo. *Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços*. São Paulo: Cortez, 1996.

ESCOREL, Sarah. *Reviravolta na saúde origem e articulação do movimento sanitário*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

FASSIN, Didier et al. *Connaître et comprendre les inégalités sociales de santé*. Paris: La Découverte, 2000. (Recherches – INSERM).

FLEURY, Sônia. *Em busca de uma teoria do Welfare State: estado sem cidadão: seguridade social na América Latina*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

FREIRE, Paulo. *Política e Educação*. São Paulo: Cortez, 2001.

GERSCHMAN, Silvia. *A democracia inconclusa um estudo da reforma sanitária brasileira*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

GIDDENS, Anthony. *As conseqüências da modernidade*. 2. ed. São Paulo: Unesp, 1991.

GOHN, Maria da Glória. *Conselhos gestores e participação sociopolítica*. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2003. (Coleção questões da nossa época; 84).

HELLER Agnes. 6. ed. *O cotidiano e a história*. São Paulo: Paz e Terra, 2000.

JANNUZZI, Paulo de Martino. *Indicadores sociais no Brasil: conceitos, fontes de dados e aplicações*. Campinas: Alínea, 2001.

JUNQUEIRA, Luciano A.Prates. *A gestão intersetorial das políticas sociais e o terceiro setor*. Saúde e sociedade/Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo e Associação Paulista de Saúde Pública. v.13, n.1 (jan/abr - 2004), São Paulo, SP.

KOVARICK, Lúcio. *Escritos urbanos*. São Paulo: Ed. 34, 2000.

LAURELL, Asa Cristina (Org.) *Estado e Políticas Sociais no Neoliberalismo*. São Paulo: Cortez, 1995.

LUZ, Madel Therezinha. *Políticas de Descentralização e Cidadania: novas práticas em saúde no Brasil atual*. Disponível em: <<http://www.lappis.org.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?sid=25&inoid=98&tpl=view%5FParticipantes>> Acesso em: 25 mar. 2005.

MANFREDI NETO, Pascoal. *O trem da morte: o imaginário do progresso na Noroeste (1905–1930)*. 1996. 181 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) - Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1996.

MARSIGLIA, Regina Maria Giffoni. *Servidor, funcionário, trabalhador: interesses e culturas organizacionais no setor público de saúde*. 1993. 2 v. Tese (Doutorado) - Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1993.

MARTINS, José de Souza. *Exclusão social e a nova desigualdade*. São Paulo: Paulus, 1997.

_____. *O poder do atraso ensaios de sociologia da história lenta*. São Paulo: Hucitec, 1999.

MAGALHÃES, Rosana. Desigualdades sociais e equidade em saúde. In *Saúde e direitos humanos*. Ministério da saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Núcleo de Estudos em Direitos Humanos e Saúde. Brasília; Ministério da Saúde, 2004.

MÉDECINS SANS FRONTIÈRES – Médicos sem fronteiras (MSF). Disponível em: <<http://www;msf.org.br/noticia/msfNoticiasMostrarImprimir.asp?=275>>. Acessado em: 12 maio 2005.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, “Febre? Cuidado! Pode ser Malária”. *Série A. Normas e manuais técnicos*. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação Geral do Programa Nacional de Controle da Malária. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

MONTEIRO, Carlos Augusto, et al. A evolução do país e de suas doenças: síntese, hipóteses e implicações. In _____ (Org). *Velhos e novos males da saúde no Brasil: a evolução do país e de suas doenças*. 2. ed. aum. São Paulo: Hucitec: NUPENS/USP, 2000. Pt. 7, Cap. 20, p. 349-355.

NUNES, Edson. *A gramática política do Brasil clientelismo e insulamento burocrático*. 3ª ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; Brasília: ENAP, 2003.

OLIVEIRA, Eleonora Menicucci de; MARSIGLIA, Regina Maria Giffoni. Limites e alcances do papel profissional. In: SÃO PAULO (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. *Manual de treinamento introdutório do Programa Saúde da Família*. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde, [2002?].

OLIVEIRA, Francisco de. Vanguarda do atraso e o atraso da vanguarda: globalização, neoliberalismo na América Latina. In: CONGRESSO DA ASSOCIAÇÃO LATINO-AMERICANA DE SOCIOLOGIA, 21., 1997, São Paulo. *Anais...* São Paulo: ALAS, 1997.

OLIVEIRA, Luciano. Os excluídos existem? Notas sobre a elaboração de um novo conceito. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, São Paulo, n. 33, p. 49-61, 1997.

PAUGAM, Serge. O enfraquecimento e a ruptura dos vínculos sociais. Uma dimensão essencial do processo de desqualificação social. In: SAWAIA Bader. (Org.) *As artimanhas da exclusão análise psicossocial e ética da desigualdade social*. 4. ed. Petrópolis: Vozes, 2002.

PEREIRA, Luiz Carlos Bresser. A reforma do Estado nos anos 90: lógica e mecanismos de controle. *Lua Nova*, São Paulo, n 45, 1998.

_____, Luiz Carlos Bresser; GRAU, Nuria C. Entre o Estado e o Mercado: o público não estatal. In: _____. (Org.). *O público não estatal na reforma do Estado*. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1999.

PINHEIRO, Roseni. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. Disponível em: <<http://www.lappis.org.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?sid=25&inford=149&tpl=view%5Fparticipantes>>. Acesso em: 26 mar. 2005.

RAMOS, Célia Leitão Conselhos de Saúde e controle social. In: EIBENSCHUTZ, Catalina (ORG.). *Política de saúde: o público e o privado*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.

SADER, Eder. *Quando novos personagens entraram em cena*. 2. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1988.

SANTOS, Boaventura de Sousa. *Pela mão de Alice o social e o político na pós-modernidade*. São Paulo: Cortez, 1995.

_____. *Introdução a uma ciência pós-moderna*. 3ª. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2000.

_____. Por uma concepção multicultural de direitos humanos. *Lua Nova*, São Paulo, n.39, 1997.

SÃO PAULO (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. Princípios e diretrizes do SUS. In: _____. *Manual de treinamento introdutório do Programa Saúde da Família*. São Paulo, [2002?].

SAWAIA Bader (ORG.) *As artimanhas da exclusão análise psicossocial e ética da desigualdade social*. 4. ed. Petrópolis: Vozes, 2002.

SILVA, Benedicto (Coord.). *Dicionário de Ciências Sociais*. 2. ed. Rio de Janeiro: FGV, 1987. p. 1227-9.

SMOLENTZOV, Vera Maria Neves. *Cidadania e participação: os conselhos de saúde em Araçatuba, na década de 90*. 2000. Dissertação (Mestrado) - Pontifícia Universidade Católica, São Paulo, 2000.

_____. A religação das ciências. *Avesso do Avesso*, Araçatuba, v.2, n.2, jun. 2004.

SPOSATI, Aldaíza. (Coord.). *Mapa da exclusão/inclusão social da cidade de São Paulo*. São Paulo: Educ, 1996.

VÉRAS, Maura P. B. Estrangeiros em São Paulo: questões introdutórias ao debate sobre alteridade e território nos tempos globais. *Sociedade e Estado*, Brasília, v. 13, n. 1, jan./jul. 1998.

_____. (Org.). *Por uma sociologia da exclusão social o debate com Serge Paugam*. São Paulo: Educ, 1999.

_____. *Trocando olhares: uma introdução à construção sociológica da cidade*. São Paulo: Studio Nobel: Educ, 2000. (Coleção cidade aberta).

_____. Tempo e espaço na metrópole. *São Paulo em Perspectiva*, São Paulo, v. 15, n.1, p.3-12, jan./mar. 2001.

_____. Exclusão social: um problema de 500 anos. In: SAWAIA Bader. (Org.) *As artimanhas da exclusão análise psicossocial e ética da desigualdade social*. 4. ed. Petrópolis: Vozes, 2002.

_____. *DiverCidade territórios estrangeiros como topografia da alteridade em São Paulo*. São Paulo: EDUC, 2003.

_____. (Ed.). *Hexapolis desigualdades e rupturas sociais em metrópoles contemporâneas: São Paulo, Paris, Nova Iorque, Varsóvia, Abidjan, Antananarivo*. São Paulo: Educ, 2004.

. *Cidadania e globalização*. Rio de Janeiro: Record, 1999.

VIEIRA, Liszt B. Cidadania e controle social. BRESSER PEREIRA, Luiz Carlos; GRAU, Nuria C. (Org.). *O público não-estatal na reforma do Estado*. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1999.

WALDMAN Alves Eliseu; SILVA, Luiz Jacinto da; MONTEIRO, Carlos Augusto. *Trajetória das doenças infecciosas: da eliminação da poliomielite à reintrodução da*

cólera. In: MONTEIRO, Carlos Augusto (Org.) *Velhos e novos males da saúde no Brasil a evolução do país e de suas doenças*. São Paulo: Hucitec: NUPENS/USP, 2000.

Pt. 5, Cap. 13, p.195-243. (Saúde em Debate, 91)

WANDERLEY, L. Eduardo. A questão social no contexto da globalização: o caso latino-americano e o caribenho. WANDERLEY, Mariângela Belfiori (ORG.). *Desigualdade e a questão social*. São Paulo: Educ, 1997.

WÜNSCH FILHO, Victor. Variações e tendências na morbimortalidade dos trabalhadores. In: MONTEIRO, Carlos Augusto (Org.) *Velhos e novos males da saúde no Brasil a evolução do país e de suas doenças*. São Paulo: Hucitec: NUPENS/USP, 2000. Pt. 5, Cap. 18, p.288-330. (Saúde em Debate, 91)

ANEXOS

ANEXO A

I. Entrevista-modelo com os Conselheiros Municipais de Saúde (CMS) de Araçatuba/SP, gestão 2004-2006 para conclusão de tese de doutoramento da profa Ms Vera Maria Neves Smolentzov, no centro de estudos pós-graduados em Ciências Sociais da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo - PUCSP, na área de concentração em Dinâmica Urbano-Regional, Planejamento e Políticas Públicas.

Vera Maria Neves Smolentzov - professora da Faculdade da Fundação Educacional Araçatuba – FAC-FEA e coordenadora do departamento de pesquisa, extensão, pós-graduação da FAC-FEA. verasmolent@terra.com.br

Entrevista-modelo com os Conselheiros Municipais de Saúde (CMS) de Araçatuba/SP, gestão 2004-2006. Araçatuba,de 2005.

1ª PARTE: IDENTIFICAÇÃO/CONSELHEIROS

Nome (iniciais):

Sexo:

estado civil:

idade:

escolaridade:

profissão:

ocupação atual:

entidade que representa:

2ª PARTE: QUESTÕES PROPRIAMENTE DITAS:

1. Como chegou a representante no Conselho Municipal de Saúde (CMS)?

2. Qual o seu grau de participação na entidade que representa?
3. Qual o seu grau de participação dentro do CMS? (É assíduo às reuniões do CMS?
Participa com frequência, e qual a frequência, das discussões do conselho?)
4. Quais as dificuldades encontradas no exercício do cargo de conselheiro?
5. Qual a sua participação social (na comunidade e/ou na sociedade de um modo geral através de trabalho voluntário ou outra participação social qualquer)?
6. Como o conselho desempenha seu papel de fiscalização na qualidade de gestor da saúde do município?
7. O que significa o SUS para o Sr.(a) e para o grupo que representa no conselho?
8. Quais os setores da população que mais estariam excluídos, ou seja, que não conseguem atendimento do SUS?
9. Há prazer/desprazer na sua participação do conselho? Por que?
10. Há frustração nessa participação? Por que?
11. De que forma sua participação poderia ser melhorada?
12. Qual a sua opinião em relação ao CMS, e o que ele representa para a população de Araçatuba como um todo e para a mais carente, em especial?
13. O que poderia ser feito para que essa população, sobretudo a mais carente, fosse mais bem atendida pelo SUS, a curto, médio e longo prazo?
14. Tentaria a reeleição para o conselho, se isto for possível? Por que?
15. Qual a importância do PSF para a política de saúde de Araçatuba?

ANEXO B

II. Entrevista-modelo sobre saúde com os moradores do bairro Jardim Nova Iorque de Araçatuba/SP, realizada como parte do trabalho para conclusão de tese de doutoramento da profa Ms Vera Maria Neves Smolentzov, no Centro de Estudos Pós-Graduados em Ciências Sociais da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUC/SP, na área de concentração em Dinâmica Urbano-Regional, Planejamento e Políticas Públicas. Professora e coordenadora do departamento de pesquisa, extensão e pós-graduação da Faculdade da Fundação Educacional Araçatuba (FAC-FEA).

verasmolent@terra.com.br

1. Nome (iniciais):

2. Sexo:

3. Estado civil:

4. Idade:

5. Escolaridade:

6. Profissão:

7. Ocupação atual:

8. Quantidade de membros da família: (...) casal, (...) 3 pessoas, (...) 4 pessoas, (...) 5 pessoas, (...) 6 pessoas, (...) mais de 6 pessoas.

9. Antiguidade no bairro:

(...) menos de dois anos, (...) de 2 a 5 anos, (...) de 5 a 10 anos, (...) mais de 10 anos.

10. Você mora em casa:

(...) alugada, (...) própria, (...) emprestada,

11. Sua locomoção até seu local de trabalho é feita através de:

(...) avião particular, (...) avião de carreira, (...) carro próprio com motorista, (...) carro próprio sem motorista, (...) coletivo, (...) bicicleta, (...) moto, (...) a pé.

12. Na sua casa tem:

(...) home-theater, (...) mais de 3 TVs, (...) mais de 2 vídeos e DVDs, (...) mais de 1 computador, (...) mais de 2 geladeiras/freezer, (...) demais equipamentos eletrodomésticos; (...) alarme, () cerca elétrica, (...) jardim, (...) piscina, (...) sauna, (...) campo de futebol, (...) quadra de tênis.

13. Você frequenta as possibilidades de lazer (bares/restaurantes, clube) proporcionadas pelo seu bairro:

(...) sim, (...) não.

(...) freqüentemente, (...) raramente, (...) sempre.

14. Sente-se protegido no bairro?

(...) sim, (...) não.

15. Tem segurança privada?

(...) sim, (...) não.

16. Da equipe de funcionários que trabalham em sua casa, fazem parte:

(...) segurança, (...) chofer, (...) babá, (...) cozinheiro(a), (...) arrumadeira, (...) faxineira, (...) lavadeira, (...) passadeira, (...) jardineiro, (...) piscineiro, (...) outros.

17. Os funcionários da sua casa têm planos de saúde particular? (...) sim, (...) não.

18. Quando seus funcionários precisam se utilizar dos serviços de saúde eles procuram:

(...) Rede pública municipal: (...) Unidade Básica de Saúde (UBS) próxima ao bairro,
(...) pronto socorro municipal, (...) hospital público mais próximo.

(...) Rede privada coberta por planos de saúde e convênios: (...) consultório médico particular, (...) hospital particular.

19. Você e sua família quando precisam se utilizar dos serviços médicos de saúde, procuram:

(...) Rede pública municipal: (...) Unidade Básica de Saúde (UBS) próxima ao bairro,
(...) pronto socorro municipal, (...) hospital público mais próximo.

(...) Rede privada coberta por planos de saúde e convênios: (...) consultório médico particular, (...) hospital particular.

20. Em caso de doença procura atendimento na cidade? (...) sim, (...) não.

21. Está satisfeito(a) com seu plano de saúde? (...) sim, (...) não.

ANEXO C

Tabelas e gráficos, Ilustrando a Riqueza de Dados do Programa de Saúde da Família (PSF) em Araçatuba/SP

Tabela 47 - Série histórica da produção da zona geral do modelo 2001-05.

Município de Araçatuba	2001	2002	2003	2004	2005
1) Consultas médicas residentes fora das áreas de abrangência	3.961	8.627	17.481	32.612	8.197

Tabela 48 - Consultas Médicas Residentes na Área

2) Consultas Médicas Residentes na Área	2001	2002	2003	2004	2005
Consulta em < de 1 ano	1.296	1.571	1.301	987	210
Crianças menores de < 1 ano	1.034	252	208	307	402
Média de consulta em < 1 ano	1,25	6,23	6,25	3,21	0,52
Consulta de 1-4	3.349	5.772	4.738	4.459	981
Crianças de 1-4 anos	7.624	6.907	6.122	5.290	4.873
Média de consulta em 1-anos	0,44	0,84	0,77	0,84	0,2
Consulta de 5-9	3.600	6.017	5.806	5.719	1.316
Crianças de 5-9 anos	9.654	9.593	9.660	8.920	8.815
Média de consulta em 5-9 anos	0,37	0,63	0,60	0,64	0,15
Consulta de 10-14 anos	3.501	6.384	6.114	7.027	2.112
Crianças de 10-14 anos	10.008	9.753	9.807	9.174	9.055
Média de consulta em 10-14 anos	0,35	0,65	0,62	0,77	0,23
Consulta de 15-19 anos	3.881	7.024	7.122	7.959	2.294
Pessoas de 15-19 anos	10.603	10.132	9.925	9.559	9.493
Média de consulta em 15-19 anos	0,37	0,69	0,72	0,83	0,24
Consulta de 20-39 anos	15.270	32.214	29.720	36.245	10.139
Pessoas de 20-39 anos	38.870	39.046	38.762	37.465	37.126
Média de consulta em 20-39 anos	0,39	0,83	0,77	0,97	0,27
Consulta de 40-49 anos	9.902	23.106	20.988	25.434	7.645
Pessoas de 40-49 anos	15.144	15.394	15.863	15.959	15.956
Média de consulta em 40-49 anos	0,65	1,50	1,32	1,59	0,48
Consulta de 50-59 anos	9.724	24.679	23.171	28.244	8.435
Pessoas de 50-59 anos	9.642	10.020	10.293	10.723	10.820
Média de consulta em 50-59 anos	1,01	2,46	2,25	2,63	0,78
Consulta de 60 e mais anos	16.626	42.536	41.176	50.068	15.073
Pessoas de 60 e mais anos	11.014	11.530	11.864	11.809	11.973
Média de consulta em 60 e mais	1,51	3,69	3,47	4,24	1,26

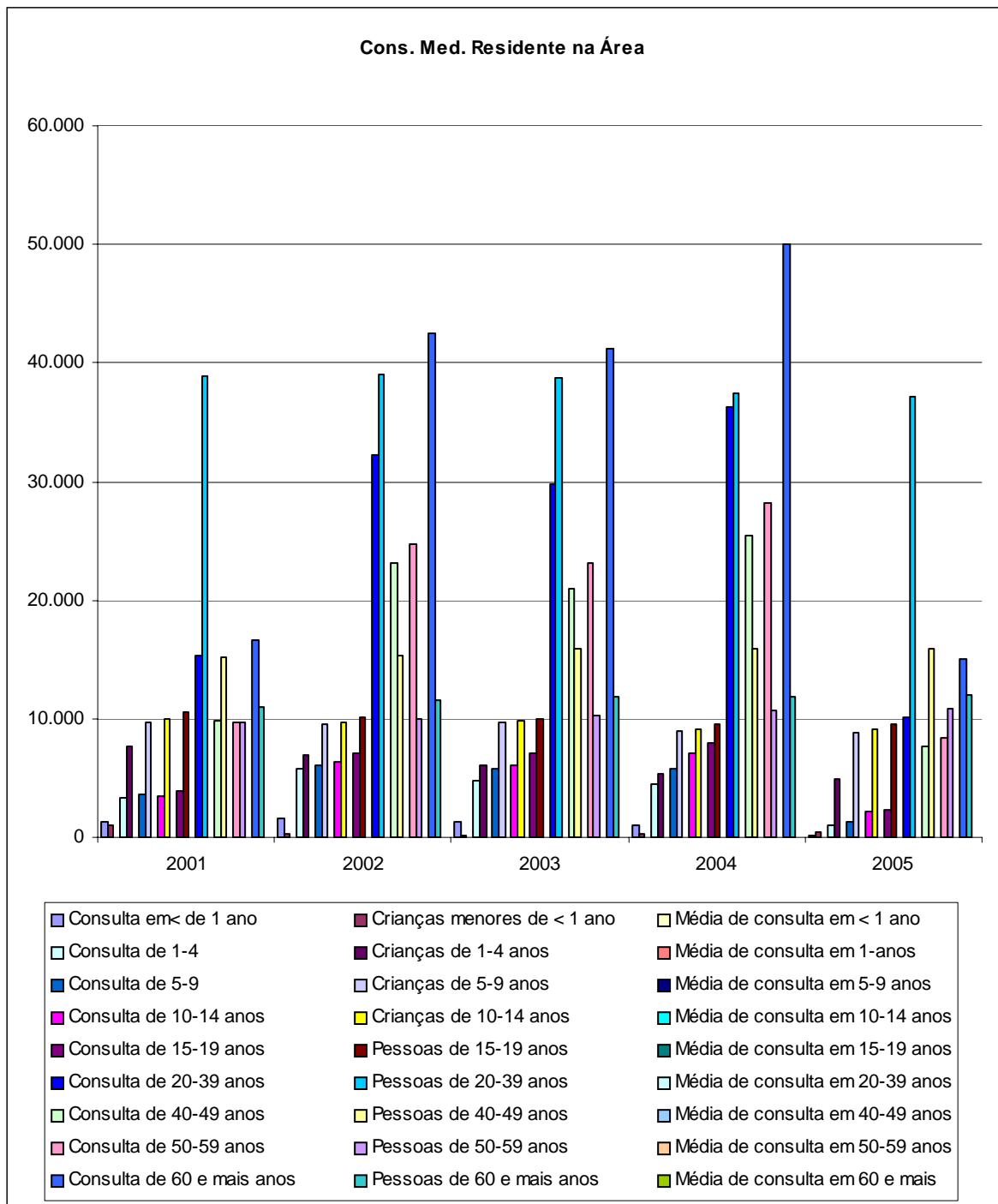


Gráfico 57 - Consultas Médicas Residentes na Área

Tabela 49 – Total de Consultas

Total de Consultas	2001	2002	2003	2004	2005
Total geral de consultas	67.149	149.303	140.136	166.142	48.205
Total de pessoas	113.593	112.627	112.504	109.206	108.513
Média de consultas na área	0,59	1,33	1,25	1,52	0,44

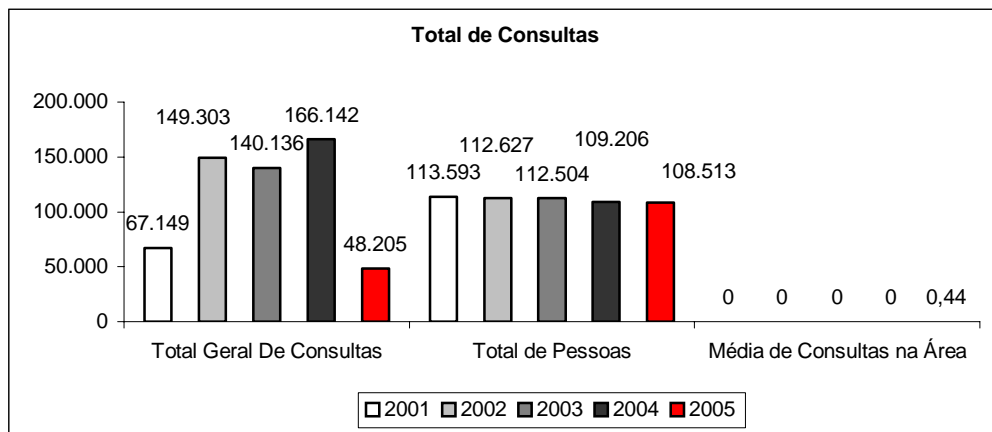


Gráfico 58 – Total de Consultas

Tabela 50 – Tipo de Atendimento

3) Tipo de Atendimento	2001	2002	2003	2004	2005
Puericultura	4.003	8.876	6.903	6.991	2.074
% Puericultura	4,16	3,76	3,16	2,68	2,82
Pré – natal	1.038	2.951	2.823	2.243	610
% Pré – natal	1,08	1,25	1,29	0,86	0,83
Prevenção ca cérvico-uterino	2.792	7.445	4.066	3.590	1.087
% Prev. cérvico-uterina	2,9	3,15	1,86	1,38	1,48
Dst/aids	751	1.728	241	519	264
% Dst/aids	0,78	0,73	0,11	0,2	0,36
Diabetes	14.250	36.252	33.231	32.803	11.109
% Diabetes	14,81	15,35	15,21	12,6	15,08
Hipertensão arterial	25.030	122.906	110.246	126.678	40.610
% Hipertensão arterial	26,01	52,03	50,47	48,65	55,13
Hanseníase	73	451	89	745	19
% Hanseníase	0,08	0,19	0,04	0,29	0,03
Tuberculose	144	333	303	197	46
% Tuberculose	0,15	0,14	0,14	0,08	0,06

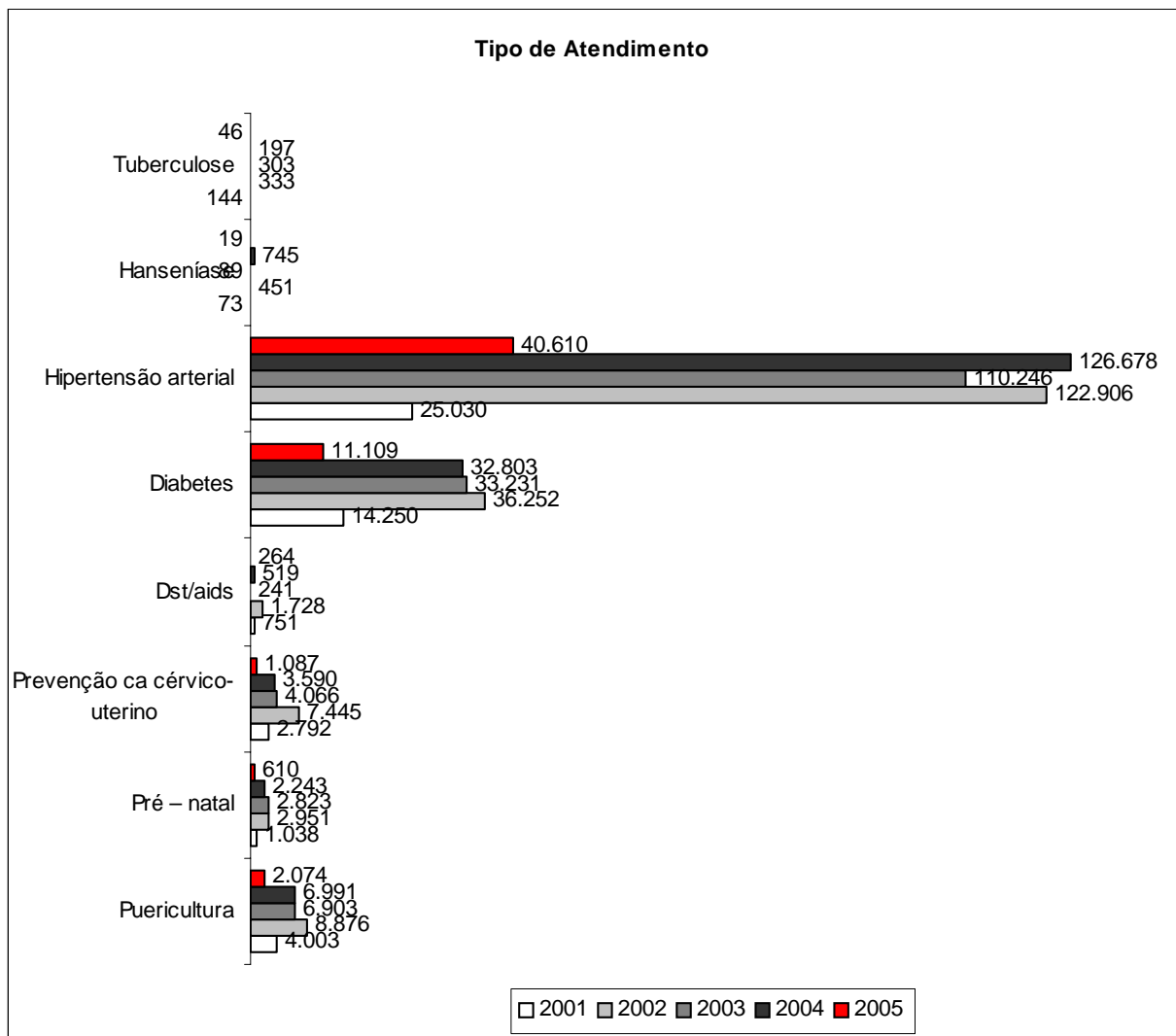


Gráfico 59 – Tipo de Atendimento

Tabela 51- Exames Complementares

4) Exames complementares	2001	2002	2003	2004	2005
Patologia clínica	6.028	21.335	23.284	30.804	9.935
% Patologia clínica	8,48	13,51	14,77	15,5	17,61
Radiodiagnóstico	1.640	3.528	2.993	4.647	1.498
%Radioadiagnóstico	2,31	2,23	1,9	2,34	2,66
Cito cérvico-vaginal	878	4.710	2.269	2.195	425
%Cito cérvico-vaginal	1,23	2,98	1,44	1,1	0,75
Ultrassonografia obstétrica	401	443	661	843	308
%Ultrassonografia obstétrica	0,56	0,28	0,42	0,42	0,55
Outros	1.439	2.414	3.738	4.098	1.205
%Outros	2,02	1,53	2,37	2,06	2,14

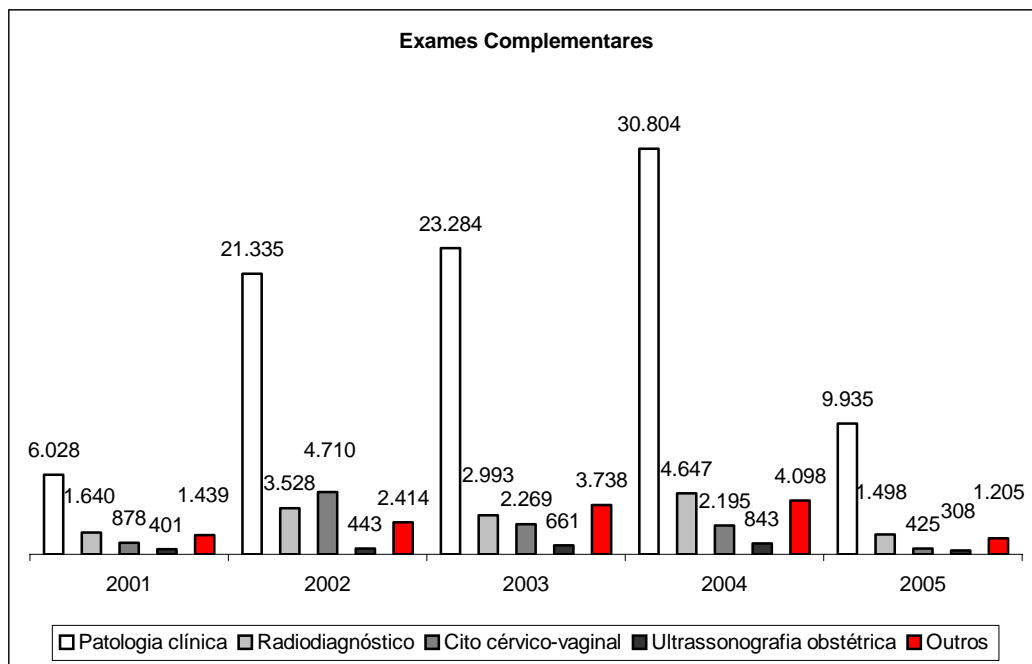


Gráfico 60 – Exames Complementares

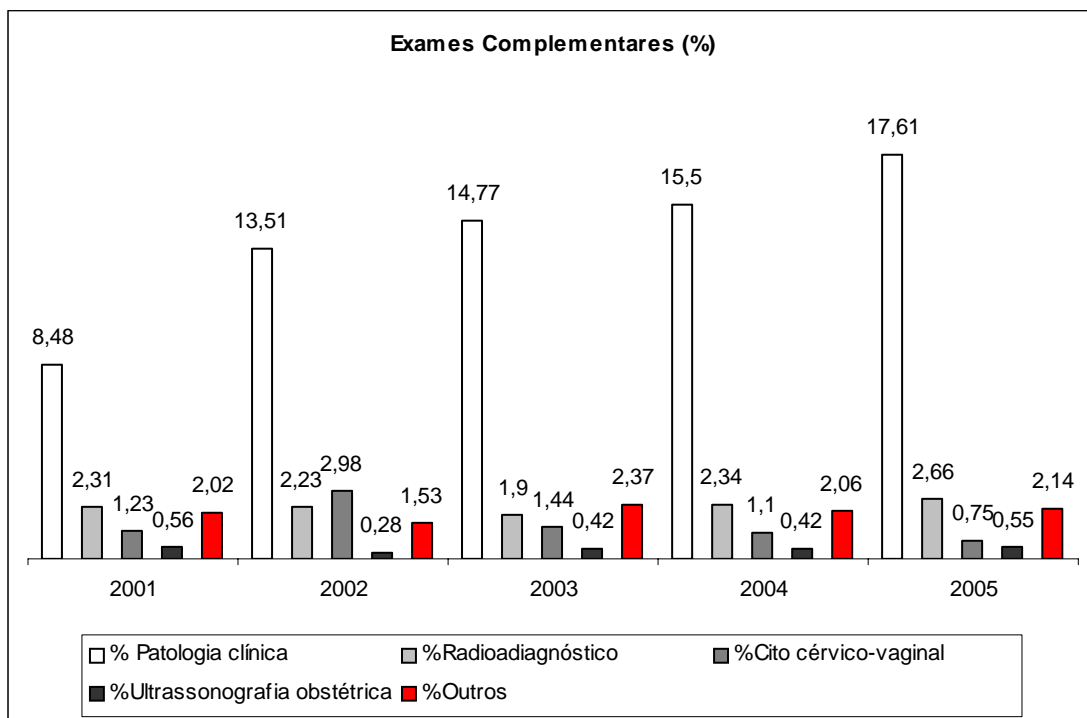


Gráfico 61 – Exames Complementares (%)

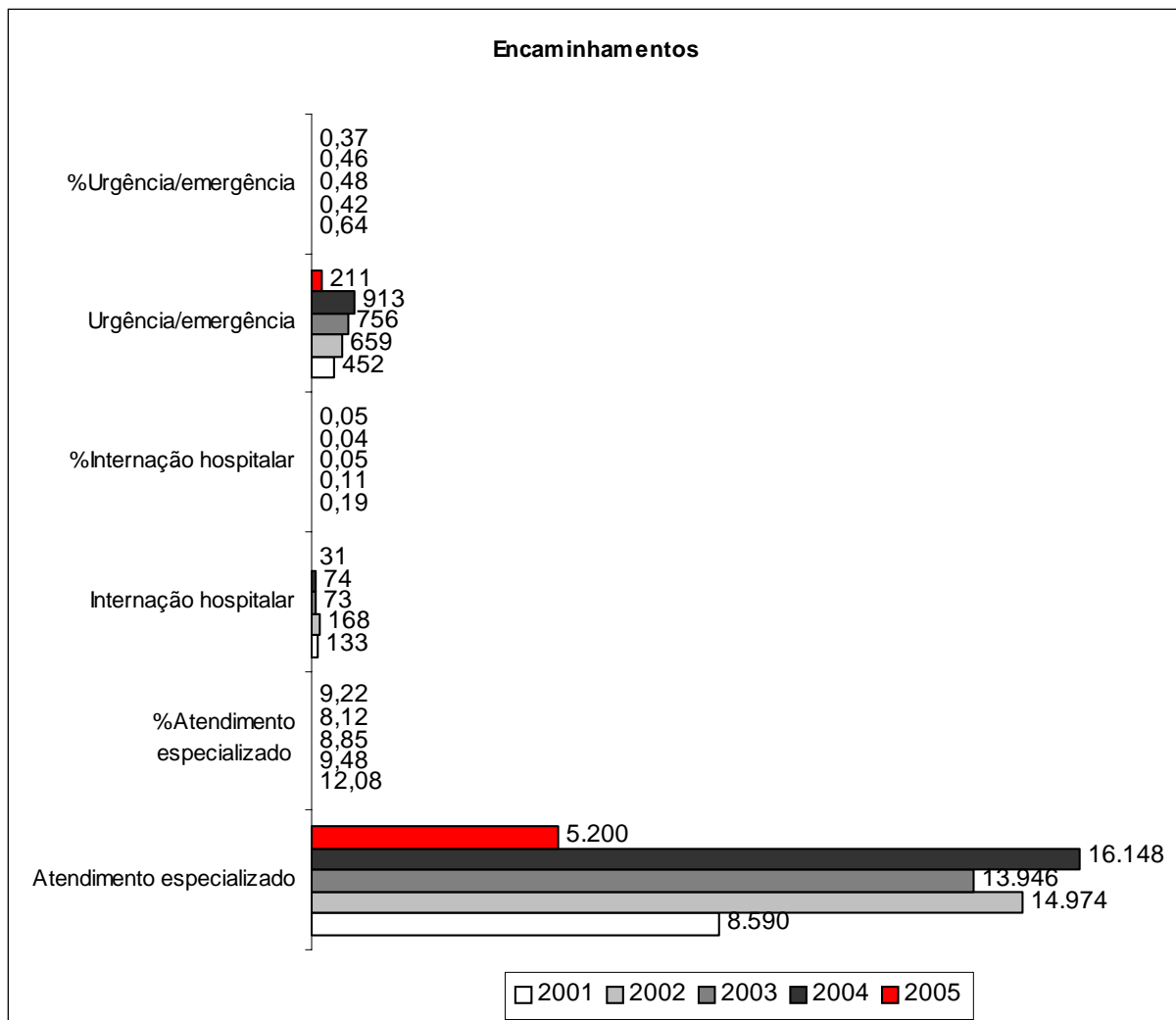


Gráfico 62 - Encaminhamentos

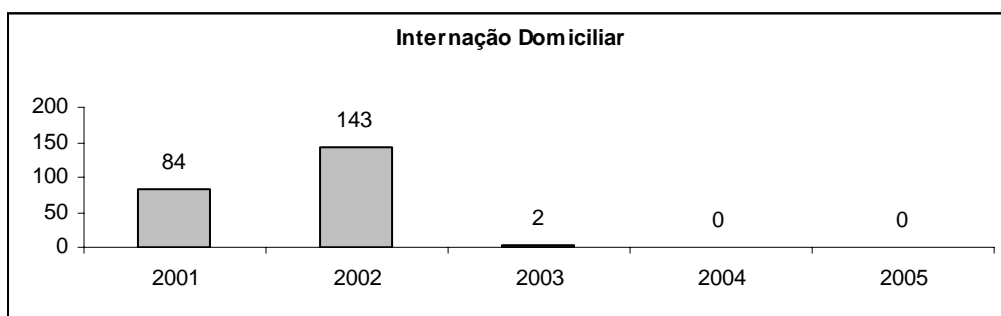


Gráfico 63 - Internação domiciliar

Tabela 52 - Encaminhamentos

5) Encaminhamentos	2001	2002	2003	2004	2005
Atendimento especializado	8.590	14.974	13.946	16.148	5.200
% Atendimento especializado	12,08	9,48	8,85	8,12	9,22
Internação hospitalar	133	168	73	74	31
% Internação hospitalar	0,19	0,11	0,05	0,04	0,05
Urgência/emergência	452	659	756	913	211
% Urgência/emergência	0,64	0,42	0,48	0,46	0,37

Tabela 53 - Internação domiciliar

	2001	2002	2003	2004	2005
6) N° de internação domiciliar	84	143	2	0	0

Tabela 54 - Procedimentos

7) Procedimentos	2001	2002	2003	2004	2005
Atendimento específico para atenção básica	9	8	0	12	1
Visita de inspeção sanitária	283	5.923	0	0	0
Aten. individual enfermeiro	25.111	78.303	60.834	61.630	17.256
Aten. indiv.prof. niv. superior	39	12.231	5	1.392	0
Curativos	11.532	11.646	10.534	11.899	3.393
Inalações	5.380	2.196	2.369	3.900	736
Injeções	3.267	2.451	3.000	2.855	421
Retiradas de pontos	731	512	352	870	286
Terapia de reidratação oral	158	195	62	47	12
Sutura	85	334	579	361	142
Aten. grupo educação em saúde	287	1.352	1.023	969	260
Procedimentos coletivos	23	3.319	964	1.769	1.952
Reuniões	1.539	2.231	778	456	731

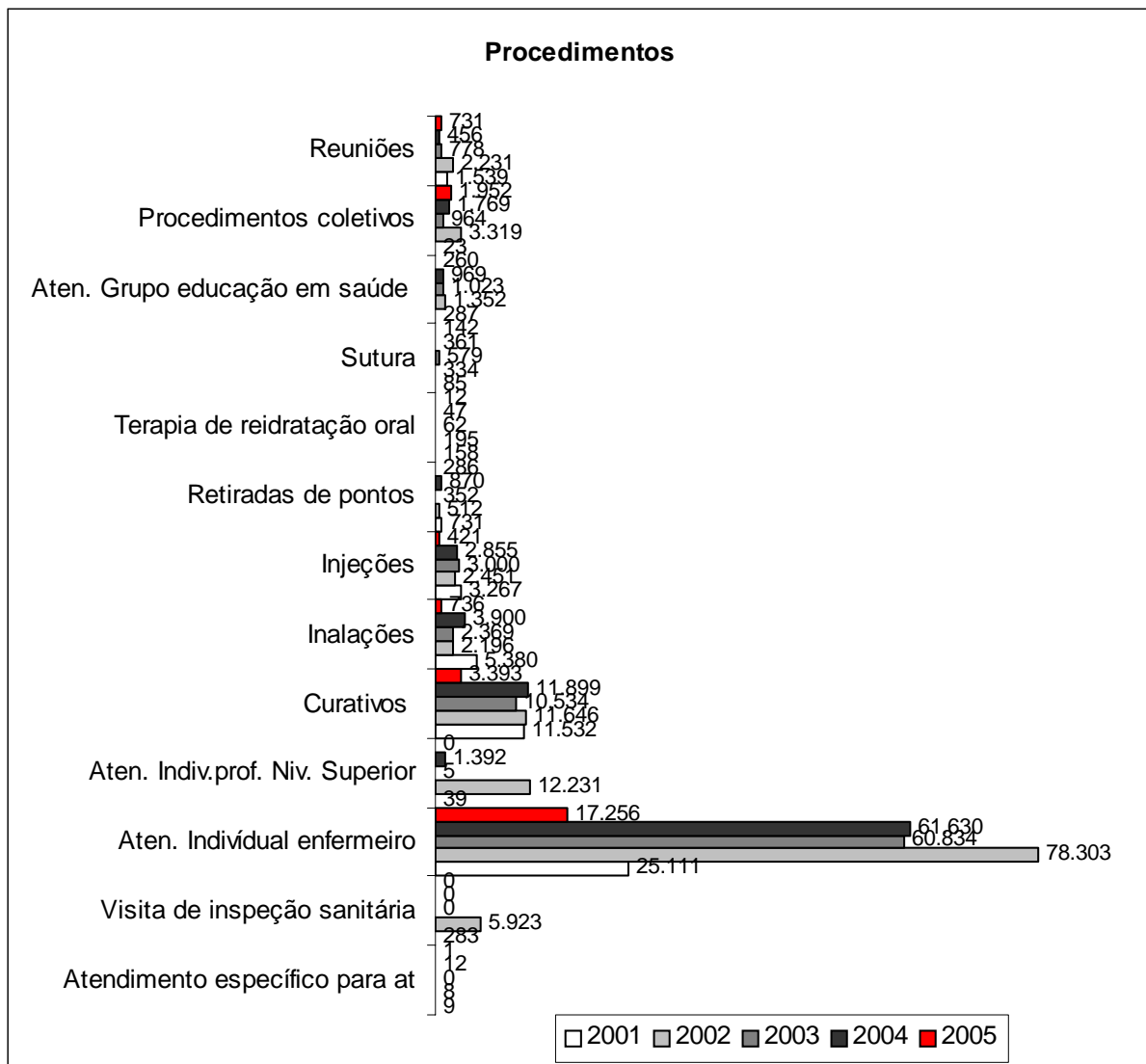


Gráfico 64 – Procedimentos

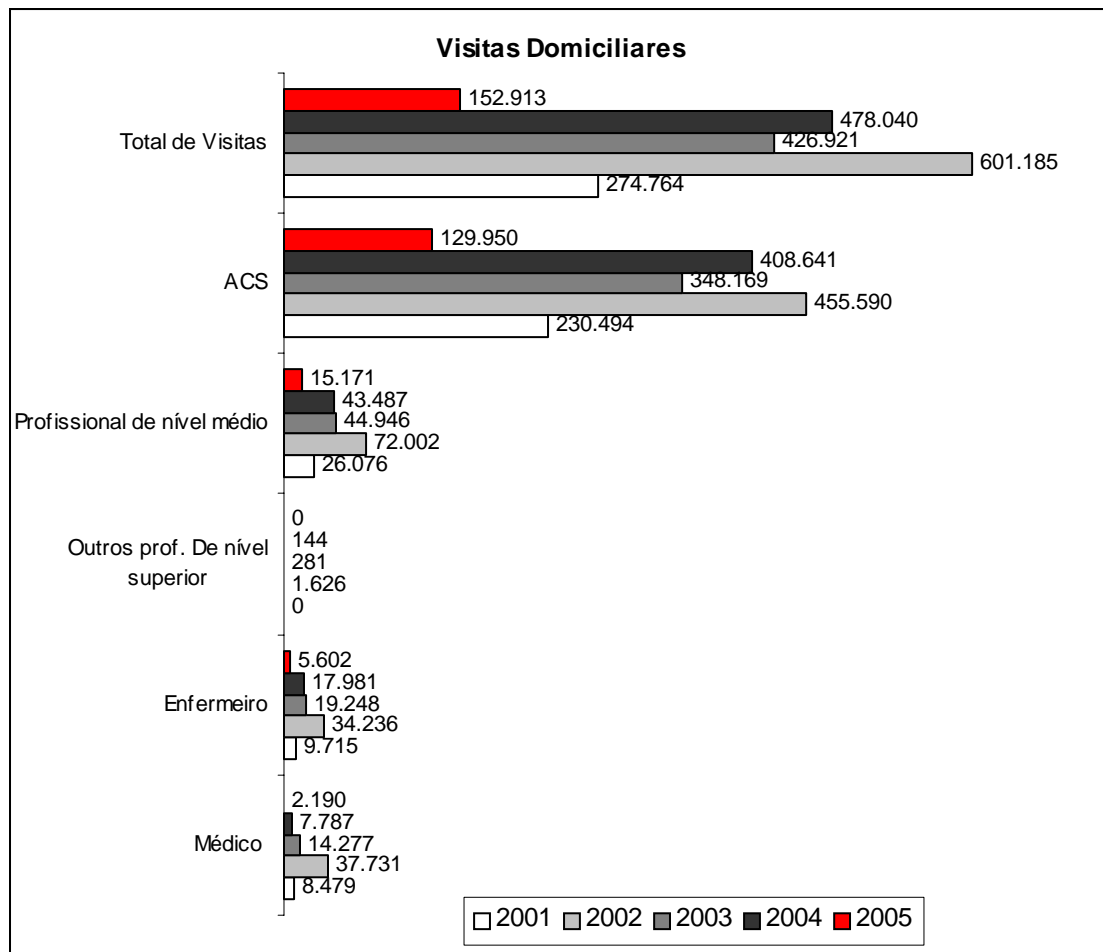


Gráfico 65 - Visitas Domiciliares

Tabela 55 – Visitas Domiciliares

8) Visitas Domiciliares	2001	2002	2003	2004	2005
Médico	8.479	37.731	14.277	7.787	2.190
Enfermeiro	9.715	34.236	19.248	17.981	5.602
Outros prof. de nível superior	0	1.626	281	144	0
Profissional de nível médio	26.076	72.002	44.946	43.487	15.171
ACS	230.494	455.590	348.169	408.641	129.950
Total de Visitas	274.764	601.185	426.921	478.040	152.913

* Ano 2001 a partir de julho

* Ano 2005 de jan/abr.

Fonte PSF - SSHP Prefeitura de Araçatuba/SP.

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)