



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ  
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E LETRAS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS**

**JOVINA MOREIRA SÉRVULO RODRIGUES**

**O PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO DAS AÇÕES DO PROGRAMA LAGOAS DO  
NORTE EM TERESINA E SUA INFLUÊNCIA NAS CONDIÇÕES DE SAÚDE DA  
POPULAÇÃO QUE VIVE EM SEU ENTORNO**

**TERESINA  
2015**

**JOVINA MOREIRA SÉRVULO RODRIGUES**

**O PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO DAS AÇÕES DO PROGRAMA LAGOAS DO  
NORTE EM TERESINA E SUA INFLUÊNCIA NAS CONDIÇÕES DE SAÚDE DA  
POPULAÇÃO QUE VIVE EM SEU ENTORNO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Políticas Públicas, elaborada como requisito para obtenção do título de Mestre em Políticas Públicas.

**Orientadora:** Prof<sup>a</sup> Dra. Maria D'Alva Macedo Ferreira.

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

**TERESINA  
2016**

**JOVINA MOREIRA SÉRVULO RODRIGUES**

**O PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO DAS AÇÕES DO PROGRAMA LAGOAS DO  
NORTE EM TERESINA E SUA INFLUÊNCIA NAS CONDIÇÕES DE SAÚDE DA  
POPULAÇÃO QUE VIVE EM SEU ENTORNO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Políticas Públicas, elaborada como requisito para obtenção do título de Mestre em Políticas Públicas.

**Orientadora:** Prof<sup>a</sup> Dra. Maria D'Alva Macedo Ferreira

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

Aprovada em: 15 de março de 2016.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Maria D'Alva Macedo Ferreira

Presidente

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Maria do Rosário de Fátima e Silva

1º Membro

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Magda Núcia Albuquerque Dias

2º Membro

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Maria do Socorro Alencar

3º Membro

Ao meu querido marido, Mauro David, pelo amor, a compreensão e o apoio investidos, mesmo quando explorado, em virtude do seu domínio da tecnologia. E aos meus queridos filhos, Nicolás Davidson e Alessa Samya, pelas doses de ternura fundamentais nesta jornada.

## AGRADECIMENTOS

A DEUS, pela possibilidade de concluir o presente trabalho.

Aos meus pais, José Sérvulo da Silva e Raimunda Moreira da Silva (*in memoriam*), por minha existência; e a minha mãe, especialmente, por ter torcido por este momento, ao tempo em que soube compreender minhas ausências.

A minha querida Orientadora, Prof<sup>a</sup> Dra. Maria D'Alva Macedo Ferreira, pelas lições de alcance deste título, com compromisso, racionalidade e serenidade.

À querida colega Prof<sup>a</sup> Dra. Rosilene Marques Sobrinho de França, pelo valioso apoio acadêmico nos momentos de dificuldade.

À querida colega Assistente Social Luíza de Marilac, pela valiosa contribuição por meio de sua compreensão e de suas lições de otimismo no ambiente de trabalho.

À querida colega Assistente Social Maria José Sousa Santos Costa, cujo apoio no espaço de trabalho do TFD/SESAPI foi de grande relevância para vencer os obstáculos referentes ao período inicial desta pesquisa.

Às equipes de profissionais da UPS do PLN, especialmente à coordenadora dessa unidade, a Assistente Social Denise Maria da S. B. Leal; e do Parque Lagoas do Norte, do CRAS Norte II, das UBS Evaldo Matos e Karla Ivana; e da SEMTCAS, cuja colaboração foi fundamental no processo de pesquisa.

Aos Professores Luciano Azevedo e Paulo Dantas, que pela paciência manifestada, através do piano e da teoria musical, respectivamente, propiciaram o equilíbrio necessário à condução das atividades acadêmicas e demais atribuições do cotidiano.

À querida Maria do Socorro Rodrigues da Silva Neiva, pelos momentos em que foi mãe, quando precisei de uma mãe.

A minha família como um todo, que dadas às relações interpessoais neste período, impulsionaram a conclusão do presente trabalho.

À querida Leni Garcia, pelo carinho e a colaboração no campo de pesquisa.

E as outras amigas flores que foram verdadeiras rosas perfumando os momentos mais pesados dessa produção.

Na contramão do mar de individualismo e de insensibilidade ante aos dilemas da coletividade, os Assistentes Sociais preservaram sua capacidade de indignação ante as desigualdades e injustiças sociais, mantendo viva a esperança em tempos mais humanos.

Marilda Iamamoto

## RESUMO

A presente pesquisa tem como objetivo identificar as influências do Programa Lagoas do Norte na saúde das famílias que residem no entorno do Parque Lagoas do Norte, em Teresina (PI). O referido estudo foi realizado por meio de pesquisa bibliográfica e documental, seguidas da pesquisa empírica, para a qual se analisou as condições de saúde dessas famílias, após a implementação do Programa Lagoas do Norte. A investigação empreendida envolveu a análise das concepções e discussões acerca das seguintes categorias teóricas: políticas públicas, saúde, cidadania e programa Lagoas do Norte. Os resultados mostram que as vulnerabilidades e riscos que perpassam o cotidiano dessas famílias apresentam demandas, sobretudo para as políticas de saúde, urbanização e de habitação, contexto em que a requalificação ambiental, a recuperação das lagoas, a realocação de famílias, bem como a reconstrução e reforma de moradias tem promovido a melhoria da qualidade de vida e repercutido na evolução dos níveis de saúde da referida população.

**Palavras-chave:** Políticas Públicas. Saúde. Programa Lagoas do Norte.

## **ABSTRACT**

This research aims to identify the influences of North Ponds program on the health of families residing in the vicinity of North Ponds Park in Teresina (PI). The study was conducted through bibliographical and documental research followed by empirical research, for which analyzed the health conditions of these families after the implementation of the North Lakes Program. The investigation carried out involved the analysis of the conceptions of which are guided by the theories and discussions of the following theoretical categories listed: public policy, health, citizenship and North Ponds program. The results show that the vulnerabilities and risks that pervade the daily lives of these families have demands above all for health policies, urbanization and housing, context where environmental rehabilitation, recovery of the ponds, their location of families and reconstruction and renovation of dwellings has promoted the improvement of quality of life and reflected in the evolution of the health status of this population.

**Keywords:** Public policies. Health. Citizenship and North Ponds Program.



## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>Foto 1 -</b>	Lagoas do Norte antes da implementação do Parque.....	16
<b>Foto 2 -</b>	Lagoas do Norte.....	90
<b>Foto 3 -</b>	Regiões peridomiciliares.....	93
<b>Foto 4 -</b>	Pontes improvisadas.....	95
<b>Foto 5 -</b>	Área de preservação ambiental.....	100
<b>Foto 6 -</b>	Lagoas do Norte depois da implementação do parque.....	111

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1 -</b>	Doenças ligadas à precariedade do ambiente doméstico.....	58
<b>Quadro 2 -</b>	O perfil de morbidade da população brasileira.....	63
<b>Quadro 3 -</b>	Índice de Cobertura Vacinal – 2002-2008.....	77
<b>Quadro 4 -</b>	Disponibilidade de Leitos no Piauí – 2004/2007.....	78
<b>Quadro 5 -</b>	Perfil das famílias entrevistadas.....	120
<b>Quadro 6 -</b>	Doenças relacionadas à ausência de saneamento do entorno do PALN no período entre 2011 a 2014.....	128
<b>Quadro 7 -</b>	Perfil da dengue antes e após a implementação do PLN nos bairros referentes à Etapa I do programa.....	130

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
A&S	Água e Saneamento
APP	Área de Preservação Ambiental
BNH	Banco Nacional de Habitação
CEF	Caixa Econômica Federal
CRAS	Centro de Referência da Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado da Assistência Social
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
DSS	Determinantes Sociais de Saúde
FGTS	Fundo de Garantia por Tempo de Serviço
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
IAP	Instituto de Aposentadorias e Pensões
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
LOS	Lei Orgânica da Saúde
LOAS	Lei Orgânica da Assistência Social
MRI	Marco de Reassentamento Involuntário
NOB	Norma Operacional Básica
ODM	Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PAC	Programa de Aceleração do Crescimento
PALN	Parque Ambiental Lagoas do Norte
PDE	Programas de Dispêndios Elegíveis
PLN	Programa Lagoas do Norte
PMT	Prefeitura Municipal de Teresina
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNAS	Política Nacional de Assistência Social
PNS	Política Nacional de Saúde
PSA	Projeto Socioambiental
RAAS	Relatório de Avaliação Ambiental e Social
SDU	Superintendência de Desenvolvimento Urbano
SEMPLAN	Secretaria Municipal de Planejamento
SERFHAU	Serviço Federal de Habitação e Urbanismo
SNIS	Sistema Nacional de Informações sobre Saneamento
SUAS	Sistema Único da Assistência Social
SUDS	Sistema Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
USP	Unidade Socioambiental do Programa

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>13</b>
<b>2</b>	<b>O WELFARE STATE E SEUS DESDOBRAMENTOS NO ÂMBITO DA POLÍTICA DE SAÚDE.....</b>	<b>21</b>
2.1	A saúde como direito social e dever do Estado.....	28
2.2	A política de saúde no Brasil.....	34
2.3	A saúde e seus determinantes sociais.....	41
<b>3</b>	<b>O CRESCIMENTO DAS DESIGUALDADES URBANAS E AS POLÍTICAS SOCIAIS.....</b>	<b>45</b>
3.1	O processo de urbanização e saneamento na atualidade e seus reflexos na saúde do país.....	53
3.2	As condições de saúde no Brasil.....	61
3.3	As condições de saúde no Estado do Piauí e no município de Teresina.....	69
<b>4</b>	<b>A CIDADE DE TERESINA: da Vila do Poti ao cenário do Programa Lagoas do Norte (PLN).....</b>	<b>80</b>
4.1	Os problemas socioambientais e a saúde: os riscos enfrentados pelos moradores do entorno das lagoas do norte.....	86
4.2	O Programa Lagoas do Norte (PLN) em Teresina.....	98
<b>4.2.1</b>	<b>A concepção do Programa.....</b>	<b>98</b>
4.3	O Parque Ambiental Lagoas do Norte (PALN) e as ações focalizadas no entorno das lagoas.....	106
4.4	A participação social no contexto das ações de políticas sociais do PLN.....	112
<b>5</b>	<b>O PERFIL SOCIOECONÔMICO E DE SAÚDE DAS FAMÍLIAS DO ENTORNO DO PARQUE LAGOAS DO NORTE E SUAS CONDIÇÕES DOMICILIARES.....</b>	<b>120</b>
5.1	As mudanças identificadas no estado de saúde e na incidência de doenças e o comportamento das famílias em relação aos cuidados com a saúde após a implementação do Programa Lagoas do Norte.....	131
	<b>CONCLUSÃO.....</b>	<b>139</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>144</b>
	<b>APÊNDICES.....</b>	<b>152</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A presente dissertação trata das ações de políticas públicas em sua relação com o Estado, pelas quais se pressupõe que apesar do extenso panorama de desigualdade que permeia o país, os mecanismos de proteção social como aporte das políticas públicas no atendimento às necessidades dos cidadãos, devem cumprir o importante papel de promover mudanças na vida das famílias, por meio do provimento de atendimentos e da prestação de serviços públicos.

Nesse sentido, ao analisar os avanços referentes à saúde na região das Lagoas, na zona norte de Teresina, utilizou-se como referência a operacionalização do Programa Lagoas do Norte, cujos reflexos observados na vida das famílias que residem no seu entorno se encontram registrados neste trabalho, assim como os aspectos referentes ao arcabouço teórico que permeia o universo dessas ações.

Norteeu-se, notadamente, por meio das seguintes categorias teóricas: Políticas Públicas, Saúde, Cidadania e Programa Lagoas do Norte, e se teve como foco de análise as ações de políticas públicas, a partir das intervenções do Programa Lagoas do Norte, destinadas ao atendimento às famílias pobres que residem no entorno do Parque Lagoas do Norte.

O presente estudo trata do cotidiano de famílias pobres, cujo agravamento dos problemas, sobretudo os de natureza ambiental, redimensionaram as demandas que permeiam o universo da problemática social vivenciada por essas famílias por longo período. Daí a necessidade de se iniciar o estudo a partir de uma análise global, para a local, das mudanças pelas quais têm passado a sociedade, em decorrência dos processos de reinvenção do capitalismo, no âmbito da redefinição de novos padrões de sobrevivência. Pois o crescimento urbano desordenado, em decorrência do crescimento acelerado do capital, tem afetado a população de um modo geral, e as mudanças enfrentadas têm sido a principal consequência.

O contexto socioeconômico do país se encontra cada vez mais comprometido com a problemática da pobreza e da desigualdade. Por isso, é notório que os níveis de desigualdade têm se acentuado, a partir do advento da globalização, e que a consoante ausência do Estado, em face dessa realidade, tem se dado como resposta aos ajustes neoliberais, cujos principais vetores convergem para a lógica de “um Estado mínimo para o trabalho e máximo para o capital” (NETO; BRAZ, 2006, p.227).

Agregada a esta conjuntura permeada por altos níveis de diferenças, os problemas referentes ao processo da metropolização e urbanização acelerada dos grandes centros e da

grande maioria dos municípios brasileiros vêm recrudescendo, da mesma forma vem acontecendo com o processo de desregulamentação universal dos direitos de cidadania conquistados, que nas concepções de Neto e Braz (2006), ultrapassa a desregulamentação das relações de trabalho, dada a exponenciação da questão social, cujos autores consideram como uma das características mais expressivas do capitalismo contemporâneo.

Conquanto, entre as providências tomadas pelas autoridades, no sentido de resolver tal situação, ressalta-se a Declaração do Milênio, na qual as Metas do Milênio, pactuadas no ano 2000, pela ONU, estão com prazo expirando, visto que se atingiu a vigência do ano 2015, período para o qual as metas foram estabelecidas.

A Assembleia do Milênio tratou de um reconhecimento de que o mundo já possui a tecnologia e o conhecimento necessários para resolver a maioria dos problemas enfrentados pelos países pobres. No entanto, tais soluções ainda não foram implementadas na escala necessária à sua demanda.

Na Declaração do Milênio, registraram-se compromissos que abrangem a redução dos níveis de desemprego; da miséria instalada nos assentamentos urbanos; das ocupações e moradias impróprias; da prostituição e do tráfico de drogas; do controle da violência e dos problemas relativos ao saneamento.

Fundamentado na perspectiva de dar respostas às demandas apresentadas na atualidade, o desenvolvimento sustentável se consagrou como um tema integrante da agenda política, econômica e social da contemporaneidade. Por isso, representou um compromisso firmado por 170 países reunidos na Conferência dos Líderes Mundiais, reconhecida como a Cúpula da Terra, que aconteceu durante a realização da Conferência das Nações Unidas para o Meio Ambiente, Rio 92, sediada no Rio de Janeiro. O referido compromisso, que teve como lema “Pense globalmente, aja localmente”, integrou a Agenda 21 Global.

A Agenda 21 contemplou a construção de um plano de ação estratégico destinado ao alcance do desenvolvimento sustentável das cidades, no qual o processo de elaboração deve envolver a sociedade local, abrangendo os aspectos econômicos, ambientais e sociais da sustentabilidade. Trata-se da concretização do desenvolvimento sustentável em âmbito local, na perspectiva da justiça social; da melhoria da qualidade de vida e da preservação ambiental, vislumbrando o benefício das gerações futuras. E para o alcance dos objetivos inscritos na Agenda 21, os municípios deverão construir e implementar sua respectiva Agenda 21 Local.

No âmbito das discussões que integram essa temática, encontra-se em pleno processo de construção o conceito de cidades sustentáveis. E essa concepção envolve expressivos compromissos, em pauta mundialmente, tais como a Agenda Rio-92 e a Agenda Habitat, com

destaque para a Conferência Habitat II, que ocorreu em Istambul, em 1996, na qual se ressaltou como requisitos essenciais ao alcance da sustentabilidade dos espaços urbanos o combate à pobreza e a oferta de moradias adequadas às necessidades dos cidadãos.

Através das orientações da Agenda 21 Global, Teresina projetou seu plano de cidade sustentável contemplado na Agenda 2015, que representa a materialização daquele documento em nível local. Sua execução vem obedecendo às seguintes dimensões: Ambiental, que visa à conservação dos recursos naturais; Social, com vista à redução da exclusão; Política, que almeja fortalecer a participação social por meio da implementação dos canais de controle social; Econômica, que busca aumentar os índices de emprego e renda; Cultural, por meio da valorização da diversidade de manifestações culturais; e Urbanística, a partir da organização das áreas urbanas, cujo processo envolve a urbanização, a regularização das ocupações, entre outros.

O estudo do qual faz parte esta pesquisa, acerca da realidade de muitas famílias pobres que residem no município de Teresina, trata da situação de precarização das formas de sobrevivência que prevalece diante do contexto da desigualdade advinda do agravamento da questão social que repercute, sobretudo, nos moldes de moradia; de acesso à renda, de alimentação, de educação e de mobilidade, refletindo na problemática da saúde. No entanto, apresenta peculiaridades próprias das situações degradantes pelas quais Estados e municípios da região nordeste enfrentam há longas décadas.

Segundo a percepção de Alves (2012), os diferentes formatos de convívio e relacionamento das pessoas em sociedade refletem de modo significativo nas suas condições de saúde. Ressalta, ainda, que a saúde, se concebida sob a perspectiva das necessidades básicas dos seres humanos, como um meio de se conviver de forma digna, remete ao entendimento de que o processo saúde-doença está vinculado à determinação social sob a égide da cidadania. Consoante a esse entendimento, essa autora menciona que a própria OMS tem fundamentado seus estudos e concepções no entendimento de que a análise da saúde deve perpassar os determinantes biológicos, tais como idade, fisiopatologia, fatores genéticos etc.

Observa-se, então, que os problemas oriundos da desigualdade refletem em todos os aspectos da vida dos cidadãos. Contudo, aqueles referentes ao contexto da urbanização, no tocante à moradia e às ocupações impróprias, que resultam em prejuízos para o meio ambiente, são os mais preocupantes na atualidade. Pois estudos têm comprovado que a pobreza urbana se constitui num dos principais fatores de risco de saúde ambiental, sobretudo quando associada à ausência de bens materiais e de serviços sociais básicos (ALVES, 2012).

Esta pesquisa se caracteriza como uma pesquisa de campo, de natureza qualitativa, que foi realizada no âmbito da operacionalização da etapa I do Programa Lagoas do Norte – PLN, a partir de famílias beneficiárias do PLN no município de Teresina-PI. Conforme Lakatos (2010), a pesquisa de campo é aquela utilizada com o objetivo de conseguir informações acerca de um problema para o qual se procura uma resposta, ou de uma hipótese que se queira comprovar, ou, ainda, descobrir novos fenômenos ou as relações existentes entre eles.

De acordo com Minayo (2007), o objeto de investigação de uma pesquisa, sob a perspectiva prática da situação, na maioria das vezes deve se expressar por meio de uma interrogação. Com base na complexa realidade social instalada no local, como se pode observar no registro fotográfico abaixo, e na importância e dimensões do programa implementado, buscou-se responder aos seguintes questionamentos:

Que mudanças o Programa Lagoas do Norte, em sua Etapa I, tem produzido nas condições de saúde dos beneficiários destas ações, por meio das intervenções públicas? E as ações advindas dessas intervenções têm repercutido no sentido de melhorar as condições de vida e de saúde de seus beneficiários?

**Foto 1 - Lagoas do Norte antes da implementação do parque**



Fonte: SEMPLAN (2014).



Portanto, a presente pesquisa apresenta como objeto de estudo a análise da implementação das ações do Programa Lagoas do Norte e sua repercussão na melhoria das condições de saúde de seus beneficiários que vivem no entorno do Parque Lagoas do Norte.

Na concepção de Lobo (2001), é imprescindível a reflexão acerca dos aspectos subjetivos, como o ambiente político em que são desenvolvidos os programas; as forças políticas antagônicas ou equivalentes, que se unem para apoiar ou prejudicar o programa; o aporte econômico-financeiro responsável pela alocação de recursos; as concepções sobre a mensuração das necessidades democráticas do Estado e o conhecimento dos princípios da eficiência, eficácia e efetividade.

Nesse sentido, a pesquisa foi realizada por meio de estudos bibliográfico, documental e de campo, aliados ao levantamento de dados empíricos. De acordo com Minayo (2007), a abordagem qualitativa deve ter como base a compreensão da lógica que permeia a prática em determinada realidade, atuando em um nível não quantificável, voltado para um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à simples operacionalização de variáveis.

O estudo bibliográfico aconteceu durante o processo de construção do projeto, realização da pesquisa e elaboração da dissertação, de forma continuada, compreendendo-se aquilo que Alves-Mazzoti (2004) orienta, de que toda pesquisa prescinde da revisão de literatura necessária para esclarecer as principais questões teórico-metodológicas pertinentes ao tema escolhido, e da revisão que integra efetivamente o processo de estudo, que requer uma constante busca bibliográfica, possibilitando obter mais subsídios acerca das questões que surgem no decorrer do processo de pesquisa. Pois Gil (2002) assegura que em determinadas circunstâncias da pesquisa não há outra forma de conhecer fatos passados, senão por esse viés.

Com base no estudo documental, que segundo Gil (2002) prevê o manuseio de documentos diversos, foi realizado o levantamento e a análise dos seguintes documentos: Projeto Socioambiental – PSA; Marco de reassentamento Involuntário – MRI; Relatório de Avaliação Ambiental e Social – RAAS, elaborados pela Secretaria Municipal de Planejamento – SEMPLAN, além de orientações e normativas voltadas ao PLN.

Analizou-se, ainda, a Lei Federal nº 12.608/2012, que instituiu a adoção de medidas necessárias à redução de riscos e desastres; o Artigo 5º da Constituição Federal de 1988, que trata sobre o procedimento para desapropriação por necessidade ou utilidade pública, ou por interesse social, e os Planos, Programas e Projetos de natureza econômica e social elaborados pela SEMPLAN. Ressaltando-se que os documentos não existem de forma isolada. Contudo,

“precisam ser situados em uma estrutura teórica para que o seu conteúdo seja entendido” (MAY, 2004, p. 222).

Os dados empíricos foram coletados nas unidades responsáveis pelas intervenções públicas do PLN, ou que se encontram articuladas a esse programa, e da Política de Saúde compreendidos, respectivamente, pela Unidade Básica de Saúde – UPS, Unidade Socioambiental do Programa – USB, e pelo Centro de Referência da Assistência Social – CRAS do território, junto aos sujeitos, que intervêm nesses serviços através de equipes interdisciplinares, e junto aos membros das famílias beneficiárias do PLN, que residem no entorno do Parque.

Foram realizadas entrevistas semiestruturadas, que de acordo com May (2004), permitem um aporte maior de informações e de liberdade para os sujeitos, por concederem o uso de termos próprios do entrevistado, e não obrigatoriamente os termos de determinados padrões de entrevistas.

Estas entrevistas junto às famílias foram agendadas com antecedência, e as visitas domiciliares e institucionais realizadas, respeitando-se a disponibilidade dos participantes. Ressalta-se que, na ocasião, esses foram informados sobre a necessidade do uso de gravador para captação e registro das falas dos sujeitos da pesquisa, que foram posteriormente transcritas para a devida análise (vide roteiro de entrevistas, apêndices (C, D, F e G), cuja intenção foi identificar a concepção das famílias sobre o PLN, as mudanças ocorridas na saúde das pessoas assistidas pelo programa, a forma como avaliaram as novas condições de vivências, e que facilidades e dificuldades identificaram, a partir do advento do programa e de suas respectivas estratégias de operacionalização.

A situação acima citada trata dos cuidados éticos na pesquisa, que envolvem as orientações do Conselho Nacional de Saúde, quanto à Resolução 466/12. A importância desse documento se traduz ao destacar o papel do consentimento esclarecido como instrumento de autonomia do entrevistado, e no fato de orientar sobre os cuidados e o respeito com que se devem conduzir os trabalhos de campo. Então, os sujeitos envolvidos foram informados sobre a existência do termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE, e de que, para participar voluntariamente, como informantes, seria necessário assinar o referido termo (vide Apêndice B).

Foram tomadas as providências necessárias no sentido de preservar a impessoalidade dos entrevistados. Nesse sentido, buscou-se garantir o sigilo das informações e a privacidade dos sujeitos, sendo as famílias entrevistadas identificadas como Moradores, e os profissionais como técnicos. Contudo, como fez parte do universo desta pesquisa, técnicos de três áreas

distintas, os mesmos são identificados como técnicos do CRAS, técnicos da saúde e técnicos do PLN. Registra-se, também, a participação dos Agentes Comunitários de Saúde – ACS. Portanto, os dados que possam identificar os participantes da pesquisa – tais quais: nome e endereço – não são revelados.

No total foram investigadas 34 pessoas, divididas em três grupos, dentre os quais: 13 (treze) membros de famílias beneficiárias do Programa Lagoas do Norte assistidas pelo CRAS Norte II e pelas UBSs Karla Ivana e Evaldo Carvalho, da mesma região; 04 (quatro) membros do Comitê Lagoas do Norte, dos quais dois são lideranças comunitárias, desses, 03 integram famílias beneficiárias, e 17 profissionais (médicos, enfermeiros, assistentes sociais, engenheiros, psicólogos e agentes de saúde) que atuam na materialização e desenvolvimento das ações das políticas referenciadas da região, PLN, CRAS e UBS.

O grupo de pessoas que fez parte desta análise, entre moradores e profissionais dos aparelhos públicos que atuam na região, obedeceu aos seguintes critérios: aqueles que correspondem a uma amostra dentre as 246 famílias que permaneceram na região e receberam melhoria habitacional, composto pelo responsável familiar, que são pessoas que estiveram submetidas a condições precárias, principalmente sob o aspecto ambiental, desprovidas de moradia digna e em condições de saneamento insatisfatórias, e esses, por serem os responsáveis diretos pela implementação das intervenções no território.

Já os participantes que integraram o grupo das famílias foram selecionados através dos seguintes critérios: aqueles contemplados com a reconstrução do domicílio ou com o novo domicílio ou alguma melhoria que tenha repercutido na sua saúde, por meio do Programa Lagoas do Norte; alfabetizados e assistidos pelas equipes da UBS e do CRAS da região, nesse contexto, identificou-se, ainda, que alguns são, também, beneficiários do Programa Bolsa Família – PBF, cuja composição familiar atende ao perfil de condicionalidade na área da saúde. Já os profissionais escolhidos foram aqueles que operacionalizam as políticas de saúde, de assistência social, de saneamento e habitação das instituições envolvidas.

A construção do perfil das famílias no contexto da saúde se deu a partir de dados coletados do Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB, do Ministério da Saúde, fornecidos pela FMS, que contemplam os seguintes aspectos: número de famílias; tipo de abastecimento e tratamento de água no domicílio; energia elétrica, tipo de casa, destino do lixo e destino das fezes e urina. Assim também, foram apresentados dados referentes ao Censo do IBGE sobre o município de Teresina.

O tratamento e análise dos dados empíricos tiveram como base a análise do discurso, pautando-se nos pressupostos teóricos de Minayo (2007), cujos fundamentos consideram que

o sentido de uma palavra, uma expressão ou de uma proposição não existe em si mesmo, visto que expressam posições ideológicas em jogo no processo sócio-histórico no qual as relações são produzidas.

Esta dissertação se encontra estruturada em cinco capítulos, que se apresentam nos seguintes formatos: o primeiro introduz o relato da pesquisa, enfatizando sobre os principais aspectos que envolvem o universo deste estudo. O segundo aborda o *Welfare State* e seus desdobramentos no âmbito das políticas de saúde; as considerações sobre a saúde como direito social e dever do Estado; a política de saúde no Brasil e a saúde e seus determinantes sociais. O terceiro capítulo traz as considerações sobre o processo de urbanização e saneamento na atualidade, cujos principais desdobramentos refletem na área da saúde, e as condições de saúde na atualidade, apresentando o quadro epidemiológico do país, do Estado do Piauí e de Teresina. Já o quarto capítulo, que se inicia por meio de um resgate histórico da referida capital, registra a trajetória do Programa Lagoas do Norte, na qual se incluem seus objetivos e as ações e serviços que perpassam o cotidiano do entorno das lagoas, a implementação do Parque Lagoas do Norte e a participação social no âmbito das ações do PLN. E, por fim, o quinto capítulo apresenta o perfil das famílias que residem no entorno do Parque Lagoas do Norte e os resultados da pesquisa, por meio da análise dos dados referentes ao processo de urbanização e saneamento do Parque Lagoas do Norte e suas respectivas influências na saúde dos moradores, após a implementação do programa.

## 2 O WELFARE STATE E SEUS DESDOBRAMENTOS NO ÂMBITO DA POLÍTICA DE SAÚDE

De acordo com Silva (1995), não há como tratar de política pública de ordem social sem, necessariamente, recorrer ao conceito de política social que, por sua vez, remete à necessidade de retomar a discussão acerca do *welfare state* e de seus elementos constitutivos, tais como origem, conceito e desdobramentos.

A política social é compreendida como ação estatal no âmbito das políticas públicas sociais, sob três perspectivas: a de um modelo econômico, pelo qual a política social se configura numa intervenção destinada a qualificar e recuperar a força de trabalho para atender às demandas do sistema de produção em vigor; a de um modelo explicativo, destinado a interpretar a ascensão da vida moderna em sociedade e seus desdobramentos, a exemplo da superação das formas tradicionais de solidariedade, através da ação pública estatal substitutiva desses formatos não institucionalizados, e a perspectiva de um terceiro modelo situa a legitimação do poder como prática necessária para justificar a ação do Estado, colaborar na formação da base de valor social, além de atender às demandas universais (SILVA, 1995).

As primeiras ações do Estado, na sua condição de interventor, surgiram na forma de assistência social, no sentido de atender as carências múltiplas que determinados segmentos da população apresentavam. Devido ao aumento das proporções da pobreza, surgem as <sup>1</sup>*Poor Laws*, normativas concebidas como mecanismos de controle e regulação da pobreza, unificadas pela rainha Elizabeth, em 1601, e consolidadas na Inglaterra como a nova Lei dos Pobres, cujas ações iniciais tiveram caráter sanitarista. Havia, também, as *Poor-houses* ou *Almshouses*, casas criadas com o objetivo de abrigar as pessoas pobres consideradas incapazes para o trabalho, e as *workhouses* que, contrariamente às anteriores, eram destinadas aos pobres que tinham capacidade para o trabalho (PEREIRA, 2011).

O grande diferencial instituído neste contexto das normativas criadas para controle dos pobres foi o Sistema *Speenhamland* que, posteriormente, atingiu o status de lei e, assim, tornou-se a *Lei Speenhamland*. Implantada na Grã-Bretanha, baseada na lógica das políticas sociais existentes. A referida lei trouxe significativas mudanças no âmbito da proteção social, cuja prática se iniciou na Inglaterra. em 1536, por meio da lei dos pobres. Essa lei reconhecia o direito de que o Estado deveria repassar a todo cidadão um mínimo social para sua

---

<sup>1</sup> Lei dos pobres - trata-se de leis que regulamentaram a perambulação de pessoas em busca de melhores condições de sobrevivência, de origem inglesa datam do século XIV e surgiram com o objetivo de manter a ordem social a partir da regulamentação do Estado, uma vez que a caridade cristã não teria como controlar a miséria instalada (PEREIRA, 2011).

sobrevivência, sem a cobrança de ônus – impostos ou taxas contributivas. Foi a partir dessa lei que se instituiu “a ideia de direito do trabalhador (e não somente do incapaz) à proteção social pública” (PEREIRA, 2011, p. 68).

A evolução do modo de produção capitalista fez surgir a classe operária e, nessa trajetória, a questão social<sup>2</sup>, que perpassa o limite da pobreza, instala-se e se manifesta por meio das lutas de classes no contexto das relações sociais advindas do capitalismo e de suas contradições, que propiciaram um campo de tensão, em virtude das desigualdades, que resulta em disputas entre as classes sociais pelo usufruto de bens e serviços, reconhecidos como direitos sociais.

Nessa perspectiva, Silva (1995) cita a concepção de Marshall, que situa a origem da política social como resultado da institucionalização dos direitos sociais, em face da ascensão dos direitos civis e políticos como fruto das lutas sociais que perpassaram três séculos (MARSHALL, 1967).

A partir da iniciativa de<sup>3</sup> Otto Von Bismarck, por meio da criação do seguro social na Alemanha, inaugura-se um novo formato de intervenção do Estado, com base na dinâmica de classes e na lógica da industrialização e no processo de urbanização.

Com o fim do período das grandes tensões ocasionadas pela Segunda Grande Guerra, período em que ocorreram significativas mudanças de ordem política, econômica, social e cultural, iniciou-se uma nova era, na qual os governos buscavam reconstruir suas ações no sentido de reformular o papel do Estado. Mas foi nesse contexto, em meados da segunda Grande Guerra Mundial, concomitante ao período da Grande Depressão, que o economista John Keynes sinalizou para a necessidade da intervenção do Estado, no sentido de reverter a crise e garantir direitos sociais aos cidadãos. Portanto, o processo de formação dos Estados nacionais foi o berço do *welfare state*.

Atrelado ao surgimento do universalismo, o Estado de Bem-Estar Social compreendeu uma modalidade de política social oriunda do capitalismo, que por se constituir num sistema promotor de desigualdades, suscitou a necessidade de criação e organização de um conjunto de políticas sociais destinadas ao enfrentamento dos problemas por ele produzidos, ou seja, foi considerado como um mecanismo criado para preencher as lacunas deixadas pelo mercado, diante da sua insuficiência no atendimento das demandas existentes. Essa política

---

<sup>2</sup> A Questão Social é definida como o conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista madura, cuja raiz comum é a produção social, cada vez mais coletiva, e o trabalho cada vez mais social, enquanto a apropriação dos seus frutos se mantém privada e monopolizada por uma parte da sociedade (IAMAMOTO, 1999, p. 27).

<sup>3</sup> Conhecido como “o chanceler de ferro”, foi o mais importante estadista da Alemanha no século XIX e se celebrou, também, por ter instituído o primeiro sistema de previdência social da história contemporânea.

surge com o fim dos Estados totalitários, notadamente o nazismo e o fascismo, com a hegemonia da social democracia, e, posteriormente, das correntes comunistas europeias.

No entanto, representou uma proposta de intervenção implementada inicialmente na Europa, cuja intenção era atender às demandas referentes à Revolução Russa; a crise do crack da Bolsa de 1929, e as mazelas oriundas da Segunda Guerra Mundial. Expandiu-se no período referente aos 30 anos de ouro do capitalismo, no mesmo período em que se desenvolveram modernos sistemas de proteção social. Contudo, a condição hegemônica alcançada pelos EUA lhe trouxe a autonomia necessária para reorientar a forma de abordagem da questão social, retomando o foco da pobreza (ELIAS, 2004).

Concomitante a essa conjuntura, desenvolve-se a noção de direitos sociais e de que esses direitos são inerentes à existência dos cidadãos. Com efeito, o Estado de bem-estar social consiste na institucionalização dos direitos sociais, que corresponde, inclusive, ao terceiro elemento da cidadania elencado por Marshall (1967). Pois esse elemento trata do direito a um mínimo de bem-estar econômico, perpassando até o direito de segurança e de participação em sua completude. O que corresponde a levar a vida de um ser civilizado, conforme os padrões estabelecidos em sociedade.

Portanto, o Estado de Bem-Estar idealizado a partir da noção de cidadania, incorpora uma proteção oferecida pelo governo, na forma de padrões mínimos de renda, alimentação, saúde, habitação e educação. Ressaltando que os benefícios integrantes da proteção referenciada deverão ser proporcionados como parte dos direitos políticos dos cidadãos, e não na condição de favor (FARIA, 1995).

Com base no exposto, é importante ressaltar que esse formato de política se baseia no pressuposto da cidadania, no qual o homem é dotado de direitos indissociáveis a sua existência como cidadão, e que estes direitos são constitutivos do rol dos direitos sociais. Assim sendo, todo indivíduo tem direito, desde seu nascimento, a um conjunto de bens e serviços que devem ser ofertados e garantidos de forma direta ou indireta, respectivamente, por meio do Estado, ou tendo esse ente como seu regulador, no âmbito da própria sociedade civil.

De acordo com Pereira (2011), somente após a afirmação do *welfare state* como mecanismo de atenção às necessidades sociais advindas da evolução do capitalismo, a política social ganhou legitimidade institucional e caráter cívico. Sendo importante assinalar que não havia na agenda política do Banco Mundial nenhum indicativo de preocupação com o alívio da pobreza. Contudo, os movimentos ativistas lutavam pela defesa dos direitos civis; ao

tempo em que se disseminava a influência do padrão americano, quanto à política social liberal.

Nessa direção, registram-se os avanços a partir do crescimento das discussões sobre as necessidades básicas dos sujeitos, a inserção da questão social – conjugada à fome e à pobreza, agora já inscrita na agenda do Banco Mundial – e as manifestações em favor da reforma agrária. E novos conceitos foram sendo inseridos na agenda social, tais como as noções sobre capital humano; planejamento participativo; ação comunitária; empoderamento e outros. No entanto, evidenciaram-se, nesse período, as estratégias de controle da pobreza, que havia se tornado a prioridade da época (ELIAS, 2004).

O enfoque na pobreza se notabilizou a partir das influências do Banco Mundial e do Banco Interamericano de Desenvolvimento, sobretudo com base no pressuposto quantitativo, dada a relevância da delimitação da linha da pobreza, para os quais os sujeitos foram constituídos como o alvo de análise dos resultados das ações empreendidas para controle da pobreza.

A partir do neoliberalismo e das novas alterações promovidas por esse modelo, sobretudo no âmbito político e econômico, o cenário social ganhou novos contornos, com a questão social como centro de controle internacional, pelo qual são regidos prioritariamente os direitos do trabalho e os sistemas de proteção social, cujos desdobramentos são os direitos à saúde, à previdência e à assistência social.

Com relação ao panorama brasileiro, esse processo se inicia a partir das expressões da questão social, que após a passagem da abolição da escravatura, surge a partir dos desdobramentos do processo de industrialização e de urbanização, e recebe tratamento repressivo e violento dos órgãos do poder, por ser considerada como caso de polícia, sobretudo as manifestações oriundas das lutas operárias. Nesse mesmo período, é lançada a proposta de criação das CAPs, por Eloy Chaves, que representa uma opção de seguro e de alívio às tensões sociais da época, baseada na lógica implementada por Bismark, no século XIX, e a primeira iniciativa de proteção social no âmbito do país.

A partir do golpe de 1930 e com a expansão da Previdência Social, inicia-se o processo de transição democrática deste país, organizada por categorias de trabalhadores urbanos, inicia-se, também, a constituição da chamada cidadania estratificada, observada por Santos (1979), na qual somente os cidadãos vinculados ao mercado de trabalho formal é que são privilegiados com a atenção. A consolidação desse processo ocorre no período da ditadura de Getúlio Vargas, por meio da implementação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões – IAPS, destinados a atender os cidadãos com emprego formal, e da criação da Legião



Brasileira de Assistência – LBA, para assistir ao exército de excluídos do sistema instituído – mercado e previdência.

O *welfare state* não chegou a ser implementado no Brasil na sua integralidade. De acordo com Elias (2004), apenas uma versão aproximada do Estado desenvolvimentista se tornou realidade no país. No entanto, segundo Bravo (2013), essa mesma conjuntura, de 1930, foi favorável ao surgimento de políticas sociais de caráter nacional, que vieram de encontro às demandas da questão social, pois essa problemática, de forma ampliada, aliada à situação da saúde, em particular, demandava respostas de forma mais especial e urgente, e o cenário político acenava para a necessidade de que as demandas fossem tratadas por meio de política pública, sobretudo por parte dos assalariados urbanos.

A dinâmica do capitalismo, ainda na década de 1930, favoreceu ao avanço do processo de urbanização e ao respectivo crescimento da massa trabalhadora, mas, também, da precarização das formas de higiene, saúde e habitação. Dentre as políticas sociais implantadas nesse período, destaca-se a legislação trabalhista, que promoveu garantias básicas para a classe trabalhadora, como direito a férias, jornada de trabalho, repouso semanal remunerado e proteção a menores. Quanto à participação social, face aos direitos de cidadania, assinala-se o voto feminino, a redução do limite de idade para o exercício do direito de eleitor – de 21 para 18 anos – a criação da Justiça Eleitoral e a instituição do voto secreto (BRAVO, 2013).

A conjuntura de 1945 a 1946, embora tenha sido inicialmente democrática, que essa autora chamou de restauração democrática, não promoveu mudanças no bloco hegemônico. Pois apesar da necessidade de reformulação dessa esfera, a deposição do presidente Getúlio Vargas do poder não alterou a composição do grupo comandado pela elite política que liderava o processo de redemocratização daquele cenário político, haja vista que os líderes políticos mantiveram o mesmo grupo que detinha o poder no regime anterior.

No entanto, a situação acima exposta teve como marco a promoção das primeiras eleições nacionais e a formulação da Constituição de 1946, além de outros acontecimentos de grande vulto, como o renascimento do movimento operário e a respectiva resposta dos grupos empresariais ao alto índice de greves e a emergência da Guerra Fria, que apesar de ter ocorrido no plano internacional, teve forte rebatimento no Brasil, no âmbito ideológico, por favorecer a associação dos movimentos populares à influência comunista (BRAVO, 2013).

No período pós-ditadura de 1964, experimentou-se uma fase de declínio na conjuntura das políticas sociais. Houve registro da redução dos gastos sociais, da centralização do poder, da privatização do espaço público e da redução do impacto no processo de distribuição de renda e a redescoberta da pobreza, a partir do agravamento da questão social, o que propiciou

a ampliação das políticas sociais no período, que teve como pano de fundo o milagre econômico<sup>4</sup>. Por outro lado, o cenário político do país sofre alterações, com a vitória do partido de oposição, em 1974, cuja resposta foi o ressurgimento de movimentos sociais, populares e sindicais, seguidos das Diretas Já, na década de 80 (ELIAS, 2004).

Esse cenário favoreceu ao fortalecimento do Movimento Democrático Brasileiro – MDB, que repercutiu na extinção do sistema bipartidarista existente na época, como resultado de uma estratégia acionada pela própria ditadura. Tal situação influenciou na ocorrência de alterações de cunho político-partidário, pois propiciou a criação de novos partidos políticos e o fortalecimento de partidos já existentes, a exemplo do Partido do Movimento Democrático Brasileiro, e da criação do Partido dos Trabalhadores (PT) e do Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB).

E nessa direção favorável ao processo democrático, surge o Movimento pela Reforma Sanitária, cujo objetivo foi promover a defesa da democratização da saúde, concomitante à criação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde – CEBES; a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – ABRASCO, e a idealização do Sistema Único de Saúde – SUS.

Ainda neste âmbito de transição democrática, identificaram-se dois projetos alternativos denominados "Esperança e Mudança", e o "Democrático Popular". O primeiro movimento criado pelo PMDB foi idealizado por meio de encontros e seminários que contaram com contribuições de economistas, intelectuais e políticos. Já o segundo projeto, constituído pela ação do PT, articulou-se aos movimentos sociais, sindicatos e comunidades de base, indicando transformações sociais.

Elias (2004) menciona que o primeiro projeto pautado na implantação de um Estado social, universal e equânime, refletia o ideal de reforma nacional, democrática, desenvolvimentista e redistributivista, cujo alcance dependia do cumprimento de ações distribuídas numa agenda político-econômica e social, e estruturada nos seguintes eixos: redistribuição de renda; políticas sociais básicas; políticas de reordenamento do espaço e do meio ambiente e emprego, como síntese da política social.

Porém, através da reforma tributária, que tinha papel central nesse projeto, vislumbrava-se reverter a situação de insucesso das perdas financeiras acarretadas pelo gasto

---

4 Período no qual se registrou situação de excepcional crescimento econômico durante a conjuntura do Regime Militar no Brasil, cujo marco temporal foi de 1968 a 1973. Contudo, constatou-se, paradoxalmente, um aumento da concentração de renda e dos níveis de desigualdade.

social, valorizava-se o controle social e abarcava-se parte do projeto da reforma sanitária voltado para um SUS universal e descentralizado.

Já o segundo projeto que fez parte da gênese do partido petista, cuja composição envolvia movimentos sociais, comunidades eclesiais de base e sindicatos de indicativo de transformações sociais pautados no socialismo, não possuía diretrizes sistematizadas, mas teve suas ideias centrais sistematizadas e publicizadas. O PT buscava meios de aliar seus interesses aos interesses dos demais setores expropriados do sistema capitalista, o partido utilizava em seus discursos o ideal de luta por todos os tipos de liberdades civis, pela garantia dos direitos de cidadania e por uma sociedade democrática.

Retomando a discussão mundial sobre o *welfare state*, cabe assinalar que essa referida política, consagrada como acontecimento emblemático da “era dourada” de prosperidade do pós-guerra, ultrapassou aquilo que se poderia chamar de um simples incremento das políticas sociais na realidade industrial desenvolvida. E de um modo geral, “representou um esforço de reconstrução econômica, moral e política”. Na perspectiva econômica, resultou no fim da lógica do mercado em favor da justiça social, da solidariedade e do universalismo, enquanto que no âmbito da política, foi um esforço na busca da construção nacional e da democracia liberal (ESPING-ANDERSEN, 1991, p. 94).

No dizer de Draibe (1993), a noção de Estado de Bem-Estar Social se apresenta tão associada a conteúdos socialmente positivos que chega a causar estranheza o fato de vir a ser utilizada para atender as demandas da realidade de miséria, da pobreza e da exclusão social do Brasil.

No entanto, foi o grande fenômeno do século XX, que se expandiu e se popularizou no contexto histórico do pós-guerra, e ganhou dimensões universais nos países que criaram um conjunto de programas de proteção social cuja finalidade era assegurar direitos, sobretudo referentes à aposentadoria, à habitação, à educação e à saúde.

A partir desse contexto, identifica-se a ampliação dos serviços assistenciais da esfera pública em diversas áreas – principalmente nas áreas de renda, habitação e previdência social – ao mesmo tempo em que se inicia a intervenção do Estado na economia, por meio da regulamentação das atividades de produção, buscando a geração de riquezas e a respectiva diminuição das desigualdades sociais (ARRETCHE, 1995).

Nessa perspectiva, surgem, no âmbito da emergência do capitalismo monopolista, as ações voltadas para o processo de estruturação e desenvolvimento da saúde, cujos desdobramentos estão atrelados às situações de vida e de trabalho da sociedade, associadas às suas múltiplas determinações, assim também como a maioria das práticas dessa área, pois foi

nesse mesmo marco histórico que se inseriram o médico e os demais profissionais da saúde, considerando-se a relevância política, social e econômica da matéria.

Portanto, foi somente na década de 1970, com a crise do *welfare state*, que a saúde passou a ocupar importante espaço, dada a necessidade de discussão e da respectiva disseminação de determinadas particularidades, sobretudo acerca das despesas, da racionalização dos gastos, da participação popular e da promoção da saúde.

E, por fim, as políticas de saúde tiveram ação expressiva por meio do Estado, no período do capitalismo monopolista, no qual foram preponderantes os interesses capitalistas em detrimento das relações de produção. E tiveram como principal característica, no século XX, a medicalização, a medicina clínica e a saúde pública, com seus desdobramentos (BRAVO, 2013).

## 2.1 A saúde como direito social e dever do Estado

O direito à saúde já não é mais uma discussão atribuída apenas a rodas de juristas, filósofos e cientistas sociais. De acordo com Paim (2009), políticos, profissionais de saúde e trabalhadores estão cada vez mais próximos dessa discussão, dada sua imprescindibilidade. Pois esse direito, proclamado desde 1948 pela Declaração Universal dos Direitos do Homem, e pela Declaração de Alma Ata, em 1978, foi introduzido na realidade brasileira como uma conquista da sociedade.

A institucionalização da saúde como direito social e dever do Estado foi incorporada na Constituição Federal – CF 1988, que representou um avanço de grande dimensão para a sociedade, por propiciar o acesso e o ordenamento de uma política com uma nova estruturação, organizada e ampliada, de modo a favorecer o acesso a direitos e garantias individuais e promover transformações que resultaram numa noção de direito, a partir de novos contornos, como os democráticos.

No campo dos direitos e garantias fundamentais, os direitos sociais ocuparam lugar de destaque, e dentre esses direitos está o direito à saúde, cuja concretização não tem ocorrido de forma efetiva no atendimento às demandas postas na atualidade.

A CF de 1988 e a Lei 8.080/1990 definem o Estado como o principal responsável pelo processo de organização da política de saúde. E a materialização dessa política, da qual os serviços integram os direitos sociais, depende da ação do Estado, através das políticas sociais. Contudo, essas ações estão cada vez mais ineficazes e insuficientes, devido a problemas de ordem do financiamento.

As intervenções do Estado no âmbito da saúde, no Brasil, iniciaram-se ainda no período colonial. No entanto, já no período republicano, ainda no início do século XX, as ações ocorreram de forma mais direta, tais quais as ações sanitárias urbanas de cunho coletivo implementadas nas principais cidades portuárias, como Rio de Janeiro e Santos. Essa época foi marcada pelas campanhas em prol da erradicação da febre amarela, idealizadas pelo médico sanitário Oswaldo Cruz, que resultaram no movimento popular conhecido como revolta da vacina (ELIAS, 2004).

Segundo esse autor, a intervenção do Estado na área da saúde se iniciou a partir da Lei Eloy Chaves, em 1923, que surge para regular as aposentadorias, as pensões e a assistência médica. Numa situação semelhante à dos países europeus, cujas ações já aconteciam, nesse formato, desde o século anterior.

A política de saúde tem sua origem atrelada ao mundo do trabalho. No entanto, no Brasil, essa política não abarca os trabalhadores em sua amplitude, uma vez que apenas parte deles, aqueles vinculados ao mercado de trabalho, é que são beneficiados, tais como os ferroviários e os portuários. Sendo importante destacar que o financiamento das ações ocorria integralmente, por meio de desconto compulsório na folha de pagamento desses trabalhadores, ficando isenta a participação do Estado nesse segmento.

Sendo assim, a assistência médica surge no Brasil no formato de seguro, pautada em padrões mercantis e apresentando grandes discrepâncias, uma vez que o acesso ocorre por meio de recolhimento compulsório, que a estruturação do sistema de assistência se destinava ao meio urbano; porém, a clientela, em sua maioria, era rural e, por fim, marcou aquilo que Santos (1979) chamou de cidadania regulada, pelo fato de ter propiciado um padrão de regulação social para a atenção, pois somente os trabalhadores formais tinham direito de acesso aos serviços. E assim permanece esse sistema, constituído até a década de 80.

Apesar de as ações de consolidação do segmento privado da saúde terem tomado grandes dimensões, novas mudanças entram em cena. Com o fim da ditadura militar, o processo de redemocratização nacional traz a noção de seguridade social para a realidade, que se concretiza por meio da Constituição Federal.

A saúde, como direito de todos e dever do Estado, com acesso universal e igualitário à promoção, à proteção e à recuperação, foi instituída pelo texto constitucional e sua evolução resultou na Lei Orgânica da Saúde – LOS, a partir da qual as ações passaram a ser executadas por meio do processo de descentralização, do estabelecimento do comando único em cada esfera de gestão e da integração, cuja execução ficou a cargo do SUS (COHN; ELIAS, 2001).

A Constituição de 1988 traz uma situação nunca vista antes na história do país, ao dedicar uma seção específica para a saúde, promovendo a legitimidade desse segmento, na condição de direito do cidadão e dever do Estado. Nesse sentido, o novo status da saúde altera a noção de seguro social, hegemônica desde a década de 1920, e introduz a lógica da seguridade, constituída pelo tripé formado pela saúde, assistência e previdência.

É importante ressaltar que a partir desse contexto se retoma a noção instituída pelo Estado de Bem-Estar Social, na qual o pleno acesso às ações e serviços de saúde se torna livre a todo cidadão, não mais condicionado à renda, como no caso da estratificação social antes vivida. Sendo assim, busca-se, por meio desse novo processo legitimado pela CF de 1988, garantir um novo padrão de cidadania (ELIAS, 2004).

No entanto, esse novo formato, ao mesmo tempo em que pressiona a redefinição das políticas públicas, ao exigir a desmercantilização da saúde, revela-se num campo minado de fortes tensões e conflitos de forças contrárias a esse processo, em face da avançada mercantilização, já instituída na saúde do país e do mundo.

Então, o SUS emerge numa atmosfera sitiada pela relação estado/sociedade, instituída pelo contexto histórico da época. De um lado, por aquilo que se denominou de “uma nova agenda de problemas”, expressa pela configuração do Estado e adoção da mercantilização da saúde, que consistiu no processo de regulamentação do sistema privado de saúde (planos e seguro-saúde); no alheamento do consumidor, em face do SUS, na adoção de modelos de gestão permeados pela noção de custo/efetividade ou custo/benefício e na insuficiência do financiamento diante dos compromissos estabelecidos pela Carta Constitucional na área da saúde (COHN; ELIAS, 2001).

E de outro, por antigos entraves que persistem na realidade do Estado, constituídos pela existência de ações patrimonialistas; pela reprodução das iniquidades sociais no âmbito das políticas públicas, pela ausência do papel do Estado em resposta às demandas da população e da regulação de áreas e setores essenciais à emancipação social.

Convém ressaltar que desde a CF de 1988 se busca concretizar um processo de mudança no âmbito da saúde, ou seja, tornar real a saúde como direito de cidadania, trazendo para o cotidiano as ações de seguridade e de universalização da saúde, em detrimento da noção de seguro social.

O SUS iniciou pela Norma Operacional Básica – NOB 01-91. Contudo, sua efetivação somente ocorreu por meio da Norma Operacional Básica – NOB 01-93, que significou a exigência do cumprimento da Lei Orgânica da Saúde, a partir da formalização dos princípios da municipalização, habilitação dos municípios como gestores, da instituição das comissões

intergestores, que representam importantes espaços de negociação, pactuação, articulação e integração intergestores, entre outros aspectos.

E a título de complementação desse processo, a NOB 01-96, somente efetivada em 1998, traz como principais conquistas a ampliação das transferências financeiras fundo a fundo (do Fundo Nacional de Saúde para os fundos estaduais e municipais), caracterizando o nível de autonomia dos entes subnacionais e promovendo a qualificação do processo de descentralização da saúde, em andamento.

Em escala progressiva, a área da saúde, no contexto atual, vai se firmando como fonte para acumulação de capital. E a política de saúde, cuja base fundante é o projeto de reforma sanitária, passa a ser questionada, visto que, contraditoriamente, articulou-se ao mercado privatista, ainda na segunda metade da década de 90. Dessa forma, instituem-se ações e serviços baseados na política de contenção de gastos, vislumbrando a racionalidade da oferta e uma gestão isenta de responsabilidades, pautadas na lógica do Estado mínimo (BRAVO; MATOS, 2007).

Não obstante a saúde ter sido consagrada como direito universal e como um dos princípios fundamentais que legitimam o SUS como política pública, depois de transcorrido longo percurso histórico, o sistema ainda se encontra em fase de estruturação. E isso resulta numa situação de exposição a fragilidades e vulnerabilidades que, por sua vez, podem consagrá-lo ou abortá-lo em seus fundamentos (ELIAS, 2004).

A efetivação da saúde de forma definitiva é necessária. No entanto, conforme estabelecem os princípios constitucionais, é imprescindível a tomada de decisões e iniciativas em diferentes segmentos. Esse autor defende que se deve iniciar pela reforma do Estado, no sentido de torná-lo capaz de operacionalizar a saúde como direito universal. Lembrando que universalizar a saúde de modo exequível significa que o Estado deve promover a formulação de políticas voltadas para a desmercantilização da saúde, ou seja, torná-la acessível, ao invés de lucrativa, na perspectiva da assistência médica.

Além disso, é de fundamental importância o empenho, por parte do Estado, no sentido de alcançar novas estratégias de gestão na relação público/privado, capazes de viabilizar a eficácia social do sistema de saúde. Pois somente por meio desses caminhos é possível o alcance de condições para a criação de uma nova consciência sanitária, fundamentada na noção de saúde como necessidade do cidadão, e não com base na lógica do mercado.

Na concepção de Elias (2004), uma nova consciência sanitária, universalista e cidadã, é imprescindível para o alcance das mudanças necessárias no âmbito da saúde. De forma a propiciar o pleno desenvolvimento do SUS. Contudo, ressalta que essa projeção deve se

materializar naturalmente e fundamentada em alicerces sociais sólidos, e não de forma compulsória, baseada em pressões sobre o Estado, por parte de segmentos técnicos e políticos que se encontram aliados às armadilhas do poder.

Essa concepção de consciência sanitária, tal qual o autor menciona, na condição de mecanismo de fortalecimento e renovação da relação Estado/sociedade em favor da efetivação da saúde como direito universal, constitui-se numa ferramenta fundamental para a vigência de outro padrão de cidadania na sociedade brasileira. O projeto vislumbra a regulação setorial em algumas instâncias de decisão, de modo a incorporar o interesse geral sobre o particular, vislumbrando a eficácia social da ação do Estado, o contrário da situação em vigor.

Paim (2009) ressalta que muito se fez pela saúde ao longo desses últimos 20 anos, e que os avanços alcançados não foram somente no âmbito legal e normativo, mas também no âmbito das políticas de descentralização e de democratização da saúde. Acrescenta que apesar das forças contrárias à sua evolução, o SUS já representa o patrimônio nacional.

Contudo, sinaliza a necessidade de uma longa caminhada para o alcance da universalização, de fato, assim como da redução das desigualdades e do alcance da qualidade e efetividade na atenção à saúde. A cada instante, novas ameaças se voltam contra as conquistas alcançadas, seja por meio de contingenciamento de recursos, de corte no orçamento ou de manipulações financeiras que representam entraves à evolução do sistema, com repercussão na efetivação do direito à saúde.

Nesse sentido, Paim (2009) aponta que entre os compromissos referentes à defesa do direito à saúde dos cidadãos, como usuários do sistema, e em face da persistência de problemas assistenciais e éticos, é necessário que se concretizem as medidas listadas em dispositivos normativos específicos, conforme Portaria GM n.º 1.820, publicada em agosto de 2009, que dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde. Por outro lado, aponta também que a luta pelo direito à saúde deve estar atrelada ao processo de reorientação das políticas públicas, econômicas e sociais capazes de reduzir as desigualdades e promover a cidadania plena, a qualidade de vida e a democracia (BRASIL, 2009).

Apresenta como salto qualitativo o reconhecimento dos determinantes sociais da saúde, como fator que conduz à valorização das comprovações científicas e o comprometimento com a ação, por meio da mobilização e da participação social, bem como da adoção de políticas intersetoriais<sup>5</sup>. Considera importante a implementação dessa modalidade de política, no contexto evolutivo da saúde e da defesa desse direito, pelo fato de

---

<sup>5</sup> Consiste num complexo mecanismo de política pública que visa superar a fragmentação das políticas sociais nos diversos segmentos (PAIM, 2009).



que no âmbito da gestão permite amplas articulações em espaços compartilhados de decisões interinstitucionais e intergovernamentais que impactam positivamente na saúde da população.

Há também que se ressaltar que as ações intersetoriais consideram o cidadão na sua totalidade, no sentido de atendê-lo em todas as suas necessidades, tanto individuais quanto coletivas. Sugere, também, ação por meio de redes, e essa sinaliza para as relações horizontalizadas. E todos estes aspectos permitem avançar no nível de resolutividade das ações, visto que as peculiaridades das demandas, na maioria das vezes, exigem respostas implementadas por meio de parcerias.

O autor incentiva o fortalecimento da gestão participativa como um dos mecanismos fundamentais para o alcance da garantia do direito à saúde. Apesar de a participação da comunidade ter sido uma conquista legitimada pelas normativas legais do SUS, como a Lei 8.142/1990, que instituiu a participação da comunidade na gestão do SUS, por meio de instâncias colegiadas compreendidas pela conferência e pelo conselho de saúde em todas as esferas de governo, pesquisas e experiências comprovam que estes mecanismos de participação ainda são limitados. E que mesmo se utilizando de parcerias positivas com o Ministério Público, os resultados não produzem os impactos necessários, devido àquilo que Paim (2009, p. 121) chamou de “dívida sanitária” existente.

Esse autor ressalta a importância da participação popular como uma expressiva conquista no processo evolutivo da saúde, no que se refere ao controle social. Pois a relevância desse mecanismo reside na capacidade de os movimentos sociais influenciarem na gestão da saúde, no sentido de interferir nas ações e gastos públicos, em favor da população. Contudo, assinala que essa participação já nasceu comprometida, pelo artigo da citada lei, ao registrar que a participação da comunidade se dá em cada esfera de gestão, mas sem prejuízo das funções do Poder Legislativo quanto às conferências e aos conselhos.

De acordo com Paim (2009), caso estas instâncias venham a ultrapassar o limite de suas atribuições, a vontade legitimada por meio dos votos do Congresso Nacional, das assembleias legislativas ou das câmaras de vereadores prevalecem, em razão desta afirmativa acima citada.

Portanto, apesar dos avanços, o sistema de saúde do país representa uma realidade preocupante. Cohn e Elias (2001) afirmam que os indicadores de saúde do Brasil apresentam um perfil alarmante. O que representa o reflexo do modelo dominante de desenvolvimento na realidade brasileira: excludente e pautado em uma política pública ineficiente, que segue o padrão das demais políticas, incapaz de garantir o direito à saúde na sua integralidade.

## 2.2 A política de saúde no Brasil

A atual configuração da política de saúde no Brasil, baseada no ideal da democracia, engendrou novos parâmetros de ação, que foram legitimados com o advento da Constituição de 1988, cujo formato de atenção se traduz, pela primeira vez nesse país, na concretização do conceito ampliado de saúde. Sendo ampliado, também, quanto à lógica da atenção baseada no direito de cidadania, rompendo com o processo anterior, cuja atenção compreendia apenas alguns estratos sociais.

Contudo, a sociedade tem padecido com os retrocessos sofridos em decorrência da contrarreforma do Estado, cujos rebatimentos têm repercussão direta nas conquistas de cidadania. Os ajustes neoliberais estabelecidos se revelam numa realidade de arrocho financeiro, principalmente pela redução da ação do Estado nas respostas para os problemas sociais. Que se caracterizam pela privatização, a descentralização e a focalização das políticas sociais.

Assim como as demais políticas sociais, a Política de saúde integra o conjunto das políticas públicas constitutivas do sistema de proteção social cuja visibilidade ocorre no contexto da emergência do sistema de produção capitalista, período no qual as ações caritativas já não dão conta de atender às necessidades oriundas da problemática da pobreza instalada no período referente à transição do modo de produção feudal para o capitalista (ELIAS, 2004).

No período compreendido entre as décadas de 1920 e 1980, o sistema de saúde existente correspondia à noção de seguro social representada pela garantia de acesso apenas aos trabalhadores formais, cuja operacionalização dos serviços era realizada por um expressivo número de instituições públicas, e algumas instituições privadas desarticuladas entre si. Nesse contexto, a assistência médica fazia parte das ações da previdência social, e as ações coletivas de saúde ficavam a par do Ministério da saúde. E já nessa época se registram as primeiras iniciativas de assistência médica suplementar destinadas apenas aos funcionários públicos da união e de alguns municípios.

Esse formato de atenção, no qual apenas os trabalhadores inseridos no mercado de trabalho, os servidores públicos da união e de alguns estados, e a população urbana em maior parcela do que a zona rural tinha acesso à atenção à saúde, funcionou no Brasil por 65 anos. Aos demais cidadãos que compunham a população dos excluídos das oportunidades desse sistema, restava o atendimento por meio da assistência médica privada. Normalmente compreendida pelas santas casas de misericórdia ou por outras instituições pertencentes ao

governo federal ou aos municípios, mais favorecidos financeiramente, destinadas a esses serviços.

O sistema de saúde no Brasil, no marco temporal supracitado, assemelhava-se ao modelo excludente instituído na América do Norte, no qual somente os trabalhadores com emprego formal tinham direito à atenção. Tratava-se do modelo médico-assistencial privatista, no qual se primava pela cura das doenças, em detrimento da promoção e prevenção da saúde (PAIM, 2009).

O Movimento de Reforma Sanitária, apesar de ser considerado uma iniciativa moderna e democratizante, somente após a 8ª Conferência Nacional de Saúde foi que se registraram seus avanços. A partir dessa conferência a Reforma Sanitária ganhou impulso. Após a CF de 1988, inaugurou-se o conceito de Seguridade Social no Brasil, com base no tripé saúde, previdência e assistência social, e o conceito ampliado de saúde, no qual é dado enfoque ao contexto econômico, político, social, cultural e o biológico.

No bojo dos avanços decorrentes da conjuntura democrática, a Constituição, em seu artigo 201, instituiu a saúde como direito de todos os cidadãos e dever do Estado, com acesso universal e igualitário destinado às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde. O SUS foi organizado com base nestas três diretrizes: descentralização com comando único em cada esfera de governo; atendimento integral, priorizando as ações preventivas, sem prejudicar os serviços assistenciais, e a participação popular (COHN; ELIAS, 2001).

Dentre essas, cita-se a descentralização, como a diretriz de maior destaque. Trata-se de um princípio que norteia o SUS e que compreende o repasse de recursos, e da delegação de poderes para que as esferas de gestão estadual e municipal promovam a formulação de sua respectiva política de saúde, de acordo com as especificidades e peculiaridades necessárias, obedecendo, no entanto, à normativa nacional (COHN; ELIAS, 2001).

Todavia, antes deste processo evolutivo supramencionado, a saúde não integrava a agenda do Estado. Bravo e Matos (2007) registram que foi somente na década de 1930 que a saúde passou a ser alvo das intervenções do Estado; porém, sua consolidação como política somente veio a acontecer entre as décadas de 1945 a 1964. Então, segundo esses autores, a formulação da política de saúde, em caráter nacional, foi um marco importante na conjuntura histórico-política e econômica do país, na década de 30. E que essa construção se organizou inicialmente a partir dos subsetores da saúde pública e da medicina previdenciária.

Esses autores mencionam ainda que a saúde pública, por meio de suas principais intervenções, tais quais as campanhas sanitárias, a interiorização das ações endêmicas voltadas para os espaços rurais e a criação de serviços de combate às endemias, pautou-se na

tônica dominante, até a década de 60. Já a medicina previdenciária se consagrou, na época, por meio da implementação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões – IAPs, que foram substituídas pelas Caixas de Aposentadorias e Pensões – CAPs, ambas criadas em 1923, tiveram orientação contencionista, uma vez que o acelerado crescimento dos assalariados urbanos resultou num dos fatores determinantes para a redução dos gastos.

Nesse sentido, a configuração da política de saúde na década de 1930, consolidou-se no período entre 1945 e 1964. No entanto, registra-se o aumento dos gastos estatais no âmbito social, a partir das políticas sociais em 1945 e, sobretudo, em 1950. Não obstante a situação apresentada, não se consegue atingir a proposta de estender e universalizar essas políticas e suas medidas em todos os segmentos sociais, no sentido de gerar direitos efetivos ao trabalhador. Portanto, a política de saúde se caracterizou pela racionalização administrativa; pela sofisticação das campanhas sanitárias e pela sua estrutura organizativa dividida entre os dois subsetores: saúde pública e medicina previdenciária (BRAVO; MATOS, 2007).

Bravo (2001) assinala que no período entre as décadas de 1964 a 1974, no qual se instalou no país o regime da ditadura militar, a questão social se agravou, devido ao crescimento das desigualdades e demais problemas estruturais relacionados ao modo de produção capitalista. Mas a sociedade, de um modo geral, acreditava que esse regime ditatorial representava uma tendência de desenvolvimento econômico, político e social. No entanto, nesse período o Estado se utilizou do binômio repressão-assistência, como forma interventiva de resolver tal problemática.

Paralelamente, “a política assistencial foi ampliada, burocratizada e modernizada pela máquina estatal, com a finalidade de aumentar o poder de regulação sobre a sociedade, suavizar as tensões sociais e conseguir legitimidade para o regime em vigor, como também servir de mecanismo de acumulação do capital” (BRAVO, 2001, p.6).

A adoção do novo conceito de saúde elaborado pela OMS, em 1948, por meio de organismos internacionais, a partir do agravamento das condições de saúde das populações, sobretudo aquelas dos países periféricos, elegeram os aspectos biopsicossociais para a elaboração dessa nova premissa, fez com que a OMS instituisse a saúde como “o completo bem-estar físico, mental e social, e não somente como a ausência de doenças”. E como reflexo desse novo conceito, registrou-se, como importante destaque no processo evolutivo da saúde, a ampliação das especificidades profissionais nessa área (BRAVO, 2001, p. 67).

A partir desse contexto, a saúde passou a ser concebida como meio e fim para o desenvolvimento e o bem-estar dos cidadãos. E essa situação teve como principal desdobramento a ênfase no trabalho em equipe multidisciplinar, que proporcionou a

racionalização dos serviços e a introdução de conteúdo de cunho educativo e preventivo no âmbito da saúde, além da criação de programas por segmentos populacionais. Portanto, o novo conceito de saúde trouxe, no âmbito desse processo evolutivo, a noção de interdisciplinaridade (BRAVO; MATOS, 2007).

Já no período entre 1974 e 1979, o enfrentamento da questão social ocorreu de forma mais efetiva, buscando-se canalizar reivindicações e pressões populares, e os desdobramentos para a Política Nacional de Saúde foram as grandes tensões que se instalaram em face da ampliação dos serviços, dos recursos financeiros disponíveis e do jogo de interesses das articulações burocráticas existente entre os setores estatal e empresarial médico e a emergência do movimento sanitário. Portanto, as reformas implementadas não conseguiram promover a alteração do quadro da saúde em vigor, cuja tônica da medicalização era predominante (BRAVO, 2001).

Na década de 1980, o país passa a experimentar novos processos de construção democrática, com novos sujeitos e intensas e amplas discussões sobre as novas condições de vida, após superado o regime da ditadura militar, apesar do profundo e amplo processo de crise que, perpassados todos os períodos históricos, permanece até a atualidade, e das decepções com o processo democrático, cuja transição não superou o conservadorismo (BRAVO, 2001).

Nesse período se iniciam as manifestações originárias do movimento de Reforma Sanitária, que se constituiu num emblemático movimento, no âmbito da saúde coletiva, de luta pela ampliação do debate teórico e pela incorporação de temáticas específicas, dentre as quais o Estado e as políticas sociais, fundamentadas na doutrina marxista. Esse movimento, conhecido também como movimento sanitário ou movimento pela democratização da saúde, foi organizado com o objetivo de enfrentar a problemática instalada; defender a democratização da saúde e alcançar a reestruturação da rede de serviços. E contou com a participação de diversos segmentos, principalmente populares, estudantis, pesquisadores, instituições acadêmicas, e sociedade científica (PAIM, 2013).

Dentre estes novos processos, elencam-se a participação de novos sujeitos sociais, as condições de vida da população, as propostas governamentais de tratamento da saúde, a saúde vista sob uma dimensão política vinculada à lógica democrática, entre outros aspectos, que culminaram na 8ª Conferência Nacional de Saúde, cujos desdobramentos resultaram na Reforma Sanitária e no SUS (BRAVO, 2001).

As propostas apresentadas e debatidas por profissionais de saúde, através de suas respectivas entidades, conseguiram passar à frente do corporativismo e defender propostas de

conteúdos amplos e progressistas, tais como a melhoria da situação de saúde e o fortalecimento do setor público, por exemplo. Então, a luta em resposta aos dilemas da saúde pública nacional, ocasionada, sobretudo, pelo monopólio das empresas privadas da área de saúde, teve êxito.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde teve relevância histórica para o país. Foi nesse espaço, rico em debate, que foram sistematizadas as propostas e os resultados de amplos estudos referentes à reforma sanitária brasileira, cujo relatório final do evento inspirou o capítulo “saúde” da Constituição de 1988. E esse capítulo fundamentou as Leis Orgânicas da Saúde – 8.080/90 e 8.142/90 – que propiciaram a implantação do SUS.

De acordo com Bravo (2001), o projeto da saúde foi consolidado, não obstante esta consolidação tenha sido voltada para o mercado, pois as políticas que compõem o tripé da seguridade social foram implantadas na conjuntura da contrarreforma. E esse fato foi observado como um fator que distancia as políticas de Seguridade da proposta do Congresso Constituinte e das leis complementares. A contrarreforma ou reforma do Estado se inicia no Brasil a partir da crise dos anos 70, com o processo de reconfiguração dos Estados Nacionais e da reestruturação produtiva, cujos desdobramentos no mundo do trabalho e no movimento dos trabalhadores foram impactantes.

Na realidade brasileira, o processo de reforma administrativa teve sua gênese após a CF de 1988. E a década de 90 teve como marco o redirecionamento do papel do Estado em atendimento à Política de Ajuste Neoliberal, cujas mudanças de maior impacto foram o processo de privatização e as alterações constitucionais orquestradas pelo então presidente, Fernando Henrique Cardoso.

Essa autora assegura que apesar dos avanços alcançados através da constituição, o capitalismo hegemônico se articulou no sentido de desconfigurar a proposta da Seguridade Social, conforme disposto na CF de 1988, na qual a Seguridade virou previdência e a previdência virou seguro. Promovendo, dessa maneira, uma Reforma Constitucional, notadamente no âmbito da Previdência Social e da normativa que regulamenta as relações de trabalho nesse país, ou seja, a intenção do governo, ao inserir nesse contexto de mudanças, a reforma previdenciária, foi promover o desmonte da proposta de Seguridade Social inserida na Constituição de 1988.

A Reforma do Estado ou Contrarreforma se traduz numa estratégia de ação governamental por meio da qual o Estado, em cumprimento às orientações da lógica neoliberal, desvia-se de suas funções básicas, ou seja, deixa de cumprir com seu papel, ao ampliar sua presença no setor produtivo. Portanto, conclui-se que a contrarreforma produz

impactos negativos no âmbito das conquistas já alcançadas. A ofensiva neoliberal, hegemônica no Brasil, tem sido responsável pela redução dos direitos sociais e trabalhistas, desemprego estrutural, precarização do trabalho, desmonte da previdência pública, sucateamento da saúde e da educação.

Nessa direção, observa-se que a proposta da Política de Saúde construída na década de 1980, tem sido desconstruída. Os serviços de saúde se encontram vinculados ao mercado, enquanto que se identificam ações e serviços realizados por meio das parcerias com a sociedade civil que, por sua vez, tem sido responsabilizada pelos custos da crise.

Já com relação ao Sistema Único de Saúde (SUS), apesar das declarações oficiais de adesão ao mesmo, têm-se verificado o gradativo descumprimento dos dispositivos constitucionais e legais, além da omissão do governo federal, no que se refere ao processo de regulamentação e fiscalização das ações de saúde em geral.

O SUS representou um importante avanço, considerando-se todo o seu contexto histórico. Contudo, não foi implantado na sua integralidade, e este pressuposto se torna mais evidente, se comparado à saúde existente no período da ditadura militar. Portanto, a não concretização dos princípios e diretrizes do sistema, assim como as demais limitações existentes, que impediram a concretização do pensamento reformador, fizeram do SUS um sistema inconcluso e distante do que versa o movimento de reforma sanitária (MATOS, 2014).

Nessa perspectiva, o panorama do Sistema Único de Saúde, nesses últimos cinco governos, revela os retrocessos que o sistema tem apresentado, a partir de medidas que alteraram sua concepção original. No contexto político do período de 1995 a 2002, a saúde se pautou nos princípios da contrarreforma de Estado, que resultou na retomada do sanitarismo campanhista; no desrespeito à participação social; na regulamentação dos planos privados de saúde; na proliferação de ações realizadas por meio do PAC/PSF – em vista do financiamento vertical contido na NOB/96 – e a criação de agências reguladoras, concebidas sob um formato contraditório à lógica do SUS (MATOS, 2014).

A gestão seguinte, cujo período compreende os anos 2003 a 2006, e 2007 a 2010, apesar de argumentar que a mudança de gestão se constituía na solução para os problemas do SUS, foram orquestradas ações desconstrutivas da lógica de ação idealizada e registrada nas normativas do sistema, tal qual a saúde, concebida como um detalhe, pelo governo e respectivos partidos opostos, cuja culminância foi a não aprovação da CPMF; a inoperância do poder público em face das epidemias de dengue e febre amarela, que eclodiram quase

periodicamente, sobretudo em 2008, além da naturalização de um segmento privado no SUS, como as farmácias populares, por exemplo (MATOS, 2014).

O atual governo da presidente Dilma Rousseff, no geral, é concebido como “um mero apêndice do governo Lula”, pelo fato de a atual gestão não ter avançado no processo de estruturação da saúde, na perspectiva do direito de cidadania. Uma vez que, para a lógica do mercado, a universalização da saúde deve sucumbir às orientações neoliberais (MATOS, 2014, p. 38).

Nesse sentido, esse governo, cuja representante teve a intenção de ser reconhecida como a gestora que consolidou e fortaleceu o SUS, tem, na realidade, corroborado para a naturalização da relação público-privado, ao afirmar que “vamos estabelecer parcerias com o setor privado na área da saúde, assegurando a reciprocidade, quando da utilização dos serviços do SUS” (IDEM, p. 40).

De acordo com Paim (2009), a Constituição, ao estabelecer que a assistência à saúde é livre à iniciativa privada, cabendo ao poder público promover, nos termos da lei, sua regulamentação, fiscalização e controle, podendo ser executada diretamente ou através de terceiros, assim como por pessoa física ou jurídica de direito privado, deixou, para muitos, uma dúvida quanto a sua definição, ao questionar se a saúde é um bem público ou um serviço que pode ser comprado.

Por fim, Bravo (2001) aponta que apesar das evoluções alcançadas, há uma distância entre o SUS real e o SUS constitucional. Assim também ocorre entre o movimento de reforma sanitária e a prática social do sistema público em vigor. De acordo com a Constituição, o SUS é um sistema universal, enquanto que na realidade vem atendendo, em sua maioria, os cidadãos que não têm acesso aos sistemas privados de saúde.

Portanto, o caráter da universalidade e a relação público-privado estão legitimados na Constituição de 1988 para todas as políticas públicas setoriais. Destaca-se, a partir deste aspecto, a contradição central das políticas públicas vigentes, pois o SUS é para todos, mas a forma como vem sendo concretizado tem comprometido a lógica universalista, no sentido de construir, no imaginário da sociedade, uma impressão de que os serviços desse sistema têm se voltado apenas para o público menos favorecido. Nessa perspectiva, há um distanciamento entre o sistema e a política universal.



### 2.3 A saúde e seus determinantes sociais

De acordo com a Política Nacional de Atenção à Saúde, o SUS, na forma de política de Estado, interage com as reflexões e os movimentos da sociedade, na busca de promover a melhoria da qualidade de vida e da afirmação do direito à vida e à saúde dos seus cidadãos. No formato de estratégia de promoção da saúde, o SUS, com base na lógica do conceito ampliado de saúde, aponta como fatores condicionantes e determinantes: a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o esporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais (BRASIL, 1990).

E a partir de então, estudiosos e pesquisadores passaram a defender práticas baseadas no alcance das dimensões históricas, políticas e sociais no âmbito das vivências individuais e coletivas. Tendo em vista que a relação existente entre as mazelas sociais produzidas pela pobreza, a desigualdade e a exclusão social, conduzem os cidadãos a uma situação de vulnerabilidade, propiciando o adoecimento (ALVES, 2012).

Entendeu-se, portanto, que a identificação e o combate dos fatores prejudiciais à saúde perpassam a dimensão biológica e se concluiu que as condições sociais, econômicas e ambientais influenciam profundamente na saúde dos indivíduos. Por isso, estudiosos e pesquisadores passaram a defender práticas baseadas no alcance das dimensões históricas, políticas e sociais, no contexto das vivências individuais e coletivas. Considerando-se a relação existente entre as mazelas sociais produzidas pela pobreza, a desigualdade, a exclusão social e a vulnerabilidade à doença (BUSS; PELEGRINI FILHO, 2007).

Com base nesse entendimento, a saúde deve ser considerada em seu contexto social integral, respeitando-se a diversidade de vivências e relações. A partir dessa compreensão, a Organização Mundial de Saúde (OMS) assinala que entender a saúde como uma necessidade humana básica e como um recurso de vida com dignidade, significa compreender o processo saúde-doença no âmbito da determinação social e sob a ótica da cidadania (ALVES, 2012).

Foi a partir dessa concepção ampliada que a CF de 1988 legitimou a saúde, cuja materialidade ocorreu por meio da Lei Orgânica 8.080/1990 e, assim, a saúde como direito de todos e dever do Estado, com acesso universal e igualitário à promoção, à proteção e à recuperação, foi instituída como direito de cidadania, o que conformou a construção do Sistema Único de Saúde (SUS).

No âmbito dos desafios da atualidade, face às expressões da questão social, a problemática da saúde se insere na ordem política, social e econômica do dia. E pensar a saúde na perspectiva da ausência de doenças é concebê-la para além dos aspectos que

envolvem somente o bem-estar físico e mental, é preciso que se tenha apreensão de que a saúde, na concepção do bem-estar, compreende a alimentação, a educação, a moradia, o trabalho, o lazer, a segurança etc.

Consoante a esse entendimento, a saúde é considerada em seu contexto social integral, respeitando-se a diversidade de vivências e relações. E a partir dessa compreensão, a Organização Mundial de Saúde (OMS) assinala que entender a saúde como uma necessidade humana básica e como um recurso de vida com dignidade, significa compreender o processo saúde-doença no âmbito da determinação social, e sob a ótica da cidadania (ALVES, 2012).

A reflexão dessa visão de Alves (2012) retoma a discussão empreendida quanto ao entendimento de que a saúde não deve ser concebida de uma forma isolada, e sim vinculada a todas as situações de bem-estar geral, pois a saúde sofre influência das condições sociais, econômicas e ambientais.

A partir do contexto historicamente marcado pelo movimento da reforma sanitária no Brasil, ocorrido entre as décadas de 70 e 80, a saúde passou a ser vista sob uma nova ótica, com base na concepção ampliada do conceito de saúde, e não somente como ausência de doença.

Não obstante esse contexto de mudanças, a situação da saúde no país é delicada e desafiadora. Segundo Medici (1994), apesar da importância de se tratar a saúde no âmbito da prevenção e proteção, no caso das doenças relacionadas à pobreza, por exemplo, o tratamento das doenças crônicas tem sido um dos principais entraves do sistema de saúde do país. E sobre esse aspecto, aponta que “as acumulações sociais negativas associadas à pobreza e à inexistência de redes de proteção social que permitam atender populações pobres, facilitando o acesso aos serviços de saúde e a outros serviços indispensáveis a uma boa qualidade de vida”, como as principais situações causadoras das más condições de saúde das populações de baixa renda.

Na concepção desse autor, as políticas de saúde não têm sido planejadas vislumbrando o atendimento às demandas das populações de baixa renda. Esse autor aponta, inclusive, sobre a necessidade de uma dinâmica de ação voltada para a construção de diagnósticos por segmentos populacionais de baixa renda, que favoreçam o desenho de programas focalizados específicos, sem perder de vista as ações de cobertura universal, no sentido do alcance da melhoria da saúde dessas populações.

Medici (1994) teoriza que entre os anos 60 e 70 o recrudescimento da saúde estava diretamente relacionado com os índices de pobreza da população. De tal modo que se criou uma corrente de pensamento chamada sanitarismo desenvolvimentista, que consistia numa

espécie de “círculo vicioso”, no qual saúde e pobreza caminhavam sempre juntas, constituindo fenômenos capazes de se retroalimentarem.

As influências do sanitarismo desenvolvimentista nas políticas de saúde no país permaneceram por longo tempo. Além dos segmentos populacionais que eram marginalizados, por não fazerem parte do mercado de trabalho formal, havia ainda o fato de residirem em habitações cujos sistemas de abastecimento de água e recolhimento de resíduos sólidos e líquidos eram inadequados, resultando numa situação de risco elevado de morte por doenças infecciosas, ou de contaminação por doenças de infestação hídrica (MEDICI, 1994).

De acordo com essa linha de pensamento, aquilo que chamavam de acumulações sociais negativas, advindas da pobreza, repercutiam nos principais determinantes das más condições de saúde das regiões subdesenvolvidas. E que, conseqüentemente, os maiores níveis de desenvolvimento são compatíveis com as melhores condições de renda e instrução, resultando nas melhores condições de saúde e nutrição (MEDICI, 1994).

Com efeito, o que o autor designa de acumulações sociais negativas associadas à pobreza compreendem os baixos níveis de educação, saneamento e renda para as populações pobres, bem como a baixa capacidade de compreensão das noções de higiene, devido ao grau de instrução elementar que tem rebatimento direto nos níveis de saúde das crianças e na mortalidade infantil, e que correspondem àquilo que Buss e Pelegrini Filho (2007) chamam de determinantes sociais da saúde.

A partir dessa reflexão, Buss e Pelegrini Filho (2007); e Alves (2012), chamam atenção para o fato de que a análise do processo saúde-doença não reside somente nos determinantes biológicos, pois os determinantes sociais que se apresentam nas formas de diferença de renda; níveis de educação; condições de vida e de trabalho e situação de pobreza, são fatores significativos que remetem à natureza social do adoecimento.

No espaço de uma determinada população, o quadro ou perfil epidemiológico diz respeito ao processo de identificação do padrão saúde-doença de uma determinada sociedade, coletividade, comunidade ou grupos específicos. Pois a epidemiologia é uma área da saúde pública que trata da compreensão do processo saúde-doença no âmbito das populações; é também considerada como um instrumento responsável pelo desenvolvimento de estratégias voltadas para a proteção e promoção da saúde das comunidades.

A epidemiologia se constitui num mecanismo de ação voltado para o desenvolvimento de políticas públicas no âmbito da saúde, que deve ser implantado conforme a realidade apresentada e, por fim, é reconhecido também como o estudo da frequência, da distribuição e

dos determinantes dos estados ou eventos relacionados à saúde em específicas populações, e à aplicação desses estudos no controle dos problemas de saúde (LAST, 1995).

Fatores ou determinantes sociais de saúde – DSS compreendem os aspectos que influenciam direta ou indiretamente no aparecimento de problemas que resultam no processo de adoecimento, conforme Buss e Pelegrini Filho (2007). No entanto, a OMS utiliza uma concepção mais enxuta, pois para essa organização, determinantes sociais correspondem às condições sociais nas quais as pessoas vivem e trabalham.

Infere-se que a perspectiva epidemiológica se constitui numa das principais preocupações de especialistas e estudiosos dessa área, visto que sua transição reside em uma diversidade de fatores condicionantes, principalmente os demográficos, os econômicos e os sociais, e os relacionados às variáveis biológicas, sociais, ambientais, espaciais e temporais. Os fatores condicionantes ou determinantes da saúde compreendem os objetos centrais de ação da epidemiologia, pois correspondem aos fatores e causas que influenciam a ocorrência dos eventos relacionados ao processo saúde-doença (BUSS; PELEGRINI FILHO, 2007).

Nessa direção, ressalta-se a importância da epidemiologia, em decorrência de sua ampla aplicação, a partir da análise contínua dos indicadores demográficos, sociais, econômicos e de saúde, a fim de identificar os fatores determinantes do processo saúde-doença. Sendo assim, observa-se que se trata de uma área cuja preocupação não ocorre somente com a saúde da população, mas, também, com as condições de bem-estar da comunidade.

Portanto, as intervenções de que trata o presente estudo, estabelecem sintonia com os objetivos dos estudos epidemiológicos, sobretudo os apontados por Almeida Filho e Rouquariol (1992), que consistem em informar a situação de saúde da população e investigar os fatores determinantes da situação de saúde de uma área, no sentido de provocar a alteração necessária ao atendimento das demandas manifestadas.

### **3 O CRESCIMENTO DAS DESIGUALDADES URBANAS E AS POLÍTICAS SOCIAIS**

As desigualdades sociais presentes na realidade socioeconômica do país têm se acentuado cada vez mais, com o advento da globalização e dos ajustes neoliberais, que resultaram na ausência de um Estado interventor, e na presença de “um Estado mínimo para o trabalho e máximo para o capital” (NETO; BRAZ, 2006, p. 227).

O processo de metropolização e de urbanização aceleradas dos grandes centros e da grande maioria dos municípios brasileiros têm contribuído para o recrudescimento do contexto da desigualdade, que tem resultado, principalmente, num crescimento populacional inversamente proporcional às oportunidades das formas de sobrevivência, ou seja, no inchaço das grandes cidades e capitais, que se encontram rodeadas por grandes bolsões de pobreza, sobretudo em suas regiões mais periféricas.

A realidade vivenciada por um grande contingente de brasileiros reflete naquilo que Pereira e Pereira (2014) chamaram de “realidade perversa”, que segundo as autoras, essa situação vem, contemporaneamente, naturalizando-se em escala planetária (PEREIRA; PEREIRA, 2014, p. 14). Assim, depreende-se, a partir de uma reflexão sobre as desigualdades ora mencionadas, que tiveram suas bases erigidas pela formação histórica do capitalismo no país, tendo em vista o atual estágio de desenvolvimento desse sistema de produção cuja repercussão tem rebatimento direto na produção e multiplicação de injustiças sociais e que, apesar da evolução da tecnologia e das ciências, tem corroborado com a retomada e o aprofundamento do quadro de antigas injustiças sociais (PEREIRA; PEREIRA, 2014).

Na contramão da trajetória das desigualdades, para Kerstenetzky (2012), a década de 1980 foi pródiga, pelo fato de ter sido neste período que ocorreram o fim do regime militar, aliado ao marco da redemocratização do país, coroada pela Constituição de 1988; o declínio do modelo de crescimento econômico da década de 1930; e a ampliação das políticas e gastos sociais, cujo ápice do crescimento se deu entre os anos 1988 a 2008, no qual o crescimento triplicou.

Contrariamente às situações de pressão por ajustes fiscais, as políticas públicas e os gastos sociais sofreram expansão “em resposta a antigos e novos riscos sociais” (KERSTENETZKY, 2012, p. 212), despontando no âmbito das mudanças de cunho qualitativo, o crescimento das políticas públicas e dos gastos sociais proporcionou a entrada, em larga escala, de novos direitos sociais aos cidadãos brasileiros.

Na concepção de Couto (2008), as políticas públicas de caráter redistributivo dos bens socialmente produzidos representam os mecanismos encontrados pelo Estado para a efetivação dos direitos sociais. E acredita, também, que essas políticas dependem da intervenção do Estado para sua concretização, e essa, por sua vez, depende das condições econômicas disponíveis que, por sinal, representam um dos principais desafios para a materialização das políticas sociais, não obstante seja espaço privilegiado das demandas dos trabalhadores.

A Constituição Federal de 1988, ao imprimir os direitos humanos e sociais como responsabilidade pública estatal, avançou no estabelecimento de mudanças significativas e fundamentais para a sociedade. Ao introduzir a seguridade social no âmbito das obrigações públicas, acolheram em seu escopo três políticas de proteção social de grande espectro—saúde, previdência e assistência social (SPOSATI, 2009).

O formato dessas políticas se encontra circunscrito numa nova perspectiva de ação, vinculada ao exercício de cidadania, como parte de um processo de democratização vivenciado no país. Assim, são estabelecidos novos mecanismos de proteção social, com base em princípios e diretrizes legitimados e regulamentados por meio das Leis Orgânicas, que deram materialidade às ações dessas políticas.

Nessa direção, as políticas de seguridade social despontam entre os grandes avanços do século, pois até mesmo a previdência social, que apesar de seu caráter contributivo, teve o importante papel de “assegurar a maior parte das atenções da legislação social do trabalho” (SPOSATI, 2009, p. 13) – a saúde foi reconhecida como um direito de todos e entrou em cena por meio do Sistema Único de Saúde – SUS, cujas ações, realizadas a partir dos serviços públicos ou privados/conveniados, abrangem todo o território nacional, e a assistência social passou por transformações significativas quando concebida como uma política pública integrada às responsabilidades do Estado (SPOSATI, 2009).

Reconhecida como política pública, a assistência social, apesar de ter representado a ampliação dos direitos humanos e sociais, no entendimento de Sposati (2009), não constitui um modelo ainda pleno, pois, segundo essa autora, os constituintes, ao aprovarem o conteúdo dessa política na CF de 1988, fizeram como algo ainda voltado para o futuro, o que justifica a resistência em consolidar a assistência social como política pública que assegure direitos aos cidadãos.

A saúde materializada pelo SUS traz como diferença básica, em relação à assistência social, sua estrutura, no que se refere ao padrão de financiamento, pelo fato de ser destinada a todos os cidadãos, ou seja, é uma política universalizante, enquanto que a assistência social é

destinada a quem dela necessitar. Observa-se, nessa característica, a inovação do conteúdo apresentado pela saúde, cuja abrangência antes se voltava apenas para aqueles cidadãos que contribuíam formalmente.

Considerada uma grande conquista no campo da ampliação dos direitos sociais, o surgimento do Sistema Único da Assistência Social – SUAS, como parte da iniciativa do governo de estabelecer uma rede de proteção e promoção social destinada a cumprir as determinações legais dispostas na LOAS, promovendo a descentralização na gestão, no monitoramento e no financiamento dos serviços, e oferecendo mais autonomia aos municípios na aplicação dos recursos federais que, por sua vez, passam a ser organizados em três níveis de gestão – inicial, básica e plena, de acordo com a capacidade de execução dos programas.

De acordo com a Política Nacional de Assistência Social – PNAS, essas proteções fazem parte da lógica de inserção na seguridade social, que apresenta seu caráter de proteção social em articulação com outras políticas sociais do âmbito da garantia de direitos (BRASIL, 2004). Então, a articulação estabelecida entre essas duas políticas ocorre para além das relações paradigmáticas, pois através das ações intersetoriais, a articulação é utilizada como estratégia cuja finalidade é proporcionar benefícios e serviços de saúde e de assistência social aos seus usuários, como resposta do Estado às necessidades demandadas.

Neste sentido, a implantação do SUS, assim como a do SUAS, possibilitou, em todo o território nacional, a articulação das responsabilidades, vínculos e hierarquias dos dois sistemas, sendo o SUS relacionado às ações e serviços de saúde executados, isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito público, sob o critério da universalidade e da ação em rede hierarquizada e regionalizada (BRASIL, 1988); e o SUAS, refere-se a ações, serviços e benefícios de assistência social, de caráter permanente ou eventual, executados e providos por pessoas jurídicas de direito público, sob o critério da universalidade e de ação em rede hierarquizada e em articulação com a iniciativa da sociedade civil (BRASIL, 2005).

No âmbito das políticas públicas, a saúde e a assistência social se encontram amplamente próximas. Com o advento do texto constitucional, que estabeleceu o sistema de seguridade social composto pelo tripé – saúde, assistência e previdência social –, essas duas primeiras políticas foram implementadas sob a mesma lógica pública e democrática.

As políticas que formam o tripé da Seguridade Social seguem os mesmos formatos de gestão, diferindo entre si, no tocante ao financiamento e quanto ao público a que se dirigem, haja vista que a previdência é contributiva; a assistência social é destinada a quem dela

necessitar, e a saúde é voltada a todos os cidadãos, em cumprimento ao princípio da universalidade.

Apesar dos avanços das políticas públicas, observa-se o recrudescimento das formas de sobrevivência, já precárias, presentes na vida de milhares de famílias brasileiras, dada a falta de cobertura e ação eficaz do sistema de proteção social do país. De acordo com Carvalho e Lima (2009), o advento da focalização, que se constitui numa tendência presente na definição e implementação das políticas sociais, tem feito parte da realidade do país, em detrimento das políticas universais e igualitárias. Nesse sentido, ressalta-se que a focalização representa, na atualidade, frente ao princípio da universalidade, um novo desenho organizativo em vigor no campo das políticas públicas de caráter universalizantes instituídas pela lógica da democratização.

Diante da vertente das políticas focalizadas, insere-se a discussão acerca das políticas de transferência de renda, que de acordo com Cunha (2009), passou a fazer parte da agenda do poder público nos anos 90, na medida em que a pobreza passou a ser vista na perspectiva do direito, e como uma situação a ser tratada por meio de ações de políticas públicas.

Essa autora assinala que o debate internacional acerca da referida estratégia já vem acontecendo antes mesmo da implementação das políticas sociais. No contexto internacional, acredita-se que as políticas de transferência de renda são potenciais condições para a erradicação da pobreza e da desigualdade social.

Silva (2007) destaca em sua pesquisa, que trata da problematização das questões centrais na política de transferência de renda no Brasil, a concepção de focalização, por considerá-la como um princípio orientador dos Programas de Transferência de Renda, compreendendo, em seu sentido geral, aquilo que dá a direção aos recursos e aos programas para os segmentos de grupos populacionais cuja sociedade considera como vulneráveis. Contudo, a autora ressalta que a noção de focalização adotada pelas reformas dos programas sociais da América Latina é embasada no pressuposto neoliberal. Por isso resultam apenas em medidas compensatórias aos efeitos dos ajustes dessa política sobre os segmentos mais vulnerabilizados.

O panorama geral da desigualdade, no Brasil, faz parte de uma extensa realidade histórico-política permeada por várias formas de desequilíbrios sociais que se configurou no mapa atual dos problemas sociais. Teoricamente, o quadro de problemas sociais constitutivos da questão social, constituído na sociedade brasileira, passou a ser tratado como questão de política pública, a partir do rol de leis criadas com essa finalidade, sobretudo a Constituição de 1988 e as leis orgânicas por segmento.



A questão social oriunda do processo de urbanização e industrialização ocorridos na Europa no século XIX, surgiu com a finalidade de exigir a formulação de políticas sociais em benefício da classe operária. No entanto, atingiu um nível elevado de vulnerabilidade, devido ao empobrecimento do operariado.

Na concepção de Netto (2007), a questão social faz parte do contexto histórico da sociedade. Surgiu na terceira década do século XIX, com a finalidade de nomear o fenômeno do pauperismo, uma vez que a pauperização da classe trabalhadora se constituiu como resultado do capitalismo industrial, e seu crescimento se dava de forma compatível ao crescimento do modo de produção capitalista vigente, ou seja, “a pobreza crescia na razão direta em que aumentava a capacidade social de produzir riquezas” (NETTO, 2007, p.153).

De acordo com Pastorini (2004), apesar das grandes transformações ocorridas, que resultaram em profundas mudanças na estrutura sindical e de classes, na participação política e de produção do capital, as contradições do universo capitalista persistem no contexto atual. Para essa autora, a questão social tem sua gênese no modo de organização da sociedade produtiva, num determinado marco histórico, no qual esse modo de organização se manifesta, a partir da reprodução social. Dessa forma, utiliza-se das palavras de Netto (2001, p. 45-46) ao afirmar que:

A questão social está elementarmente determinada por meio do traço próprio e peculiar da relação capital/trabalho – exploração. E que (...) a exploração implica na intercorrência de componentes históricos, políticos e culturais etc. Sem ferir de morte os dispositivos exploradores do regime do capital, toda luta contra as suas manifestações sócio-políticas e humanas (precisamente o que se designa por ‘questão social’) está condenada a enfrentar sintomas, consequências e efeitos” (NETTO *apud* PASTORINI, 2004, p. 96-97).

Sendo assim, a questão social se manifesta concretamente por meio da pauperização, da exclusão e das desigualdades sociais que são expressões decorrentes do sistema capitalista e que poderão se apresentar de acordo com as peculiaridades históricas, econômicas e políticas próprias de cada região. Acrescenta-se que as expressões da questão social se apresentam conforme o estágio do sistema capitalista em vigor, ou seja, que diferentes fases do capitalismo resultam em diferentes expressões da questão social (PASTORINI, 2004).

Iamamoto (2013) acredita que o recrudescimento da pobreza, como resultado da desigualdade, vem aumentando continuamente, principalmente nos países da periferia mundial, em decorrência da implementação de medidas anticrise, em atendimento às orientações dos organismos multilaterais, iniciada nos anos 1990. Tratam-se de medidas advindas das políticas liberais, cuja finalidade é a restauração do poder do capital. Contudo,

essas medidas têm propiciado a ampliação da distância entre ricos e pobres e a promoção da radicalização da questão social.

Quanto ao processo de exclusão, há uma forte tendência em considerá-lo como ausência de oportunidade de permanecer no mercado de trabalho. Mas, segundo Castel (1998), a problemática atual reside no que chamou de “desestabilização dos estáveis”, e não somente na composição de uma “periferia precária”. Então, da mesma forma que o pauperismo fez parte do processo de industrialização do século XIX, a precarização do trabalho é resultado das novas exigências do capitalismo moderno. Por isso, o autor apresenta “a razão para levantar uma nova questão social” que, na sua concepção, configura-se nas mesmas características da questão social manifestadas pelo pauperismo na primeira metade do século XIX.

No entendimento de Pastorini (2004), as determinações da “questão social” se reafirmam ligadas diretamente pela submissão à relação capital/trabalho, à ordem estabelecida e à expressão das manifestações das desigualdades e antagonismos das contradições da sociedade capitalista. A estudiosa reconhece, inclusive, que os traços essenciais da “questão social” persistem. No entanto, isso não implica que seja única e que sua manifestação venha a ocorrer da mesma forma em todas as sociedades capitalistas e em qualquer contexto histórico, pois a questão social assume expressões particulares, dependendo da situação de cada país, face ao modo do sistema capitalista ao qual se vincula.

Portanto, o que há de novo são as novas formas de manifestação que a questão social adquire, a partir das transformações do mundo capitalista de produção, que resulta no aumento da pobreza, na desestabilização dos trabalhadores que perdem garantias de proteção social conquistadas. E a essas se somam as antigas expressões da questão social, que vêm sendo continuamente reatualizadas no âmbito dos excluídos do mundo do trabalho e, historicamente, assistidas pelo sistema de proteção social de forma compensatória, residual e estigmatizante (PASTORINI, 2004).

Netto (2007, p.160) também defende a tese de que não se trata de uma nova questão social, uma vez que a emergência de novas expressões da questão social é decorrente da ordem do capitalismo expressa em vigor. De acordo com esse estudioso, “inexiste qualquer nova questão social”. O que devemos investigar é para além da permanência de manifestações “tradicionais” da “questão social”, a emergência de novas expressões da “questão social”, que é insuprimível sem a supressão da ordem do capital.

Mas, para Rosanvallon (1998, p. 23), há uma nova questão social, porque “os fenômenos atuais da exclusão não se enquadram nas antigas categorias da exploração do

homem”. Segundo esse autor, a nova questão social surgiu no final dos anos de 1970, com a crise do Estado Providência. Então, se inicia o período no qual uma nova fase marca a mudança da natureza da questão social, dada “a inadaptação dos antigos métodos de gestão do social” em virtude das disfunções da sociedade industrial emergente (ROSANVALLON, 1998, p. 23).

Iamamoto (2001) entende que a questão social se revela nas desigualdades econômicas, políticas e culturais das classes sociais, mediatizadas por disparidades de amplos segmentos. E foi a partir das lutas sociais que se alcançou a ruptura do domínio privado das relações entre capital e trabalho. Dessa forma, a questão social ultrapassou as barreiras do âmbito privado, transpondo-se para a esfera pública, resultando na obrigatoriedade da interferência do Estado para o reconhecimento e a legitimação de direitos e deveres dos sujeitos sociais envolvidos.

Ressalta, também, que a questão social não se constitui num fenômeno recente, que contrariamente, como parte da crise dos chamados trinta anos gloriosos da expansão do capitalismo, trata-se de uma “velha questão social” instituída na própria natureza das relações sociais capitalistas. Contudo, contemporaneamente, reproduz-se sob novos formatos, novas mediações históricas e, concomitantemente, traduz-se em novas expressões que se manifestam nas diferentes dimensões da vida em sociedade.

Cerqueira Filho (1982), assinala que a questão social concebida na conjuntura originária da industrialização capitalista surge no âmbito da sociedade capitalista industrial, na década de 1930, em face de um processo de transformação do modo de produção capitalista, e não como uma expressão pertinente a uma variedade distinta de sociedade. Sobre essa configuração, o autor ressalta que “aparece a ‘questão social’ como expressão concreta das contradições entre capital e trabalho no interior do processo de industrialização capitalista” (CERQUEIRA FILHO, 1982, p. 58).

O conteúdo referenciado possibilita também que se promovam reflexões sobre as formas de intervenção do Estado nas expressões da questão social como exercício de sua função protetiva junto aos segmentos mais pobres. Pois, por muito tempo a questão social foi tratada como caso de polícia, pelos aparelhos repressivos do Estado, contudo, continua sendo tratada com repressão e polícia, no momento em que as classes pauperizadas lutam, reivindicam e se revoltam contra as precárias condições de vida. Conforme registra esse autor:

Nos momentos conjunturais de aguçamento da crise de hegemonia no Brasil, a “questão social” se define como uma questão que deve ser resolvida na base dos aparelhos repressivos do Estado. Isso define a “questão social” como uma questão

de polícia”, que sem deixar de ser política, passa a ser política, passa a ser resolvida com predomínio de uma de suas dimensões, a repressão efetiva, prática. É nesse momento crítico que o agir das classes dirigentes revela concretamente seus limites (CERQUEIRA FILHO, 1982, p. 28).

Ao afirmar que a “questão social” era tratada como caso de polícia através da repressão, Cerqueira Filho (1982) procura mostrar que em outro contexto a questão social passa a ser reconhecida pelos diversos setores da sociedade. Mas somente quando a classe dominante reconhece que a “questão social” tem relação com a questão política é que se visualizam as formas de enfrentá-la e de combatê-la.

Nesse sentido, a questão social se apresenta de forma indissociável da sociedade de classes e de seus antagonismos. No entanto, envolve também lutas políticas e culturais contrapostas às desigualdades socialmente produzidas, e sua origem se encontra no caráter coletivo da produção e da apropriação privada do trabalho, de seus frutos e das condições necessárias à sua realização (IAMAMOTTO, 2013).

A autora menciona ainda que não há como dar respostas à questão social, sem entender suas raízes. Portanto, não há como compreender a sociedade contemporânea sem a devida compreensão de como ela vem se estruturando e como vem ocorrendo seu processo de manutenção, afirmação, consolidação e legitimação.

A reestruturação produtiva, a globalização e o neoliberalismo constituem mecanismos de reinvenção/renovação do capitalismo, em face da crise instalada. Sendo importante assinalar que a raiz da questão social está nesses mecanismos de restauração do sistema adotados pela sociedade capitalista. Inclusive, sobre essa compreensão, Iamamoto (2007) aponta a existência de um conflito entre produção e concentração de riqueza no âmbito financeiro, pelo qual o capital internacionalizado produz essa concentração, em um polo social e, a reprodução da pobreza/miséria em outro, potenciando de forma exponencial a acumulação capitalista, base de sustentação da questão social.

Diante do exposto, observa-se que as políticas públicas são as respostas apresentadas às demandas da questão social, a partir do Estado. Contudo, essas respostas se concretizam por meio das ações de um Estado mínimo, pelas influências de uma política neoliberal para atender às máximas carências da população pobre. Não obstante, no caso do Brasil, a Constituição Federal de 1988 ter assegurado os direitos sociais e universais não somente aos grupos sociais mais pobres.

E, por fim, a política pública avança como principal mecanismo do Estado na materialização de direitos assegurados, na medida em que esta esfera estatal assume a

responsabilidade pela promoção e proteção do conjunto de direitos provenientes de intensas e complexas lutas e mediações.

### 3.1 O processo de urbanização e saneamento na atualidade e seus reflexos na saúde

Compreende-se por urbanização o aumento proporcional da população urbana em relação à população rural. No entanto, considera-se como ocorrência do processo de urbanização o crescimento da população urbana superior ao crescimento da população rural.

Esse fenômeno se tornou realidade, no Brasil, somente a partir da segunda metade do século 20, período a partir do qual mais de 50% da população passou a morar nas cidades. A urbanização se acelerou na década de 1950, quando se intensificou o processo de industrialização no país, mais precisamente em 1956, com o advento da política desenvolvimentista de Juscelino Kubitschek (MIRANDA, 2006).

De acordo com a síntese histórica apresentada, os processos de industrialização e de urbanização se encontram intimamente relacionados, uma vez que as estruturas das fábricas eram instaladas nos espaços em que houvesse ampla oferta de mão de obra e mercado consumidor. Sendo assim, a oferta de mão de obra proporcionada pelas indústrias foi uma das maiores causas do êxodo rural.

Na medida em que o setor agrícola foi perdendo seu atrativo de rentabilidade, ainda no período referente à Primeira e à Segunda Guerra Mundial, cujas dificuldades com a área de importação se acentuaram, o setor industrial foi ganhando espaço e, assim, as cidades do Rio de Janeiro e de São Paulo foram sendo rapidamente povoadas, uma vez que as indústrias têxteis e alimentícias se difundiram nesses locais. E assim se iniciou o êxodo rural, por meio da vinda de milhares de pessoas que partiam do campo para as cidades em busca de oportunidades de trabalho que surgiam nas indústrias, na construção civil, no comércio e nos serviços (MIRANDA, 2006).

O Brasil se aproxima de países da antiga urbanização da Europa e da América do Norte, em termos de níveis de participação populacional urbana. Na década de 40 os moradores das cidades representavam 12,9 milhões de habitantes, algo em torno de 30% da população do país, e na década de 1970, mais da metade dos brasileiros, ou seja, o equivalente a 55,9%, já haviam se instalado nas cidades. Aponta também que a população urbana do país, em 2000, já era a grande maioria, representada por 81,2% (IDEM).

Segundo Vasconcelos (2006), o Brasil hoje possui 80% de seu contingente populacional do tipo urbano, e as estimativas são de que até 2050 esse percentual chegue a

90%, o que resultará numa população em torno de 200 milhões de habitantes residindo nas grandes cidades e capitais. Isso trará uma concentração demográfica muito grande nos grandes centros, em decorrência do crescimento urbano em todas as grandes cidades, sobretudo aquelas que estão localizadas nas principais regiões do país. No entanto, sinaliza para os problemas que esse fenômeno pode acarretar: poluição dos recursos hídricos e do ar, desmatamento, déficit de moradias, congestionamento de veículos, surgimento ou aumento do índice de pessoas em situação de rua, violência, enchentes e desmoronamentos.

Portanto, observa-se que o Brasil vem sofrendo um processo de urbanização de forma desigual, cujas consequências têm rebatimento na vida dos cidadãos, uma vez que esse processo fortalece a exclusão social, em decorrência dos problemas acima expostos.

O fomento ao debate acerca do processo de urbanização no país foi uma das iniciativas do Ministério das Cidades. Embora tenha sido aprovado o Estatuto da Cidade, em 2001, através da lei de regulamentação da política urbana, que atribui aos municípios a obrigação quanto ao cumprimento de sua função social e a garantia da qualidade de vida de seus moradores de forma sustentável. Essa normativa, não obstante sua não aplicação, representa uma oportunidade de mudança de cunho evolutivo para o país. Cite-se que o Estatuto da Cidade prevê a garantia do direito à terra urbana, à moradia, ao saneamento ambiental, à infraestrutura urbana, ao transporte e aos serviços públicos, ao trabalho e ao lazer.

As pesquisas do IPEA referentes ao ano de 2007 tratam sobre estudos que envolvem a qualidade de vida nas grandes aglomerações urbanas e sua relação com o aumento populacional e territorial das cidades. Segundo esse instituto, a qualidade de vida das pessoas tem se deteriorado, a julgar pelos baixos índices apresentados, que têm sido mensurados por meio da infraestrutura urbana em geral, da rede de serviços de saúde e de educação, os gastos da gestão pública local com bens públicos, o acesso à coleta de lixo e à água encanada, a expectativa de vida e a mortalidade infantil.

Apresenta, ainda, que os gastos com as áreas de saúde e educação são proporcionais à renda per capita de cada cidade, assim como os melhores indicadores de qualidade de vida e de saúde são aqueles das cidades com melhor renda, e os da região sul.

Nessa perspectiva, o IPEA registra a opinião do estudioso Milton Santos, ao mencionar os seguintes aspectos quanto ao processo de urbanização, que se revela a partir da ascensão do subdesenvolvimento:

[...] As grandes cidades brasileiras, com suas conhecidas tragédias urbanas, refletem, assim, muito mais do que problemas locais. Elas são expressão do subdesenvolvimento. Tentar melhorar a qualidade de vida de seus habitantes é tarefa urgente, mas o desafio não é pequeno, já que os problemas urbanos se confundem

com os dilemas do país. É necessário, portanto, que o Brasil desenvolva uma política institucional para as regiões metropolitanas. Ações compensatórias pontuais como a experiência têm mostrado, são insuficientes para reverter a realidade de uma urbanização perversa, em que a marginalização de crescentes segmentos populacionais é apenas uma das pontas de um imenso iceberg de problemas (SANTOS, 2015, p. 6).

O relatório ONU-Habitat, apresentado pela Organização das Nações Unidas, não obstante o crescimento econômico que fez o Brasil passar à frente do Reino Unido e elevar o seu PIB ao sexto maior do planeta, o país ocupa o quarto lugar no ranking dos mais desiguais da América Latina e do Caribe, ganhando apenas da Guatemala, de Honduras e da Colômbia<sup>6</sup>. Isso significa que embora o país tenha se destacado economicamente, segundo esse mesmo estudo, o crescimento não resultou num desenvolvimento qualitativo no âmbito de suas regiões urbanas, por exemplo. Visto que a realidade das grandes cidades e capitais apresenta grandes problemas que perpassam as situações caóticas de infraestrutura, moradia, transporte, poluição, dentre outros.

A pesquisa mostra ainda que apesar da redução do número de pobres e indigentes na América Latina, como Argentina, Chile, Uruguai e Brasil, cujos índices expressam redução pela metade, de 41% em 1990, para 22% em 2009, há muitas providências a serem tomadas para a alteração do panorama referente à problemática urbana. Caso as providências não sejam tomadas, a ONU prevê que no ano de 2050 um contingente de 3,5 bilhões de pessoas estará ocupando as favelas dos diversos espaços urbanos.

O relatório ONU-Habitat apresenta a realidade brasileira por meio de alguns indicadores, dentre os quais: saneamento – apenas 85% da população urbana conta com esse serviço; água – grandes problemas de fornecimento de água nas vilas e favelas, apesar da quase totalidade do território urbano ser coberto por rede de água encanada; favelas – o Brasil é o 14º da América Latina com pessoas vivendo em favelas com infraestrutura mais precária; poluição – segundo maior poluidor da América Latina, responsável pela emissão de 23% de gases produtores do efeito estufa; transportes – cita São Paulo como a cidade brasileira que mais acumula problemas de trânsito; e violência e feminicídio – taxa de homicídios mais elevada do mundo, e a 11ª da América Latina entre mulheres<sup>7</sup>.

O referido documento faz alusão a uma realidade do Brasil que é considerada a experiência mais exitosa da América Latina. Trata-se da Lei de Responsabilidade Fiscal, que compreende o processo de regulamentação da administração pública das cidades, promulgada

---

<sup>6</sup> Disponível em: <http://g1.globo.com/brasil/noticia/2012/08/brasil-avanca-mas-e-quarto-pais-mais-desigual-da-america-latina-diz-onu.html>. Acesso em: 08 jul. 2015.

<sup>7</sup> Disponível em: <http://g1.globo.com/brasil/noticia/2012/08/brasil-avanca-mas-e-quarto-pais-mais-desigual-da-america-latina-diz-onu.html>. Acesso em: 08 jul. 2015.

no ano 2000, e que tem como objetivo controlar a capacidade de endividamento e equilibrar as contas públicas, além de proibir a acumulação de déficits de um período e de um governo para outro.

O crescimento urbano dos estados brasileiros, em decorrência do modelo de desenvolvimento do país, tem apresentado rebatimento não somente na concentração populacional e na renda, mas também no agravamento dos problemas ambientais e de saneamento. Dessa forma, os debates que envolvem o meio ambiente e o desenvolvimento sustentável também têm contribuído com a redefinição da economia, da política e da sociedade, e têm imprimido uma noção progressista no imaginário da sociedade brasileira.

Uma das principais prioridades, tanto para o país quanto para o mundo, tem sido o alcance de estratégias que venham a dar respostas aos problemas ambientais da atualidade, de tal forma que os organismos financeiros internacionais, como o Banco Mundial, por exemplo, orientam que a atenção com o meio ambiente é fundamental para a implementação de seus programas.

Atualmente, o tratamento dos problemas ambientais se tornou alvo dos municípios, que passam a ser *locus* privilegiados de discussão e busca de soluções dos problemas ambientais que afetam a qualidade de vida dos cidadãos. O presente pressuposto trata da necessidade de adequação ao compromisso assumido por 170 países, dentre os quais o Brasil, que trata do desenvolvimento sustentável do planeta, consubstanciado na Agenda 21 Global (Teresina Agenda 2015).

De acordo com a Lei do Saneamento, ficou determinado que todos os municípios devem apresentar seus respectivos Planos Municipais de Saneamento Básico, como condição para o repasse de recursos federais e, dessa forma, abrindo espaço para promover a efetivação da participação popular, em face da democratização da questão ambiental (BRASIL, 2007).

A partir das premissas expostas, infere-se que o saneamento básico consiste num conjunto de procedimentos adotados, de acordo com a demanda da região, com o objetivo de proporcionar um ambiente saudável a seus habitantes, sob o ponto de vista das noções de higiene. E para a garantia das ações de saneamento, devem ser adotadas medidas que abrangem o tratamento de água; a canalização e o tratamento de esgotos; a limpeza e a higienização de ruas e acervos públicos, e a coleta e tratamento de resíduos orgânicos e materiais.

De acordo com Souza (2007), a pequena relevância que vinha sendo atribuída ao processo de saneamento no Brasil, constituiu-se num fator preocupante, dada a relação existente entre saneamento/saúde/ambiente, visto que, segundo dados da Pesquisa Nacional



por Amostra de Domicílios (IBGE, 2004), havia incompatibilidade entre os sistemas de abastecimento e de recolhimento de esgoto sanitário e de resíduos sólidos.

Os investimentos realizados pelo Ministério das Cidades, referentes a 2.314 obras de saneamento no período de 2003 a 2006, que resultam numa cifra de R\$ 850 milhões; e de mais 2.418 outras obras que se encontram em andamento, e que envolvem um valor de R\$ 11,4 bilhões, apoiados ou financiados com recursos federais, cujos dados não são suficientes para revelar sua efetividade, não há como identificar se são capazes ou não de dar conta da realidade, em face da demanda por investimentos nesta área (SOUZA, 2007).

Para essa autora, entre as vertentes de defesa das concepções de saneamento existentes, uma delas está associada aos pressupostos de prevenção de doenças, nos quais se defende que é responsabilidade do saneamento promover a higienização do ambiente e a respectiva prevenção de doenças. E a outra concepção se relaciona à promoção da saúde, através da qual o saneamento deve implementar ações de melhoria da qualidade ambiental e de erradicação das doenças.

A importância do saneamento no contexto da saúde é um fato legitimado em diversos documentos que tratam dessa temática. Desde os que remontam às normativas da OMS, Carta de Ottawa, passando pela Declaração de Sundswal, até o alcance da tônica atual, na qual a CF de 88, a lei 8.080, e a Política de Saneamento fazem parte, no enfoque da promoção e da prevenção das condições de saúde.

Dessa forma, o conceito de promoção da saúde, conforme proposto nos citados documentos, revela-se num importante fator de orientação para as ações de saúde. Ao mesmo tempo em que se percebem nas condições ambientais importantes fatores determinantes da saúde (GUIMARÃES; CARVALHO; SILVA, 2007).

De acordo com esses estudiosos, o saneamento, na condição de instrumento de promoção da saúde, pressupõe a superação dos mecanismos políticos, materiais e de gestão que obstaculizam a implementação das ações, principalmente nos espaços municipais, rurais, e demais localidades de pequeno porte. Mais de um bilhão de habitantes do planeta não dispõe de acesso à habitação e serviços básicos, apesar de se constituir num direito básico, e que o quadro epidemiológico do Brasil tem sido agravado em decorrência de doenças resultantes da falta de saneamento ou por sua inadequação (IDEM).

Registram que grande parte dos problemas sanitários da população, em nível mundial, tem suas causas relacionadas ao meio ambiente. A exemplo disso, citam os mais de 4 milhões de casos de diarreia ocorridos por ano, que se constitui numa grande ameaça à humanidade,

destacando-se entre as doenças responsáveis por 30% das mortes entre crianças menores de um ano de idade (IDEM).

Para que se tenha uma noção do impacto que as doenças relacionadas a um precário ambiente doméstico podem causar, apresentam o seguinte quadro:

**Quadro 1 - Doenças ligadas à precariedade do ambiente doméstico**

<b>PRINCIPAIS DOENÇAS LIGADAS À PRECARIIDADE DO AMBIENTE DOMÉSTICO</b>	<b>PROBLEMA AMBIENTAL</b>
Tuberculose	Superlotação
Diarreia	Falta de saneamento, de abastecimento d'água, de higiene etc.
Doenças tropicais	Falta de saneamento, má disposição do lixo, foco de vetores de doenças na redondeza
Verminoses	Falta de saneamento, de abastecimento d'água, de higiene etc
Infecções respiratórias	Poluição do ar em recinto fechado, superlotado
Doenças respiratórias crônicas	Poluição do ar em recinto fechado
Câncer do aparelho respiratório	Poluição do ar em recinto fechado

**Fonte:** Guimarães; Carvalho; Silva (2007, p. 8-9).

Observa-se, a partir do que foi teorizado, que o crescimento urbano nem sempre é sinônimo de desenvolvimento urbano. Principalmente nos países da América Latina, em que as taxas de crescimento não são acompanhadas pelo respectivo crescimento em infraestrutura, de moradia adequada e com as respectivas condições dignas de vida.

Infere-se que o crescimento urbano da maioria dos municípios do país tem resultado no crescimento inversamente proporcional das demandas por serviços de saneamento, tais quais: tratamento de esgotos, abastecimento de água, tratamento de resíduos sólidos etc (SOUZA, 2008).

Os importantes elementos que fazem parte do processo de urbanização têm se configurado num dos principais reflexos das desigualdades, posto que a população mais pobre, que compreende o lado mais fragilizado do sistema, constitui-se na parcela mais afetada pela falta de acesso ao esgotamento sanitário, a infraestruturas e aos mecanismos de

abastecimento de água, a limpeza urbana, ao manejo de resíduos sólidos e a drenagem das águas pluviais urbanas (MOROSINI, 2015).

A universalização do esgotamento sanitário, que é tema de grande relevância para a sociedade, tem ficado à margem das discussões, em detrimento da problemática da falta de água numa das principais regiões do país, o sudeste, não obstante ambas (águas e esgotos) serem elementos capazes de repercutir diretamente na saúde da população. Assim, os aspectos que envolvem o saneamento básico têm sido colocados à margem das últimas discussões (MOROSINI, 2015).

Os dados apresentados pela ONU, segundo essa autora, revelam que 2,5 bilhões de pessoas do mundo não contam com instalações sanitárias adequadas. Sendo que 70% se referem a pessoas que residem em áreas rurais. A pesquisa acrescenta que um bilhão de pessoas do planeta também não possui banheiros em suas moradias, e que por isso, fazem suas necessidades fisiológicas a céu aberto (IDEM).

Sobre esses fatos, Morosini (2015) registra que o relator especial da ONU para o direito humano à água segura e ao esgotamento sanitário, Léo Heller, pesquisador do Centro de Pesquisas René Rachou, da Fiocruz de Minas Gerais, disse em entrevista à Radis, que essa dicotomia deve ser tratada sob o olhar do direito humano, e acrescenta que “o saneamento deve espelhar o ponto de vista do usuário, e não do prestador de serviços” (MOROSINI, 2015, p. 16).

Segundo Heller, o direito humano ao esgotamento sanitário garante, indiscriminadamente, a todos os cidadãos, soluções físicas e economicamente acessíveis, em todos os níveis de vida, de modo seguro e aceitável, sob os parâmetros higiênicos, sociais e culturais, e que promovam dignidade e privacidade. Menciona, ainda, nesse contexto, que água e esgoto são categorias indissociáveis e interdependentes, uma vez que fazem parte do rol dos direitos humanos e, como tal, devem ser tratados e discutidos de forma conjunta.

Nessa perspectiva, Léo Heller (*apud* MOROSINI, 2015) aponta que o direito humano do qual trata a presente temática, converge com o conteúdo do art. 25 da Declaração Universal dos Direitos Humanos, de 1948, a qual versa que “todo ser humano tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar, para si mesmo e para sua família, saúde e bem-estar.”

Cita-se, também, o Pacto Internacional sobre os Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, de 1996, em defesa de um nível de vida suficiente para os cidadãos e suas famílias. Mas, apresenta conteúdos mais recentes, tais como a Resolução A/64/292, da ONU, publicada em julho de 2010, que estabelece o direito à água e ao esgotamento sanitário; a manifestação do Comitê dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais das Nações Unidas de 2002

(comentário número 15) e, ainda mais atualizadas, as Resoluções da Assembleia Geral e do Conselho de Direitos Humanos da ONU, de 2010, que aprovou o direito à água limpa e segura e ao esgotamento sanitário adequado como um direito humano essencial para o gozo da vida e de outros direitos (MOROSINI, 2015).

Não obstante o arcabouço teórico e jurídico-legal existente, o saneamento não vem recebendo a atenção necessária, conforme aponta a técnica do IBGE Denise Kronemberger, pois apesar de prevista pelos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), de fazer parte do elenco de metas definidas pela ONU desde o ano 2000, e de integrar também a agenda de desenvolvimento pós-2015, através dos objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), que substituirão os objetivos de desenvolvimento do Milênio (ODM), a partir do mês de setembro/15, a temática continua em baixa por parte das autoridades políticas (MOROSINI, 2015).

O Brasil é considerado um dos maiores exemplos dessa realidade, na qual milhões de pessoas vivem em ambientes insalubres, em condições de vulnerabilidade e riscos que repercutem no comprometimento da saúde dessas pessoas, que não têm, portanto, acesso ao citado direito fundamental. Paralelamente, Morosini (2015) ressalta que a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) divulgada pelo IBGE em 2013, apresenta apenas um irrisório crescimento no percentual de famílias com acesso à rede coletora de esgotos, na qual a variação percentual passa de 63,3% em 2012, para 64,3% em 2013, referente a 41,9 milhões de unidades, que resultou numa alteração de apenas 1% da realidade.

Ainda acerca dessa pesquisa da PNAD, apurou-se que 1,6 milhão de domicílios do país, totalizando 2,4%, é desprovido de qualquer tipo de esgotamento sanitário, sendo que desse número, 1,1 milhão se encontra localizado na região Nordeste; 12,7% dos moradores que acessam a rede de esgoto fazem uso de fossa séptica; 18,6% usam a fossa rudimentar, e os demais 2,8% fazem uso de outro tipo de esgotamento artesanal.

Há ainda que se registrar outro dado também preocupante, apresentado pelo Sistema Nacional de informações sobre Saneamento (SNIS), o qual indica que apenas 39% da rede de esgoto existente no país recebe tratamento. Não obstante se encontrar em vigor a lei nº 11.445, integrante do arcabouço legal que versa sobre o saneamento básico e que prevê as diretrizes básicas para essa área.

Nesse sentido, sinaliza-se para a importância das ações emergenciais implementadas nessa realidade. Contudo, da forma como os problemas têm se instalado cotidianamente, é imprescindível que medidas de políticas públicas, de caráter efetivo e planejado para cada realidade, sejam implementadas e, paralelamente, acompanhadas por ações de avaliação e

monitoramento, para que se alcance o desafio de promover as mudanças necessárias de combate à desigualdade.

Inferese que o investimento em saneamento, aliado a um formato planejado de desenvolvimento urbano, voltado para a qualidade de vida, constituem-se numa das principais alternativas para se reverter o quadro real instalado das condições de saúde da população brasileira e mundial.

### 3.2 As condições de saúde no Brasil

As condições de saúde apresentadas pela população brasileira se desenvolvem a partir da influência dos determinantes sociais da saúde, que têm como principais elementos os determinantes estruturais e as condições de vida das pessoas.

De acordo com o panorama demográfico do país, em agosto de 2010, a população brasileira atingiu o quantitativo de 190.732.694 habitantes, o que revela uma taxa média geométrica de crescimento anual referente a 1,17%, no período compreendido entre 2000 e 2010, o que expressou uma das mais baixas taxas já observadas. Observou-se, também, no transcurso dos últimos 30 anos, uma queda contínua na taxa de fecundidade ao longo do país, demonstrando com isso a ocorrência de redução absoluta do número de nascimentos (BRASIL, 2011).

A estrutura demográfica brasileira tem como principais agentes de mudanças os padrões de natalidade e de fecundidade contemporâneos. Esse declínio demonstra o porquê da taxa de crescimento demográfico ter atingido, atualmente, um padrão inferior a 1,2% ao ano, de acordo com os resultados do censo de 2010, isso comparado às de 2000.

O Brasil apresentava, até os anos 1960, elevados níveis de fecundidade total, razão pela qual as estruturas etárias do país tinham características compatíveis com esta informação, ou seja, apresentavam grande número de jovens e baixas proporções de pessoas idosas. Ainda nessa década, a taxa de fecundidade total chegava a ultrapassar o total de seis filhos por mulher; já em 1970, esse número foi reduzido para 5,8 filhos, sendo que na região sudeste houve uma queda ainda mais acentuada.

No início da década de 70, nas regiões Sul e Sudeste, inicia-se uma nova realidade referente às baixas taxas de fecundidade, devido à forte influência das políticas públicas, com a introdução do uso de métodos contraceptivos. Esse fenômeno também acontece nas regiões Norte e Nordeste. Apenas no início dos anos de 1980, cujo ritmo de queda das taxas de

fecundidade permanece, é que se percebe a diferença, de modo que nos anos 2000 e 2009 se atingiram os patamares de 2,4 e 1,9 filhos, respectivamente, para cada mulher.

Comparando-se o exposto com a experiência dos países desenvolvidos, a situação acima revela uma expressiva redução dos índices de fecundidade do país, em relação ao espaço de tempo, que foi de mais ou menos trinta anos, enquanto que na situação daqueles países, a duração foi superior a um século, para o alcance desse mesmo patamar de redução (BRASIL, 2011)<sup>8</sup>.

A partir dos anos de 1980, o censo apresenta uma pirâmide diferenciada pelo estreitamento de sua base, que revela a redução do número de crianças e adolescentes menores de 15 anos de idade no total da população. Segundo estimativas do IBGE, houve aumento da faixa etária de 60 anos ou mais, na qual se registra duplicação em termos absolutos, no período de 2000 a 2020, passando de 13,9 para 28,3 milhões. As projeções para 2030 são de que o número de idosos deverá ser superior ao de crianças e adolescentes, em cerca de quatro milhões, diferença que aumentará para 35,8 milhões em 2050. Nesse sentido, projeta-se um número de 64 milhões de idosos para 2050.

Outra significativa mudança acerca do panorama demográfico foi relativa ao aumento contínuo da expectativa de vida, que de 1980 a 2000, chegou a 11%; em 2008, a expectativa de vida atingiu os 73 anos, com importantes diferenças regionais e por sexo. Contudo, o Nordeste é a região que possui a menor expectativa de vida. Um nordestino, por exemplo, vive em média 4,9 anos a menos que uma pessoa que vive na região Sul; 4,3 anos a menos que uma da região Sudeste; e 1,7 a menos que um cidadão da região Norte.

A situação exposta se configura no resultado da rápida transição demográfica observada no país, que culminou em expressivos impactos na saúde da população, e teve repercussão, também, no Sistema Único de Saúde – SUS, devido ao aumento da carga das doenças crônicas não transmissíveis, mais frequentes a partir do aumento da idade média da população.

Na perspectiva da saúde, o país apresenta um quadro sanitário comprometedor, desde as décadas de 80 e 90, as quais apresentaram altas incidências de doenças como malária, doença de chagas, esquistossomose, hanseníase, poliomielite, difteria e leishmaniose, dentre as quais uma delas chegou a apresentar um aumento de cerca de 300%; além das epidemias de meningite, na década de 70, e dos 500 mil casos de dengue, somente no Rio de Janeiro, nos anos 80. Há dados igualmente preocupantes no tocante à mortalidade infantil, à probabilidade

---

<sup>8</sup> As informações contidas na página anterior foram obtidas em Brasil (2011).

de vida ao nascer, e ao aumento da mortalidade por doenças relacionadas à pobreza (COHN; ELIAS, 2001).

De acordo com as diretrizes do Plano Nacional de Saúde, referentes ao período entre 2012 a 2015, que apresentam um resumo das condições de saúde da população brasileira, o perfil de morbidade dessa população é caracterizado pela crescente prevalência e incidência das doenças crônicas não transmissíveis, pela persistência de doenças transmissíveis que já poderiam ter sido eliminadas, coexistindo com as transmissíveis, classificadas como emergentes e reemergentes, bem como pela alta carga de acidentes e violências.

O quadro abaixo reúne dados e informações sobre doenças e agravos que configuram as condições epidemiológicas do Brasil.

**Quadro 2 - O perfil de morbidade da população brasileira**

<b>Doença</b>	<b>Nº de casos/ano</b>	<b>Taxa de Incidência</b>	<b>Regiões/Estados mais afetados</b>	<b>Observações</b>
Tuberculose	73.657/2009	38,4/100mil habitantes	Os estados do Rio de Janeiro, Amazonas, Pará, Pernambuco e Rio Grande do Sul apresentam as maiores incidências.	O percentual de cura dos novos casos, nos últimos anos, está em torno de 73%, não atingindo ainda o recomendado pela OMS, que é de 85%.
Hanseníase	37.610/2009	19,64 casos/100 mil habitantes	Estados com menor incidência: Minas Gerais, Rio de Janeiro, São Paulo, Alagoas e Rio Grande do Norte. Estados com maior incidência: Mato Grosso, Maranhão e Tocantins.	
Hepatites virais			Tipos A e B nas regiões Norte e Centro-Oeste, e tipo C na Sudeste, com 69,3%	
Dengue	2010	522,1 /100 mil habitantes	Tornou-se endêmica em todos os estados e regiões.	Nos últimos anos, ocorrência de hiperendemicidade da dengue e a circulação simultânea de três sorotipos em todo o território, resultando no aumento da gravidade dos casos.
Malária	32.824	13,5/1.000	Predominante na região	

	/2010	habitantes	da Amazônia	
Doença de Chagas	2000 a 2010	1.036 casos isolados e surtos de Doença de Chagas Aguda (DCA)	Surto da DCA em 91 municípios: cinco desses (5,5%) na região Sudeste, 15 (16,5%) na Nordeste, e os demais 71 (78%) na Norte. Estados com maior prevalência: Rio Grande do Sul (8,8%), Minas Gerais (8,8%), Goiás (7,4%), Sergipe (5,9%) e Bahia (5,4%).	As más condições físicas dos domicílios ao longo do país favorecem a presença do vetor da doença. Destacando-se a transmissão alimentar, que consiste na contaminação por meio de alimentos, em especial frutas, e preparados a partir desses nutrientes.
Febre amarela silvestre (FAS)	324/2000-2010		Prevalência na região amazônica	No ano 2009 houve 47 casos, com letalidade de 36,2%, (doença de potencial risco)
Raiva humana *transmitida por cães **transmitida por morcegos	*média de cinco casos/ano e **oito por ano na última década		Maior incidência na região Amazônica.	
Hantavirose	1.200 Entre 1993 e 2009		Centro-Oeste: maior nº de casos (32,1%), seguida pela Sul (28,7%) e Sudeste (27,7%). A letalidade apresentada nos últimos cinco anos foi de 37,6%.	O desmatamento desordenado, a expansão das cidades para áreas rurais, as grandes áreas de plantio, entre outros, são fatores que favorecem a interação entre homens e roedores silvestres, favorecendo a infestação.
Leishmanioses	Em 2009, registrados 3.693 casos de leishmaniose visceral (LV), e em 2000/2009, 60.573 casos de leishmaniose tegumentar americana – LTA		Regiões Norte, Sudeste, Centro-Oeste e Sul. É predominante no Norte e no Nordeste. Estados com maiores índices: AC, PA, MA, MT, RO, TO e AM.	De grande magnitude e transcendência, em franca expansão geográfica nos últimos anos.
Leptospirose	146.803/2000-2010 (Desses	1,8/100 mil habitantes	Sudeste e Sul, Nordeste e Centro-Oeste, com	Zoonose de grande importância devido à



	37.824 foram confirmados).		maior número de casos nas regiões sul e sudeste. Letalidade em torno de 10%.	alta incidência de casos, alto custo do tratamento e alta letalidade dos casos graves. Torna-se epidêmica quando associada a chuvas e enchentes em regiões urbanas de baixa renda, precárias condições de infraestrutura sanitária e altas infestações de roedores.
Esquistossomose			Faixa litorânea do Nordeste – Rio Grande do Norte, Paraíba, Pernambuco, Alagoas, Sergipe e Bahia, e Sudeste – Minas Gerais e Espírito Santo.	
Oncocercose			Noroeste de Roraima e extremo norte central do Amazonas.	Doença parasitária que pode levar à cegueira.
Filariose linfática		0,03/100 mil habitantes	Único foco de transmissão ativo: região metropolitana do Recife	Faz parte do rol de doenças relacionadas à pobreza.
Tracoma	2011/2012	3,0/79.280 em idade escolar com baixo IDH	Erradicada do país em 1970. Ressurge no Estado de Pernambuco.	Causador de cegueira, persiste no país de maneira focalizada, em municípios com piores condições sociais.
Meningite meningocócica	3.000 casos nos últimos anos		Todo o país.	Registros mais recentes em comunidades com precárias condições de vida, e em instituições educacionais, entre adolescentes e adultos jovens.
Febre tifoide	869 casos em 2003		Predomínio nas regiões norte nordeste.	Proveniente de precárias condições de infraestrutura sanitária.
Peste	490 casos de 1983 a 2009	Maioria: BA (61,8%), CE (25,7%) e PB (11%)	Existência de 20 focos naturais – maioria na região Nordeste e alguns nos Estados do Rio de Janeiro e de Minas Gerais.	Atualmente uma ocorrência esporádica, sem impacto para a saúde pública. Agente etiológico: roedores silvestres.

Fonte: Brasil (2011).

O quadro acima apresenta uma noção das doenças cuja prevenção e tratamento demanda atenção do poder público, por meio da ação das políticas públicas, como programas, serviços e ações de prevenção, a partir de vacinas. Trata-se de doenças cuja disseminação está relacionada aos locais, pela inadequação ou ausência de saneamento, e ao formato de vivência, tais quais: as condições de moradia, o espaço geográfico, as peculiaridades do local, o manejo do meio ambiente etc.

Observa-se que o país apresenta um perfil epidemiológico complexo, diante da diversidade de doenças, devido ao surgimento, às mudanças de padrão e à disseminação de novas e velhas doenças infecciosas, que resultaram na construção do conceito de doenças emergentes e reemergentes, que correspondem aquelas cuja incidência vem crescendo nas últimas décadas, ou que representam uma ameaça para o futuro próximo.

Os fenômenos relacionados à emergência e reemergência de doenças infecciosas têm sua gênese ligada a vários fatores, tais quais as profundas e rápidas mudanças advindas de aspectos demográficos, socioeconômicos e ambientais; as mudanças promovidas pela política de saúde; as alterações e mutações que os próprios micro-organismos têm sofrido, bem como a possibilidade de manipulação de agentes infecciosos, vislumbrando o desenvolvimento de mecanismos biológicos de combate (LUNA; SILVA JÚNIOR, 2013).

Apesar da existência de ações específicas, como a imunização e as ações profiláticas de prevenção, e programas de saúde coletiva, implementados com a finalidade de tratar, erradicar e prevenir, ainda persistem doenças com incidência e prevalência elevadas no Brasil.

Luna e Silva Júnior (2013) concebem as doenças e os quadros das diversas síndromes no Brasil, conforme seleção agrupada nestes três grandes grupos: o das doenças com tendência ao declínio em sua incidência; o da prevalência e mortalidade, o das doenças que vem apresentando uma estabilização em seus indicadores de ocorrência e o das doenças emergentes e reemergentes. Ao mesmo tempo, afirma que essa classificação não se estagna nesse formato, pois há situações epidemiológicas em que uma mesma doença pode apresentar comportamentos que a situariam, simultaneamente, no primeiro e no terceiro grupos, como a doença de Chagas, por exemplo, que é transmitida por vetores e por transmissão oral; ou ainda, a tuberculose, que possui uma variação resistente a determinadas drogas.

Na percepção dos citados autores, as doenças infecciosas e parasitárias (DIP) sofreram uma queda expressiva na taxa de mortalidade de 45,7% do total de óbitos nas capitais do país em 1930, para 4,2 % do total de óbitos registrados em 2011, variando de 3,6% na região Sul, até 5,4% na Norte. Assim também, observou-se importante redução no nível de mortalidade por diarreia, por doenças com prevenção possível por vacinação, e por infecções respiratórias

em crianças. A taxa de mortalidade por tuberculose também sofreu uma redução de 3,6 para 2,4 por 100.000 habitantes, ou seja, de 33,3%, de 1990 a 2012. O número de óbitos por malária também declinou de forma importante – de 927 para 58 – sofrendo um decréscimo de 93,7%.

A doença de Chagas, que apresentava cerca de 100.000 casos novos por ano, na década de 1970, teve sua transmissão pelo principal vetor, o triatoma infestans, interrompida em 2006, emergindo, nos anos recentes, como doença de transmissão por alimentos, principalmente na região Norte (Idem).

Com relação às doenças infecciosas, Luna e Silva Júnior (2013) mencionam sobre as mudanças no padrão de óbito dessas doenças. Afirmam que as infecções respiratórias em adulto têm apresentado um comportamento similar ao dos países desenvolvidos, com predominância de pneumonia em adultos e idosos. E que com base na análise dos dados do ano 2004, os resultados revelam que não houve diferença de óbito por doenças infecciosas e parasitárias, ocorrido entre a população em geral, e a usuária de planos privados de saúde. Portanto, as recentes aquisições do programa de vacinação universal de crianças constituem importante fator, que tem influenciado na redução das doenças infecciosas ao longo do país.

Quanto aos níveis de morbidade, Luna e Silva Júnior (2013) argumentam que:

(...) a proporção de internações hospitalares decorrente de doenças infecciosas e parasitárias pelo SUS vem se mantendo relativamente constante nos últimos quinze anos, ficando em torno de 9% das internações hospitalares registradas no Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH-SUS). Os principais responsáveis por essas internações continuam a ser as infecções respiratórias e as gastroenterites (LUNA; SILVA JÚNIOR, 2013, p. 127).

De acordo com análise da série histórica das doenças de notificação compulsória das duas últimas décadas, as doenças campeãs em internação são a dengue, que em suas sucessivas epidemias foi a responsável pela grande maioria das internações registradas, e a malária, que apesar da tendência de redução, ainda persiste de forma elevada na região Amazônica.

No grupo das doenças infecciosas e parasitárias com tendência ao forte declínio em sua ocorrência, ou perspectiva de eliminação, incluem-se aquelas possíveis de serem prevenidas por vacinação, como as diarreias, a doença de Chagas, a esquistossomose, a raiva humana, as hepatites A e B, a filariose linfática, e a oncocercose.

Conforme já mencionado, o país vem apresentando forte tendência à redução de doenças infecciosas, sobretudo no âmbito dessas acima citadas, notadamente a partir da década de 1990, quando houve um aumento na cobertura vacinal, como iniciativa do

Programa Nacional de Imunização, implantado em 1973, cujo marco principal, que resultou na ampliação do seu escopo, foi a instituição dos dias de Vacinação Nacional contra a Poliomielite, em 1980.

A instituição da data oficial da vacina contra a poliomielite culminou na redução de 90% da incidência da doença, no período compreendido entre 1980 e 1981. E em 1989, foram registrados os últimos casos de poliomielite parálitica pelo poliovírus selvagem no Brasil; e em 1993, o país recebeu da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS/OMS), a certificação da interrupção da transmissão dessa doença no país.

Nessa perspectiva, as doenças com forte declínio à redução, compreendidas pela poliomielite, o sarampo, a rubéola, o tétano, a difteria, a coqueluche, a meningite rotavírus, têm realmente apresentado resultado positivo, no que se refere aos níveis de redução por meio das ações de vacinação. Excetuando-se a hepatite B, que embora subsista em menor nível de cobertura, já faz parte do calendário básico de vacinação. No entanto, ainda não atingiu os resultados esperados e orientados pela OMS.

Já as doenças diarreicas, a esquistossomose e a hepatite A, tiveram como importante fator de redução a implementação das redes de abastecimento de águas e o esgotamento sanitário, aliado à diminuição da população rural do país, no caso da esquistossomose, que contribuíram para redução da transmissão e da prevalência de marcadores de infecção pregressa.

As informações destacadas neste item buscaram destacar, de forma resumida, as condições de saúde da população brasileira, no que se refere às doenças, sobretudo aquelas relacionadas à ausência de saneamento e moradia precários, bem como elencar alguns instrumentos de acesso às ações, aos serviços e às estratégias de gestão do SUS, voltados para o atendimento das demandas existentes no âmbito da saúde.

A introdução de novos instrumentos e mecanismos de ação – como as ações de educação em saúde, as inovações no âmbito da imunização, o processo de regionalização, a construção de redes e demais procedimentos, têm contribuído com a melhoria das condições de saúde do país. Entretanto, os processos de gestão do sistema ainda enfrentam desafios, sobretudo os vinculados a recursos, regulação e persistência de iniquidades no acesso a serviços de saúde entre municípios, de tal forma que tornam o sistema fragilizado e fragmentado, repercutindo no resultado final das ações.

Cohn e Elias (2001) enfatizam que a solução para os problemas referentes ao quadro sanitário do país não está na setorização da política de saúde em programas isolados, e, sim, na sua formulação articulada às demais políticas públicas, buscando o alcance da integração.

### 3.3 As condições de saúde no Estado do Piauí e no município de Teresina

Assim como em toda a extensão territorial do país, as condições de saúde apresentadas pela população do Estado do Piauí e do município de Teresina se desenvolvem a partir da influência dos determinantes sociais da saúde, que têm como principais elementos os determinantes estruturais e as condições de vida das pessoas.

A expressiva incidência de morte no Piauí, em decorrência de doenças infecciosas, revela que as ações e serviços de saúde existentes nesse Estado não estão atendendo às necessidades da população, seja por ausência ou por ineficácia de iniciativas que respondam às demandas. A suposta ineficácia pode ser atribuída às medidas e ações precárias, à ausência ou à baixa cobertura das ações preventivas; e/ou à insuficiência da capacidade instalada dos serviços.

No entanto, é sabido que boa parte da população piauiense se encontra subassistida no âmbito da saúde, pois as iniciativas existentes, tais como as unidades e os hospitais, os programas de saúde, os serviços de esgotamento sanitário e de água potável, por exemplo, funcionam de forma precária.

Na realidade, a população piauiense usufrui de serviços de saúde gratuitos garantidos pelo SUS. Contudo, são serviços, em sua maioria, insuficientes; de baixa qualidade e de difícil acesso. Contrariando o texto da Constituição de 1988 e da LOAS, quanto ao conteúdo da universalidade do acesso à saúde e à integralidade das ações. Isso revela que no Estado do Piauí, a concepção de saúde como direito do cidadão e dever do Estado não se efetivou na íntegra. Assim também como não há um cumprimento integral da concepção de saúde e da abrangência do atendimento, sob o olhar dos direitos sociais, que deve ser respeitado na perspectiva das ações preventivas e curativas. Ao invés do predomínio da estratégia curativa no decorrer das ações.

Observa-se que o Piauí, assim como outros Estados da nação, não tem dado conta de atender de forma efetiva suas demandas, no tocante ao enfrentamento às doenças. Trata-se de um dos estados mais pobres da nação, devido ao seu longo histórico de seca, cuja repercussão atingiu todos os segmentos produtivos, que apresenta uma estimativa populacional para 2015 de 3.204.028; sua área da abrangência corresponde a 251.529,186 km<sup>2</sup>; possui 12,73/habitantes por km<sup>2</sup> de densidade demográfica, e é formado por 224 municípios.

Quanto à caracterização econômico-social, tomando-se 2009 como ano de referência, o estado apresentou PIB de 19 bilhões e renda *per capita* de R\$ 6.051. Apresenta Índice de

Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,703 (2005), e tem como principais atividades econômicas a agricultura, a pecuária, o extrativismo (vegetal e mineral) e os serviços.

Quanto à mortalidade Infantil, foi registrada, no ano de 2009, uma taxa de 26,2 por mil, antes de completar o primeiro ano. De acordo com o resultado de uma pesquisa realizada pelo IBGE, divulgada em 04/12/2015, a taxa de mortalidade infantil no Piauí apresenta índices melhores, mas continua muito elevada. Apesar de ter apresentado uma redução nos últimos dez anos, tem comprovado que 20,4 de cada mil nascidos vivos no Piauí morrem antes mesmo de completar um ano de vida. Esses dados levam o estado a ocupar a quinta maior taxa do país, ficando atrás apenas do Amapá, do Maranhão, de Alagoas e do Acre, respectivamente<sup>9</sup>.

Teresina tem o Coeficiente Geral de Mortalidade (CGM) padronizado por idade, geralmente varia entre 6,5 e 10/mil habitantes. De acordo com o citado relatório, valores inferiores a 4mil habitantes indicam grande precariedade na cobertura das informações de mortalidade. Não obstante a existência de um modelo sanitário instituído ao longo do país, pautado na lógica democrática e universal de acesso, a população do Estado do Piauí ainda convive com um quadro sanitário comprometedor, caracterizado pela presença de diversas doenças graves, conforme exposição a seguir, que acometem a população e vêm gerando sérias consequências para a saúde coletiva em geral.

Em 2010, foram notificados, no estado do Piauí, 7.137 casos prováveis de <sup>10</sup>dengue, que levaram a um aumento de 78,2%, se comparado à situação referente a 2009, que teve 4.006 notificações. Já a incidência em 2010 foi considerada baixa, pois atingiram 228,9 casos por 100 mil habitantes. No tocante ao monitoramento da circulação dos vírus, foram analisadas 539 amostras, cujo resultado revelou a seguinte informação: 42 amostras foram positivas para DENV-1, oito para DENV-2 e uma para DENV-3. As internações seguiram a tendência de aumento observada nas notificações de casos.

Quanto aos casos prováveis:

Consideram-se casos prováveis todos os notificados, EXCETO os casos descartados. Ou seja, todos os casos com classificação final: dengue clássico, dengue com complicações, febre hemorrágica da dengue, síndrome do choque da dengue, ignorado/branco e inconclusivos (BRASIL, 2011, p.4).

---

<sup>9</sup> Disponível em: <http://g1.globo.com/pi/piaui/noticia/2015/12/taxa-de-mortalidade-infantil-melhora-no-piaui-mas-ainda-e-5-pior-do-pais.html>. Acesso em: 28 dez. 2015.

<sup>10</sup> A dengue é uma doença febril aguda, oriunda de vírus, que possui evolução benigna na forma clássica, e grave na forma hemorrágica. São conhecidos quatro sorotipos da dengue: DENV-1, DENV-2, DENV-3 e DENV-4 (BRASIL, 2002).

A dengue teve incidência no Estado do Piauí e no município de Teresina, no período de 2000 a 2010, seguindo o padrão observado na região Nordeste e no Brasil, com os ciclos de alta transmissão influenciados pela predominância de diferentes sorotipos no país: DENV-3 no período de 2001 a 2006, e DENV-2 em 2007 a 2009. O ano de 2010 foi marcado por predominância de DENV-1, e foi observada na capital uma incidência de 309,6 casos por 100 mil habitantes.

Analisaram-se casos graves e óbitos acerca dessa enfermidade, por meio dos dados de 2002 em diante, visto que a qualidade dos dados nesse período foi considerada melhor. Quanto ao nível de letalidade, a maior taxa registrada no estado, no ano de 2006, foi de 8,4%. E no ano de 2010, foram registrados 118 casos graves, sete óbitos e letalidade de 5,9%.

Atualmente, os casos de dengue notificados no Piauí são cada vez mais preocupantes, tanto para a população quanto para as autoridades da saúde, pois o estado registrou somente nesse ano de 2015 um total de 5.867 casos da doença. Ressalta-se que somente na capital, o número de notificações já somam 5.895 casos, e desses, 4.362 foram confirmados. Os municípios com maior índice de dengue notificado no Piauí são Teresina, Picos, Parnaíba, São Raimundo Nonato, Oeiras, Alvorada do Gurgueia, Pedro II, Barras, Esperantina e Bom Jesus<sup>11</sup>.

Quanto à tuberculose, no ano de 2010 foram notificados 774 casos novos em todo o Estado do Piauí, que resultou numa taxa de incidência de 24,8/100.000 habitantes. Enquanto que na capital, Teresina, a taxa de incidência entre os casos novos foi de 35,1/100.000 habitantes, superando o número apresentado pelo Estado. Contudo, nos últimos 10 anos, esse indicador vem apresentando tendência de queda, assemelhando-se à taxa de incidência do Brasil.

Acerca da taxa de mortalidade no âmbito dessa doença, em 2009 o Estado apresentou 2,6/100.000 habitantes, e a capital, 2,4/100.000 habitantes. Entre os municípios do estado, Altos e Teresina são considerados prioritários para o Programa Nacional de Controle da Tuberculose.

Ainda no ano de 2010, 58,7% dos casos novos de tuberculose realizaram Tratamento Diretamente Observado (TDO), e para 68,2% desses casos foi disponibilizado o teste antiHIV, que resultou em um percentual de 38,8% dos resultados positivo ou negativo no SINAN, e um percentual de coinfeção referente a 4,4%.

---

<sup>11</sup> Disponível em: <http://g1.globo.com/pi/piaui/noticia/2015/10/piaui>. Acesso em: 28 dez. 2015.

Quanto aos casos chamados de retratamento, nenhum (0%) deles realizou exame de cultura. Mas a meta do Ministério da Saúde para 2015 era de realizar exame de cultura em 80% dos casos de retratamento. Em 2009, foram avaliados os casos encerrados, para os quais foram registrados 63% de cura, contra 3,5% de abandono, entre os casos novos de tuberculose no âmbito do Estado. Não obstante a meta seja de alcançar 85% de cura, e menos de 5% de abandono.

A hanseníase foi uma das doenças que apresentou uma das mais expressivas taxas de redução do seu coeficiente de prevalência no estado do Piauí. Atualmente representado por 3,5 casos/10 mil habitantes. No entanto, o estado necessita intensificar suas ações para eliminação da doença, visto que, de acordo com os parâmetros de prevalência, a doença apresenta um padrão de expressiva resistência.

A partir de uma análise mais apurada da situação, identificou-se a existência de municípios endêmicos e silenciosos, distribuídos ao longo do estado. Entre os 224 municípios do Piauí, foram identificadas as seguintes situações: 30 (13%) não notificaram casos novos em 2010; 62 são considerados hiperendêmicos, dos quais 46 apresentaram menos de 10 casos novos; e 32 municípios, menos de 5 casos novos. Já a capital, Teresina, apresentou 71,2 casos/100 mil habitantes em 2010, padrão de hiperendemicidade.

No entanto, houve queda significativa no coeficiente geral de detecção (CGD) de hanseníase, no qual se notificaram 2,2 casos/100 mil habitantes ao ano, nos últimos 10 anos. Esse mesmo coeficiente, em 2010, foi de 46,5 casos/100 mil habitantes, e para os menores de 15 anos, foi de 12,9 casos/100 mil habitantes, considerado como um padrão de elevada magnitude.

As iniciativas do poder público para o atendimento dessas demandas correspondem à tomada de medidas de vigilância, que se destinam ao aumento da realização do percentual de exame de contatos. Em 2010, essa medida foi considerada regular, com 50,7% de exames realizados. O principal indicador de avaliação da qualidade da atenção é o percentual de cura dos casos diagnosticados, com resultado também considerado regular, de 80,5% em 2010.

No âmbito das Doenças Negligenciadas, compreendidas pela esquistossomose, o tracoma, a oncocercose e a filariose, o relatório do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde apresenta os seguintes resultados: a esquistossomose, no Piauí, é uma doença de transmissão focal, limitada ao município de Picos. A prevalência da doença tem se mantido inferior a 1%, e em 2010, foi registrado apenas um caso positivo. No período de 2005 a 2010, não houve registro de internação por esquistossomose. No entanto, foram registrados dois óbitos em decorrência dessa doença.



Quanto à prevalência de tracoma, o último inquérito nacional realizado com escolares, no ano de 2006, no Piauí, revelou uma taxa de 4,4%, com variações municipais entre zero e 23,0%. Nesse inquérito, foram encontradas prevalências acima de 10%, nos municípios de Porto, São Pedro do Piauí, Guadalupe, Valença do Piauí, Manoel Emídio, Guaribas, Pau D'Arco do Piauí, Santa Luz, Monte Alegre do Piauí, Santa Luz, Sebastião Leal, Baixa Grande do Ribeiro e Santa Filomena. Já no período de 2008 a 2010, foram registrados casos de tracoma, com prevalência acima de 10% no município de Uruçuí.

Portanto, a presença de alta e média prevalência de tracoma em municípios do estado reforça a necessidade de implementação e fortalecimento das ações de vigilância epidemiológica e controle de tracoma, com vista à eliminação da doença, que se revela como uma preocupante causa de cegueira. As iniciativas mencionadas visam ao alcance das metas de prevalência de tracoma ativo menor que 5%, e prevalência da chamada triquíase tracomatosa menor que um por 1.000 habitantes em todos os territórios e comunidades dos municípios desse Estado.

No período entre 1999 e 2010, foi confirmado o total de 3.128 casos de hepatite A no Piauí, sendo que desse total informado, 99 ocorreu nesse último ano. A taxa de incidência da doença, em 2009, foi de 9,2 casos por 100 mil habitantes, superando as taxas da região Nordeste e do país, que apresentaram 7,4 e 5,6 respectivamente.

Já os casos confirmados de hepatite B nesse Estado totalizaram 203 no período de 1999 a 2010. A taxa de detecção de casos, em 2009, foi de 1,3 por 100 mil habitantes. Ainda nesse ano, a região Nordeste registrou uma taxa de 2,8, e o Brasil, de 7,6 casos para cada 100 mil habitantes.

O quadro das doenças passíveis de prevenção por meio de vacinas, que abrange a influenza, a meningite, a paralisia flácida aguda (PFA), o sarampo e a rubéola, apresenta dados preocupantes sobre a ocorrência desses problemas de saúde no Estado.

De acordo com os dados registrados no Sistema de Informação da Vigilância de Influenza (SIVEP\_GRIPE), em 2010, o estado contava com os serviços de duas unidades sentinelas de síndrome gripal para vigilância de vírus respiratórios. Foram coletadas 349 amostras (67,1% do preconizado para todo o ano), 14 amostras foram positivas (4,0%) para os seguintes tipos de vírus: 5 parainfluenza, 5 influenza A, 2 vírus sincicial respiratório e 2 influenza B.

Nos dados registrados no SINAN online, Influenza de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG), notificou-se, entre 2009 e 2010, 345 casos, sendo 88 casos confirmados para influenza pandêmica H1N1.

Com relação à meningite, entre 2005 e 2010 foram confirmados 512 casos da meningite bacteriana. O Ministério da Saúde registrou que nos últimos anos o Estado vem aumentando gradativamente o indicador dessa doença, com isso, alcançou 84% em 2010.

A paralisia flácida aguda (PFA) é um problema de saúde que possui importantes indicadores de avaliação do desempenho operacional da qualidade da vigilância desse problema, que corresponde a: 1) taxa de notificação: meta mínima esperada de um caso por 100.000 habitantes menores de quinze anos residentes; 2) investigação em até 48 horas após a notificação do caso; 3) coleta de uma amostra de fezes, até o 14º dia do início do déficit motor; e 4) notificação negativo-positiva semanal de casos de PFA. Exceto a taxa de notificação para os demais indicadores, a meta mínima esperada é de 80%.

Há a recomendação de empenho da vigilância na manutenção do cumprimento dos indicadores e na qualidade das amostras coletadas. Visto que uma vigilância ativa e sensível possibilita a adoção de estratégias e medidas de controle. E se considerando o fato da proximidade que o Brasil mantém com outros países, por meio das relações econômicas, turísticas e sociais, principalmente os que ainda têm circulação de poliovírus selvagem, pode facilitar a entrada do vírus em nosso país. É importante assinalar que uma vigilância frágil pode colocar em risco todo o esforço para manter a pólio erradicada no Brasil.

Entre 2009 e 2010, no Estado do Piauí, apenas um dos indicadores do sarampo não atingiu a meta de 80% durante o período apresentado, que se refere ao percentual de encerramento de casos em até 30 dias, o que pode indicar falta de agilidade para encerramento dos casos no SINAN e/ou a falta de oportunidade do diagnóstico. Contudo, um bom nível de homogeneidade vacinal, que esteve, nos dois anos, abaixo de 95%. Nesse mesmo período, houve 82 casos suspeitos de sarampo no Estado. No entanto, nenhum deles foi confirmado. Sobre a rubéola, foram notificados 62 casos suspeitos no Estado do Piauí, no período de 2009 a 2010. Contudo, nenhum desses casos foi confirmado.

O quadro das doenças de transmissão hídrica e alimentar é composto por botulismo, doenças diarreicas agudas e doenças transmitidas por alimentos. De 2007 a 2010, foram confirmados três casos de botulismo no Estado do Piauí. De acordo com o MS, a contaminação ocorreu pela forma alimentar, e os casos foram tratados com soro antibotulínico e todos evoluíram para a cura. O critério de confirmação da doença foi o clínico-epidemiológico, e o alimento incriminado foi de produção industrial.

A estimativa de incidência das doenças diarreicas (DDA) nesse Estado variou de 17,6 a 31,5/1.000 habitantes, no período de 2007 a 2010. Foram notificados 312.447 casos dessas doenças. No período referente a 2008, a população obteve a maior estimativa de incidência.

Mas com relação à estimativa por faixa etária, no ano de 2010 o alvo foi a faixa dos menores de 1 ano, e os de 1 a 4 anos foram os mais atingidos, com 237,3/1.000 habitantes, e 124,5/1.000 habitantes, respectivamente.

As zoonoses, doenças transmitidas por animais, são compreendidas pela leishmaniose; os acidentes por animais peçonhentos; a leptospirose e a raiva. A leishmaniose tegumentar americana apresentou coeficiente de detecção de 3,3 casos por 100.000 habitantes, em 2009, quando o Estado do Piauí notificou 104 casos da doença. Com destaque para os municípios de Altos e Teresina, com 51% do total de casos do Estado. Nesse contexto, 60,6% dos casos foram entre o sexo masculino, e 95,2% eram maiores de 10 anos. O percentual de cura clínica registrado foi de 67,3%, e 42,3% foram confirmados por critério laboratorial.

Foram registrados 157 casos de leishmaniose visceral no estado em 2009. Desse número de casos, 39,5% foi notificado na capital, que correspondeu ao total de casos do Estado. O coeficiente de incidência foi de 5,0 casos por 100.000 habitantes, e 80,3% dos casos foram confirmados laboratorialmente. A letalidade registrada foi de 9,6%, e o percentual de cura clínica foi de 52,9%.

Assinalam-se, também, nesse contexto das zoonoses, os acidentes causados por animais peçonhentos, que têm registrado uma quantidade importante, de acordo com o levantamento encaminhado ao MS. No período entre 2007 a 2010, no Estado do Piauí, registrou-se um aumento considerável nas notificações de acidentes causados por animais peçonhentos no SINAN, o referente a 55,7%. Em 2010, foram registrados 922 casos, o que corresponde a 2,4% dos casos registrados na região Nordeste, e 0,7% no país. O número de óbitos registrados foi de 6, acarretando uma taxa de letalidade de 0,7%. O Ministério da Saúde registrou os acidentes na seguinte ordem:

(...) O escorpionismo foi o acidente predominante, com incidência de 16,4 casos/100.000 hab., seguido pelo ofidismo (8,7 casos/100.000 hab.), acidente por abelha (1,4 caso/100.000 hab.), araneísmo (1,2 caso/100.000 hab.) e acidente por lagarta (0,1 caso/100.000 hab.). Dentre os 922 casos ocorridos em 2010\*, 6,8% ocorreram em Itauera, o município com maior registro, seguido por Piripiri (6,1%), Barras (5,5%), Inhuma (4,7%) e Boa Hora (3,7%) (BRASIL, 2011, p. 16-17).

Em 2010, foram notificados 06 casos não confirmados de leptospirose, pelos municípios de Teresina, Batalha e União (1,4% do total de municípios). Trata-se de uma doença que aparenta baixa endemicidade. No entanto, sua vigilância deve ser intensificada, principalmente no período referente às chuvas elevadas, que resultam na presença de enchentes. O MS ressalta sobre a importância na rapidez da detecção dos casos. Para que sejam tomadas as providências adequadas, o direcionamento e a priorização de ações de

prevenção e controle da doença a partir do alerta dos serviços de saúde para a suspeita clínica, a realização de diagnóstico diferencial e início do tratamento de casos, além da notificação e investigação dos mesmos.

Entre 2007 e 2010, foram notificados 03 casos de raiva no ciclo urbano (provavelmente causada por cães e/ou gatos domésticos). Esse registro fez do Estado o 10º com maior número de casos no Brasil. Dentre os locais prováveis de infecção de raiva canina e felina, destacaram-se Parnaíba e Campo Grande do Piauí. Em relação aos demais ciclos de transmissão, foram notificados 08 casos de raiva no ciclo rural (entre animais de produção), 04 no ciclo aéreo (morcegos), e 07 no silvestre terrestre (primatas não humanos e canídeos selvagens).

É importante salientar, com base no levantamento atual do Ministério da Saúde, que o Piauí possui apenas quatro Centros de Controle de Zoonoses (CCZ), que ficam localizados nos municípios de Teresina, Picos, Parnaíba e Barras. E que esses centros atendem a 34,57% da população do estado (que possui 224 municípios) e têm suas ações voltadas para o controle de algumas zoonoses e para o controle de população animal, principalmente cães e gatos.

Com relação às violências doméstica, sexual e outras violências, o Piauí apresenta taxas referentes a atendimentos por violência física (80%); lesão autoprovocada (17,2%), violência psicológica/moral (15,7%), e negligência (12,2%).

No contexto da saúde ambiental, quanto à garantia do direito ao acesso à água com qualidade, o Ministério da Saúde tem como principal ferramenta de controle e acompanhamento das ações a Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano – VIGIAGUA. O Piauí foi notificado como o Estado que apresenta 63% dos sistemas de abastecimento de água sem tratamento, segundo informações do Sistema de Informação de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano (SISAGUA), enquanto que na região Nordeste o percentual é de 37,71%.

São realizadas análises de controle da qualidade da água, com a finalidade de detectar a presença ou não de agrotóxicos. Essas análises são preconizadas pela Norma de Potabilidade da Água. Entretanto, segundo o SISAGUA, o Estado do Piauí não realizou esse procedimento no ano de 2010, o que inviabiliza a avaliação da ocorrência dessas substâncias químicas nos mananciais de abastecimento.

Já o município de Teresina realizou, em 2010, análises de cianobactérias, e as amostras estavam de acordo com o limite especificado na legislação. Trata-se de exame para detectar a presença de cianobactérias nos corpos d'água, o que indica poluição e eutrofização

desses. Segundo o SISAGUA, alguns gêneros de cianobactérias podem produzir e liberar substâncias tóxicas que afetam a saúde humana.

As queimadas favorecem a intensa produção de poluentes atmosféricos, entre os quais o material particulado com diâmetro igual ou menor a 2,5 um (PM 2,5) é considerado um dos indicadores de monitoramento e se apresenta como fator de risco para doenças respiratórias, aumentando a procura por atendimentos médicos.

A Vigilância em Saúde de Populações expostas a agrotóxicos trata do monitoramento do consumo de agrotóxico no estado do Piauí, que em 2009 ultrapassou o valor de 3.854 toneladas de princípios ativos (57% herbicidas) em 1.280.968 hectares de área plantada. O Estado do Piauí notificou, no SINAN, 48 casos de intoxicação por agrotóxico, no ano de 2010, correspondendo a 3% dos casos notificados da região Nordeste.

E, por fim, apresentam-se os quadros referentes às coberturas de vacinação e internação do Estado, ressaltando-se que a cobertura vacinal se constitui num importante indicador de saúde, capaz de mensurar o esforço das políticas públicas na atenção básica.

Com base no quadro abaixo, é possível verificar que apesar da relativa queda, quando comparado o ano de 2002 com o de 2007, pode-se perceber que o índice de cobertura contra Poliomielite ultrapassa os 88%. E em 2002, foi realizada a implantação da vacina tetravalente para substituir as vacinas DTP (Difteria, Tétano e Coqueluche) e HIB (Meningite) isoladas na faixa etária de menores de 1 ano. No primeiro ano de implantação se registrou baixo índice de cobertura; em 2006, o percentual chegou a 102%; e em 2008, a 87%.

**Quadro 3 - Índice de Cobertura Vacinal – 2002-2008**

<b>Ano</b>	<b>Poliomielite</b>	<b>Tetravalente</b>	<b>Total</b>
2002	106,35	24,19	65,27
2003	103,72	91,17	97,45
2004	96,17	91,56	93,87
2005	94,93	92,99	93,96
2006	104,57	102,08	103,32
2007	101,19	98,80	99,99
2008	88,51	87,76	81,13

**Fonte:** Ministério da Saúde/DATASUS.

Outro mecanismo que é de fundamental importância no processo interventivo da saúde, diz respeito à disponibilidade de leitos, ou seja, a quantidade de leitos hospitalares que os serviços dispõem. No Estado do Piauí, esta disponibilidade aumentou para 442 leitos, entre

2004 a 2007. A queda registrada no número de leitos hospitalares estaduais tem como causa a expansão do processo de municipalização da saúde, o que fez aumentar a quantidade de leitos municipais em 1.236 unidades, significando uma variação de mais de 135%.

**Quadro 4** - Disponibilidade de Leitos no Piauí – 2004/2007

ESFERA	ANO	
	2004	2007
<b>TOTAL</b>	8 160	8 602
Estadual	4 194	2 908
Municipal	909	2 145
Filantropico*	914	-
Privada	2 143	3 549

**Fonte:** Ministério da Saúde/ DATASUS.

**\*Nota:** Não constam informações para esta categoria em 2007.

A população do Estado, assim como a da capital, conta com a atenção à saúde em toda a sua amplitude, compreendida a partir dos três polos de responsabilidade na área da saúde hospitalar, que corresponde a um desses polos referentes à atenção individual; os serviços de saúde pública (epidemiologia, controle de doenças infecciosas); e os de saúde ambiental, relacionados com o controle sanitário da região (água, esgoto, controle de insetos, etc.) referente aos demais polos.

Os serviços existentes de assistência à saúde atendem à configuração da normativa do SUS, classificados por tipo de estabelecimento: Postos de saúde, Centro de saúde, Unidade mista, Policlínica, Pronto socorro e Hospital, embora apresentem problemas relativos à capacidade instalada dos serviços, cujo número de unidades e os recursos humanos disponíveis não são compatíveis com a demanda existente.

De forma geral, o estado dispõe de um total de 2.089 estabelecimentos de saúde, que juntos somam 3.228 leitos, das redes oficial e particular; e dessa totalidade, 2.559 leitos atendem pelo SUS. Portanto, considerando-se o número de leitos por habitantes, a relação existente no Piauí é de 2,9 leitos para cada 1.000 habitantes, que confere ao Estado um índice superior ao aceito pela OMS/Ministério da Saúde, que é relativo a 2 leitos para cada 1.000 habitantes (FMS).

A capital possui uma completa rede de prestação de serviços de saúde, constituída por diversos hospitais, clínicas, policlínicas, unidades mistas, centros e postos de saúde,

pertencentes ao estado, ao município e à iniciativa privada, o que a torna um importante centro de atendimento médico nas mais diversas especialidades.

O Piauí se legitimou como referência na assistência à saúde nas regiões Norte e Nordeste Ocidental, devido à sua localização geográfica diferenciada das demais capitais nordestinas, por meio dos serviços localizados, sobretudo, na capital. Com efeito, estima-se que a maioria dos usuários que buscam atenção da rede médico-hospitalar de Teresina é oriunda dos Estados do Maranhão, do Pará e da região oeste do Ceará, chegando, por vezes, a representar 60% do atendimento dos hospitais públicos da capital, segundo estatísticas disponibilizadas pela Secretaria Estadual de Saúde (CARVALHO *et al.*, 2012).

Com efeito, o estado e a capital se encontram entre os espaços territoriais com os piores índices de desempenho no campo da saúde ambiental. De acordo com Morosini (2015), os problemas referentes ao esgotamento sanitário inadequado resultam em fortes impactos na saúde da população. Foi comprovado que os problemas relativos ao saneamento básico estão associados aos altos índices de internação por diarreias. E esses estudos comprovaram, ainda, que das 396 mil pessoas internadas por diarreias no Brasil, 54 mil estavam nas 100 maiores cidades do Brasil. E que a cidade de Teresina está entre os 10 municípios do país com as maiores taxas de internação por diarreia, entre 2003 e 2008.

#### **4 A CIDADE DE TERESINA: da Vila do Poti ao cenário do Programa Lagoas do Norte (PLN)**

Teresina, capital do estado do Piauí, constitui-se o cenário no qual foi implantado o Programa Lagoas do Norte. Esse município teve sua origem na Barra do Poti, espaço onde o rio Poti despeja suas águas no rio Parnaíba, e que abrigava povos canoieiros, plantadores de fumo e mandioca, e pescadores, formados em sua maioria por indígenas da tribo poti, no ano de 1760 (SEMPLAN, 2009).

Rapidamente povoada, a Barra do Poti se tornou um dos grandes centros comerciais da região, avançou para a categoria de vila e teve seu processo de transferência da cidade de Oeiras, antiga capital, para a atual, Teresina, legitimado em outubro de 1852.

A cidade de Teresina, localizada na região Nordeste, na confluência dos rios Poti e Parnaíba, é a única capital de estado nordestina situada fora da faixa litorânea, razão que exerce forte influência sobre os estados do Maranhão, Ceará, Tocantins e Pará, nas áreas do comércio e nos serviços de educação e de saúde (IDEM).

Integra o pequeno grupo das capitais projetadas do país, juntamente com Goiânia, Brasília e Belo Horizonte, e se constitui na primeira capital construída sob um traçado geométrico, na qual o próprio Presidente da Província, José Antônio Saraiva, efetivou a transferência, sob fortes pressões contrárias à mudança, e tomou providências no sentido de estabelecer cuidadosamente os logradouros em linhas paralelas partindo do Rio Parnaíba rumo ao Rio Poti.

Apresenta uma população de 814.230 (15<sup>a</sup> do Brasil), sendo que 380.612 são representados pelo sexo masculino, e 433.618 pelo feminino; população distribuída em 1.392 km<sup>2</sup> de área; com um PIB de R\$ 10,5 bilhões (47,8% do PI) e PIB per capita de R\$ 12.941,00. Possui um índice de mortalidade infantil de 16,1 (PI: 23,1 e BR: 16,7) – 3<sup>a</sup> do NE; uma rede de abastecimento de água – rede geral – que abrange 96,5% dos domicílios, e uma rede de esgotos que cobre apenas 17,0% dos domicílios; e na área da habitação, com 42,6% dos domicílios classificados entre semiadequados e inadequados (IBGE, 2010).

As comunidades que deram origem à capital foram construindo seus espaços conforme seus costumes, suas tradições, culturas, lazer. E assim, os bairros foram surgindo, conforme a característica de cada *locus*, seja ligada à religiosidade, como os bairros que surgiram próximos às igrejas; ligados à pesca, como aqueles que surgiram às margens de rios etc.

A cidade se encontra dividida em 4 (quatro) regiões, norte, sul, leste e sudeste, que se subdividem em bairros. E como já mencionado, teve início a partir da zona norte, através do



Poti Velho, primeiro bairro que surgiu na barra do Poti. Atualmente, o bairro Poti Velho tem como característica marcante o turismo, a pesca e o artesanato. Os primeiros bairros que surgiram nessa área da cidade, além do Poti Velho, foram o Aeroporto, o Mafuá, a Vila Operária, e outros.

Já a zona sul se originou a partir da construção dos seus bairros mais antigos, como Vermelha, Catarina, Cajueiro e Piçarra. Tendo avançado, posteriormente, por meio da construção dos conjuntos habitacionais Saci, Parque Piauí, Morada Nova e Bela Vista, pela antiga Companhia Habitacional do Piauí – COHAB. E ainda nessa região, considerando-se o contexto da intensificação do crescimento populacional de Teresina, ressalta-se o surgimento de uma invasão, ocorrida no ano de 1998, na qual três mil pessoas ocuparam uma grande área da cidade, que deu origem à Vila Irmã Dulce, conhecida como a maior favela do Brasil.

A construção da ponte Juscelino Kubitschek, em 1956, assim como o processo de construção das grandes rodovias do estado, representaram importante marco no surgimento de outra região denominada leste, a partir da qual surge o bairro Jockey Club e, depois, o São Cristóvão. Entre os anos 1970 e 1971 foram construídos, nessa mesma região, os Conjuntos IAPEP e Maloca. E, posteriormente, outros bairros foram surgindo, tais como Socopo, Satélite, Pedra Mole, Morros. Ainda na década de 1970, registra-se o surgimento da região sudeste, que tem como destaque o bairro Dirceu Arcoverde, também construído pela antiga COHAB, cuja visibilidade é atribuída por sua ampla abrangência geográfica e populacional, e pelo comércio de grande vulto.

O surgimento dos conjuntos habitacionais nas quatro regiões da capital, aliado ao intenso fluxo migratório, motivado pela dificuldade de permanência na zona rural, e o anseio por melhores condições de sobrevivência, impulsionaram o processo de urbanização de Teresina, que avançou de forma gradativa, principalmente para as áreas mais afastadas do centro, notadamente as menos valorizadas. Essas áreas foram sendo ocupadas pelo contingente de pessoas de baixa renda, ou excluídas do mercado de trabalho e do sistema.

Esse conjunto de problemas sociais acima mencionados resultou na expansão desordenada do sítio urbano e na proliferação de aglomerados habitacionais irregulares, dando origem às vilas e favelas, cuja multiplicidade de arranjos repercute no aumento do déficit habitacional, evidenciando, ao longo das regiões periféricas da cidade, as estruturas físicas precárias e inadequadas, e a ausência de saneamento básico.

De acordo com informações do IBGE, referentes à pesquisa censitária de 2010, esses bairros mais tradicionais de Teresina apresentam o seguinte contingente populacional: Poti Velho, 3.730 habitantes; Mafuá, 2.861; Vila Operária, 3.173; Aeroporto, 7.567; Vermelha,

5.659; Catarina, 1.771; Piçarra, 3.662; Jockey Club, 5.967; São Cristóvão, 6.592; Socopo, 1892; Satélite, 11.606; Pedra Mole, 10.528; Morros, 1.166; Dirceu, 37.443; Saci, 8.190; Parque Piauí, 11.307; Morada Nova, 6.104; e Bela Vista, 12.999. Esse censo revelou ainda que Teresina tinha 35.127 domicílios particulares, nos quais residiam 131.451 pessoas vivendo de forma irregular e precarizada, em aglomerados subnormais, ou seja, em vilas, invasões e favelas. Isto é, 16,14% da população da capital vivia em áreas de ocupação.

Pesquisas como essa revelam também que na mesma medida em que há crescimento das áreas ocupadas pela população de padrão mais elevado, há um crescimento constante da população, referente ao padrão de baixa renda, ou seja, das classes média-baixa às pobres.

Conhecida por sua característica referente ao clima, em sintonia com toda a região nordeste, a temperatura média mensal sofre pouca oscilação no decorrer do ano em Teresina. Esse fato é devido à proximidade do Estado do Piauí com a linha do equador que, por sinal, justifica a difusão do calor sobre toda a área urbana da capital ao longo do ano. Os meses de agosto a dezembro registram as temperaturas mais elevadas do ano, cujas médias máximas atingem 35,9°. Paradoxalmente, nesse mesmo período a atmosfera da região é praticamente seca, submetendo a população de Teresina a uma situação de grande desconforto térmico, principalmente durante o dia (SEMPLAN, 2009).

Quanto aos recursos hídricos, é banhada pelos rios Parnaíba e Poti, e está situada na grande bacia do Parnaíba, que se encontra permanentemente alimentada por águas subterrâneas oriundas de aquíferos de boa qualidade. E possui consideráveis mananciais hídricos subterrâneos, em boas condições de aproveitamento, e água de boa qualidade. Ressalta-se que esse rio é utilizado pelo sistema de abastecimento de água, atendendo a 95% da população da capital (IDEM).

A vegetação nativa de Teresina sofreu muitas alterações, devido à crescente ocupação humana e ao intenso processo de extração mineral ocorrido nos planaltos e nas margens e leitos dos rios. Inclusive, esse tipo de atividade, na maioria das vezes oriunda das ações da construção civil, vem provocando intensos problemas ambientais, como o crescente desmatamento das encostas, a formação de voçorocas, e o conseqüente assoreamento dos rios Poti e Parnaíba (SEMPLAN, 2015).

Essa capital se encontra inserida nas ações e discussões de nível global. Pois foi uma das primeiras capitais a aderir ao projeto Agenda 21 Global, que trata do desenvolvimento sustentável do planeta, cujas cidades devem adotar, como paradigma para a implementação da Agenda 21 Local. Esse documento compreende um Plano de Desenvolvimento Sustentável para o município, que nasceu da iniciativa do poder público local/PMT, com a finalidade de

planejar ações voltadas para o meio ambiente e para o processo de desenvolvimento urbano, econômico e social.

As ações de acompanhamento e implementação da Agenda 2015 tem como linhas de trabalho:

1. Acompanhamento das ações inerentes à política municipal – projetos e ações desenvolvidas pela PMT e que foram referendadas pela Agenda 2015, com a proposta de ampliação e continuidade;
2. Acompanhamento de projetos e ações priorizadas pelos órgãos da administração municipal, para execução entre 2003/2004;
3. Planejamento das ações municipais, à luz das propostas contidas no Plano e da dinâmica de crescimento do município, estabelecendo prioridades, discutindo alternativas, detalhando os projetos e ações;
4. Avaliação – analisar, com base em indicadores, o que foi executado e o que não pôde ser feito e por que; identificar as pesquisas e estudos necessários para a formulação de novas propostas e correções de rumo;
5. Revisão – organizar a realização do III Congresso da Cidade, em agosto de 2006, quando serão estabelecidas novas metas. O Plano de Desenvolvimento Sustentável de Teresina estabelece que deverão ser realizadas reuniões periódicas do Conselho Estratégico da Cidade para a avaliação da implementação das propostas e revisão completa, utilizando metodologia atualizada.

Segundo a Agenda 2015, o sistema de esgotamento sanitário da capital passou a ser ampliado a partir de 1998, por meio do projeto SANEAR. Em 2002, essa rede atingiu 325 km de percurso de coleta, que embora a abrangência seja de apenas 13% de atendimento da população, já representa uma evolução, em face da situação da maioria dos espaços desse município, nos quais os esgotos escorrem pelas sarjetas, a céu aberto, pelas ruas e terrenos, desaguando diretamente nos dois rios – Parnaíba e Poti – ou em pequenas lagoas ribeirinhas, corroborando com o processo de poluição dessas áreas, e as transformando em grandes focos de doenças.

As operações de coleta e limpeza dos logradouros da cidade também devem obedecer ao compromisso disposto nessa agenda, que inclui a limpeza de lagoas e piscinas naturais, de galerias e abertura de canais. No entanto, o citado documento sinaliza para a deficiência existente nos processos finais de desprezo de resíduos, tais quais: o destino final dos resíduos

da saúde, que ocorre sem o devido tratamento prévio; os resíduos em geral, que são transportados e depositados em um aterro em condições sanitárias inadequadas, que não atendem aos mínimos padrões sanitários referenciados, com a presença de lixo descoberto e exposto às ações dos urubus; da ineficácia da fiscalização dos abatedouros de aves, quanto ao despejo irregular de penas e vísceras; e da ausência de coleta seletiva organizada ou separação de materiais recicláveis.

Quanto ao uso e a ocupação do espaço urbano para fins habitacionais, a capital tem como característica grandes áreas de vazios urbanos e assentamentos habitacionais em regiões distantes das áreas centrais. Na Agenda 2015, esses espaços descontínuos, com intercalação das ocupações, devido à inexpressiva densidade habitacional, resultam em alto nível de especulações imobiliárias e elevam os custos de investimentos em infraestrutura urbana, de transporte, e dispêndio de tempo para locomoção da população.

O processo de crescimento populacional do município se deu concomitante ao ocorrido nos grandes centros urbanos, no mesmo período da busca por oportunidade de emprego, em decorrência do processo de industrialização no país. Esse acontecimento teve seu marco temporal em 1950, período da construção das principais rodovias do Estado. E assim, em aproximadamente sessenta anos, a capital passou de 90 mil habitantes para quase 844.245 mil habitantes em 2015 (IBGE, 2015).

Apesar de diferenciada para cada região, a taxa de crescimento urbano avançou, sobretudo a partir de 1960, período no qual o crescimento populacional resultou em demandas por intervenção do Estado no âmbito da habitação. Nesse sentido, foram tomadas algumas iniciativas, utilizando-se recursos diversos, tais como o financiamento por meio do Instituto de Aposentadorias e Pensões – IAPs; depois ocorreu a criação do Banco Nacional de Habitação – BNH, e o surgimento do Serviço Federal de Habitação e Urbanismo – SERFHAU.

Dando seguimento a essa política, foram utilizados recursos da Caderneta de Poupança e do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço – FGTS. Contudo, com a onda de crise dos anos 1990, a Caixa Econômica Federal – CEF passou a desenvolver e financiar a política de habitação brasileira, que culminou com a Carta de Crédito voltada à construção da casa própria (SEMPLAN, 2009).

No governo Lula, o Programa de Aceleração do Crescimento – PAC se tornou a tônica dos programas de habitações populares, lançado em janeiro de 2007. Trata-se de um programa federal que envolve várias políticas públicas destinadas a acelerar o desenvolvimento

econômico do país, por meio de investimentos em larga escala, nas áreas de infraestrutura, tais como portos, rodovias, habitação entre outros.

O PAC abrange medidas focalizadas na população de baixa renda e é composto por cinco blocos, sendo o principal aquele que envolve infraestrutura, compreendida por habitação, saneamento e transporte de pessoas. Enquanto que os demais blocos são voltados para o incentivo ao crédito e o financiamento, melhoria do marco regulatório das áreas ambientais; desoneração tributária e medidas fiscais (SEMPLAN, 2009).

Sobre o custeio das ações de urbanização, registra-se a atuação do Banco Internacional de Reestruturação e Desenvolvimento – BIRD, organismo internacional que há décadas é responsável pelo financiamento de projetos de reassentamentos urbanos e rurais, dentre os quais o Programa Lagoas do Norte, para o qual a PMT precisou se adequar a uma série de exigências e adotar critérios do âmbito da política de reassentamento implementada pelo BIRD.

Nesta perspectiva das adequações, as orientações acima citadas foram de que se implementasse a modernização da gestão municipal, o desenvolvimento da cidade, em seus componentes urbano ambiental e econômico social, para que posteriormente viessem a ser realizados os estudos técnicos sociais da população afetada e a inclusão, nesses estudos, da avaliação social, do levantamento de campo e da consulta à população-alvo, além da apresentação de um projeto contendo o passo a passo do plano e dos processos de aprovação de reassentamentos, devendo esses incluir desde o censo da população, passando pelos estudos socioeconômicos, até as salvaguardas acionadas pelos Programas de Dispêndios Elegíveis (PDE) do Setor de Água e Saneamento (A&S) e das Políticas de Salvaguardas acionadas pelas condições de desembolso referentes às ligações domiciliares de água e saneamento (SEMPLAN, 2009).

Acerca dos empreendimentos comerciais, Teresina conta com um dinâmico sistema econômico dotado de grandes e médias empresas, dentre as quais, o grupo Claudino, do ramo da indústria têxtil, móveis, colchões e bicicletas, é predominante, e responde pela geração de 2.050 empregos diretos; seguido do Comercial Carvalho, que emprega em torno de 2.200 trabalhadores, entre o Piauí e o Maranhão, entre outros.

Quanto aos aparelhos públicos, a capital é dotada de uma completa rede de prestação de serviços de saúde, que atende todos os níveis de complexidade do SUS, constituída por hospitais, clínicas e policlínicas (públicas e privadas), além de unidades mistas, centros e postos de saúde. Na área da educação, além de uma completa rede de ensino pública e

privada, possui conceituadas universidades (federal e estadual), Instituto Federal de Educação e uma rede de faculdades privadas, que a torna referência, também nessa área.

Teresina há muitos anos ficou conhecida como “cidade verde”, identidade atribuída pelo escritor Coelho Neto, em razão da grande quantidade de árvores entremeadas por suas ruas e avenidas. Na zona norte, local onde foi implantado o Programa Lagoas do Norte, há uma região de grande atrativo, por se constituir no espaço no qual os rios Parnaíba e Poty se unem, tornando-se um único leito rumo ao oceano, esse espaço se tornou um importante ponto turístico, conhecido como Encontro dos Rios Parnaíba e Poty. A região possui ainda um parque ambiental com mirantes; um polo cerâmico com peças diversificadas, que integram o artesanato piauiense, além do lendário monumento “Cabeça de Cuia”<sup>12</sup>, situado nesse lugar.

Nessa zona, encontra-se um complexo sistema de lagoas fluviais ao redor de várias vilas dotadas de infraestrutura incompatível com a demanda instalada. Pois se trata de uma região de grande densidade populacional, na qual se identificam vários problemas, devido à carência de infraestrutura, de saneamento básico, de ocupação desordenada das suas margens, e da presença de áreas degradadas por mineração.

No entanto, a PMT vem atuando no sentido de resolver os problemas sociais e ambientais existentes nessa área, através do Programa Lagoas do Norte, implantado pela PMT como integrante das diretrizes da Agenda 2015, e com apoio do Banco Internacional de Reconstrução e Desenvolvimento – BIRD, que visa minimizar os impactos negativos decorrentes das ocupações e da falta de infraestrutura da região.

#### 4.1 Os problemas socioambientais e a saúde: os riscos enfrentados pelos moradores do entorno das lagoas do norte

Dentre as diversas expressões da questão social vivenciadas por moradores dessa área, encontram-se os problemas relacionados às doenças resultantes da falta de saneamento básico e das condições de moradia. Compreende-se que a saúde coletiva, conforme o disposto nesta discussão, remete ao entendimento de que a ausência de saúde acontece na medida em que os cidadãos, como tais, encontram-se vulneráveis ao processo de adoecimento, dada a

---

<sup>12</sup>A lenda do “Cabeça de Cuia” trata da história de Crispim, um jovem de família muito pobre, que morava nas margens do rio Parnaíba. Conforme essa lenda, certo dia, chegou para o almoço e sua mãe lhe serviu uma sopa rala, com ossos, já que faltava carne na sua casa frequentemente. Nesse dia, Crispim se revoltou, e numa discussão com a mãe, atirou-lhe um dos ossos, atingindo-a na cabeça e matando-a. Porém, antes de morrer, sua mãe lhe amaldiçoou a ficar vagando no rio e com a cabeça enorme no formato de uma cuia, que vagaria dia e noite e só se libertaria da maldição após devorar sete virgens, de nome Maria.

convivência em locais suscetíveis às doenças, como nas circunstâncias em que se convive em espaços insalubres, por exemplo.

De acordo com Carvalho (1996 *apud* CAMPOS, 2000), a saúde coletiva é uma área cuja nascente parte de uma crítica ao positivismo e à saúde pública tradicional, tendo sido essa criada à imagem e à semelhança da tecnociência e da versão biomédica de tratamento. Sendo assim, observa-se que desde sua origem, a saúde coletiva se apresenta como uma tentativa de superação do modelo tradicionalista das formas de tratamento do processo saúde doença.

Contudo, segundo o autor acima citado, a perspectiva social incorporada à saúde coletiva, ou não ocorreu na medida certa, capaz de impulsionar práticas e projetos sanitários concretos, ou devido ao conjunto de pressões impostas pelas agências financiadoras e pelas instituições acadêmicas, condicionou a saúde coletiva a adotar, em seu arcabouço teórico, medidas pautadas nos processos de medicina padrão, em sua particularidade e da tecnociência, de um modo geral. Inclusive, os mesmos autores atribuem aos citados aspectos o crescimento do objetivismo na produção científica dessa área.

Não obstante o exposto, é importante a compreensão de que foram os processos históricos e tradicionais da saúde pública que contribuíram com a construção da saúde coletiva, e que essa deve ser entendida tanto como uma área científica quanto como um movimento ideológico não encerrado. E que na sua condição de movimento, contribuiu significativamente para a construção do sistema Único de Saúde – SUS, bem como para o enriquecimento da compreensão acerca dos determinantes do processo saúde e doença (CAMPOS, 2000).

Nessa perspectiva, o autor defende a necessidade de investimento não apenas nos moldes da saúde pública tradicional, e em sua percepção, situada apenas na dimensão de corpo dos indivíduos, como no caso dos processos de vacinação, por exemplo, mas também sob o ângulo da cidadania, na qual as pessoas são respeitadas como sujeitos de direitos e dotados de capacidade crítica, reflexiva e da devida autonomia no âmbito de suas formas de vivência.

Os mecanismos de identificação e combate aos fatores prejudiciais à saúde exigem práticas que vislumbrem a superação da lógica biologicista, buscando, portanto, alcançar os aspectos referentes às dimensões políticas, históricas e sociais dos indivíduos, de forma individual e coletivamente, uma vez que as maiores mazelas sociais são identificadas nos espaços da pobreza, da desigualdade e das vulnerabilidades (BUSS; PELEGRINI FILHO, 2007).

Acerca do saneamento, o índice de atendimento com o abastecimento de água em Teresina, por meio da concessionária de Águas e Esgotos do Piauí S.A. – AGESPISA, empresa do Governo Estadual, atinge 91,07% da população urbana, sendo superado apenas pelas cidades de Fortaleza (98,8%) e Aracaju (99,1%), entre as capitais do Nordeste. No entanto, o índice de atendimento com a rede geral de esgotos é de apenas 17,0% da população urbana atendida pelo serviço supracitado, representando o mais baixo índice entre todas as capitais da região, segundo os dados do Sistema Nacional de Informações sobre Saneamento (SNIS) referente ao ano de 2011 (TERESINA, 2014).

O acelerado crescimento da população nas últimas décadas resultou em problemas urbanos de grandes dimensões, dentre esses problemas, ainda não solucionados, registram-se a existência de 112 aglomerados urbanos constituídos por vilas e favelas ocupadas por mais de 130 mil pessoas, das quais a maioria se encontra em condições precárias de habitação e saneamento, muito embora os indicadores de água e esgoto do Piauí informem que esse estado dispõe da receita operacional total (direta + indireta) de 333.045,610.55 reais destinada a investimentos nessa área para o ano de 2015.

Considerando-se o exposto, no que se refere ao quantitativo de vilas e favelas, infere-se que esse município vem enfrentando expressivos problemas relacionados às situações de moradia, principalmente nas suas regiões mais periféricas. Na zona norte de Teresina, assim como em outros espaços dessa e de outras capitais, tem-se registrado um crescimento contínuo de pessoas expostas a risco socioambiental, devido ao crescimento urbano e às ocupações em locais impróprios. Essa região, cujo recorte estudado constitui a área de atuação do Programa Lagoas do Norte, é reconhecida como uma das áreas mais baixas da cidade e é formada por um conglomerado de 34 (trinta e quatro) lagoas, naturais e artificiais, que compõem um sistema natural de acumulação de água da região (FORTES, 2012).

Contudo, nesse domínio lacustre há um conjunto de 9 (nove) lagoas interligadas, localizadas entre os rios Poti e Parnaíba, que abriga no seu entorno um grande número de famílias de baixa renda que haviam se instalado na região por meio de ocupações desordenadas e irregulares que vêm representando risco à saúde e à segurança dessa população, respectivamente, pelas suas condições precárias e insalubres em risco permanente de inundação e sem provimento de serviços básicos de saneamento e pelas grandes escavações decorrentes do trabalho das olarias (TERESINA, 2014).

Em decorrência da ocupação desordenada e em local indevido, a região se tornou um ponto nevrálgico para a capital. Pois ao longo dos anos, acumulou sérios problemas, de ordem social e ambiental, ao mesmo tempo. Sobretudo nos períodos de chuvas, em que ocorre a



inundação das lagoas e das áreas baixas. Registra-se, igualmente, a existência de poluição contínua das lagoas e das orlas dos rios e canais, por se tratar de áreas utilizadas como depósito de lixo e desembocadura de esgotos lançados pelos moradores daquela e de outras regiões.

De acordo com o Marco de Reassentamento Involuntário – MRI, os espaços que compõem a região das Lagoas do Norte, reúnem carências múltiplas, principalmente nas áreas do saneamento ambiental, da habitação, da geração de renda e da acessibilidade – no que se refere à mobilidade urbana de um modo geral. Esse documento reafirma, também, que a Área de Preservação Ambiental – APP existente na região vinha sendo inteiramente afetada, há décadas, tanto pela ação das ocupações irregulares quanto pela ausência de um sistema de tratamento específico de esgotos e por sua utilização como espaço de despejo de resíduos e de drenagem urbana.

O programa, que visa atender, em sua totalidade, a um quantitativo de 110 (cento e dez) mil pessoas dos 13 (treze) bairros, Acarape; Aeroporto; Alto alegre; Alvorada; Itaperu; Mafrense; Matadouro, Mocambinho; Nova Brasília; Olarias; Poty Velho; São Francisco e São Joaquim, que formam o conjunto das lagoas, tem como objetivo promover a integração da região às demais áreas da capital e implementar infraestrutura de saneamento e de drenagem, além de utilizar medidas interventivas voltadas para a requalificação urbana e ambiental, por meio de esforços da PMT (SEMPLAN, 2014).

As análises acerca da região das Lagoas do Norte em Teresina, evidenciam os riscos pelos quais essa população se encontra submetida, sob o ponto de vista epidemiológico, ou seja, do perfil ou padrão de saúde/doenças apresentado por determinado coletivo de pessoas (ALMEIDA FILHO; ROUQUARYOL, 1992).

Pois se trata de um espaço que antes da implementação do PLN, era impróprio para qualquer tipo de ocupação, e mesmo assim, abrigava famílias instaladas em arranjos habitacionais desordenados e sem nenhuma forma de planejamento urbano, construídos em região tipicamente endêmica, ou seja, passível de adoecimento, em decorrência de a região possuir focos de diversas doenças, peculiares a uma determinada área ou região, como a do entorno das lagoas, pelas suas condições, visto que já foi depósito de lixo doméstico, de dejetos de fossas, de animais mortos e utilizado para desembocadura de esgotos.

Sobre esse aspecto, a Técnica de saúde 01, da Unidade Básica de Saúde II, registra que antes da implantação do PLN, “todos os dias essa unidade recebia usuários com sintomatologias diversas. Contudo os mais frequentes eram pessoas apresentando quadros de problemas gastrointestinais – principalmente diarreia –, escabiose e hepatite A”. Esse

depoimento revela a realidade das condições de saúde dos moradores da área, que estavam constantemente expostos a esses e a outros tipos de contaminação.

As doenças cuja infestação e veiculação ocorria por meio de insetos, sobretudo a dengue, através do mosquito *aedes aegypti*, era uma constante na realidade das famílias, assim revelou o depoimento do Agente Comunitário de Saúde 1, da UBS I. Realidade com a qual a moradora 11, em sua fala, relata que o convívio no entorno das lagoas, antes da implementação do programa, proporcionou uma experiência com a qual nunca imaginou. Pois conviver às margens das lagoas significava também conviver com o matagal e o lixo, e, assim lembrou:

“Quando vim morar aqui era só mato [...]. Era um lixão que só tinha mosca, mosquito, cobra... todas as coisas que não fazia parte do ser humano conviver junto... Rato... Lá em casa era rato que não tinha pra onde mais. Podia botar o veneno que fosse, mas não dava conta [...]” (Moradora11).

O contexto acima mencionado retoma o debate acerca dos aspectos da saúde, situando-os no conjunto das inquietações referentes ao campo do perfil epidemiológico – estado de saúde de uma determinada comunidade ou população (ALMEIDA FILHO; ROUQUARYOL, 1992) do citado espaço, visto que a prevalência de doenças e agravos surge em maior probabilidade em áreas cujas condições locais e os fenômenos ligados à questão social predisõem ao adoecimento (ALVES, 2012).

**Foto 2 - Lagoas do Norte**



**Fonte:** SEMPLAN (2014).

Muito embora se identificasse a presença de políticas públicas da área da saúde e da educação naquela região, as famílias tinham pouco ou nenhum acesso aos serviços dessas políticas. Pois devido à ausência de saneamento, o acesso era dificultado, em razão das condições físicas do espaço, conforme foto 2 acima, que inviabilizava a locomoção das pessoas em direção aos aparelhos públicos existentes na área.

A situação exposta na foto 2 se configura no quadro de vulnerabilidades e riscos sociais que compreende a ausência de saneamento básico, de coleta de lixo e as moradias precárias instaladas em espaços insalubres, expostos à poluição. Essa realidade apresentada compreende a vida de muitas famílias que residem no entorno das Lagoas do Norte, que somadas ao desemprego, à ausência de acesso a serviços básicos de saúde, de assistência social, de educação, dentre outros, compromete a saúde de seus moradores. Uma vez que essas condições de vida são propulsoras de doenças, agravos diversos ao estado de saúde, e dificultam o tratamento e a erradicação de doenças transmissíveis (ALVES, 2012).

A situação na qual se encontravam as citadas famílias se deve ao fato de terem fixado moradia em local impróprio, não somente por compreender uma área de preservação ambiental, mas, também, por ser um espaço insalubre, cujas ocupações foram construídas de forma desordenada e em espaço sujeito a inundações. E, ainda, por se localizarem nas margens das lagoas, nas proximidades dos espaços nos quais são lançados esgotos e lixo e pela utilização de água contaminada. E num local cujo potencial de contaminação é bastante elevado, devido ao fato de toda a área ter se transformado em grandes focos de doenças para a população (MOURA; LOPES, 2006).

Sobre a origem da formação da comunidade, constatou-se por meio do depoimento do morador 4, que também integra o Comitê Lagoas do Norte, que as moradias foram surgindo, porque filhos de moradores dos bairros adjacentes às lagoas vieram se instalar na região, e a partir da iniciativa da invasão, instalou-se a seguinte realidade no espaço, de acordo com as afirmações, neste depoimento:

“[...] essa área todinha era invadida. Quem não conhece, ou quem conhece sabe que isso aqui foi invasores que vieram muitos tempos atrás, começaram a invadir essa área, então, era pessoas pobres. filho de algum morador de perto que vieram para cá. Nós não tinha mesmo expectativa de nada, porque são um local banhado de lagoas, galerias, aonde todos os dejetos das casas que moravam ao lado desciam pra lagoa. E isso ainda tinha um grande problema, que esses moradores, que vieram pra cá no tempo, eles usava para se alimentar o peixe da própria lagoa suja, poluída, e isso durou muito tempo [...]” (Morador 4).

A partir desse depoimento, percebe-se que o morador tinha consciência da situação de risco à qual ele e outros haviam se submetido. Pois, na medida em que reconhecem a forma

como a região foi ocupada, eles se reconhecem como responsáveis pela situação na qual se encontram, pelos riscos por terem se instalado em local impróprio para moradia, devido à insalubridade da área, e não somente pela precariedade.

Sobre esse aspecto, Moura e Lopes (2006) afirmam, quanto ao processo de ocupação da região das Lagoas do Norte, que a população daquele espaço passou a habitar as orlas das lagoas, sem nenhum formato organizativo. Esses moradores foram constituindo suas próprias estratégias de enfrentamento dos riscos, dada a situação de irregularidade da topografia dos espaços, que facilitou a formação de lixões; a desembocadura de esgotos a céu aberto; o transbordamento das águas de superfície, provocando inundações, epidemias, principalmente na época das chuvas, cuja degradação ambiental é mais visível, devido ao lançamento de esgotos e de lixo, o que reduz a capacidade de escoamento do sistema e transformam as lagoas em enormes focos de doenças e de desconforto para a população.

Acerca desse contingente de riscos trazidos, sobretudo, pelos esgotos, Morosini (2015) registra um alerta do pesquisador do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, da Fiocruz de Pernambuco, engenheiro de saúde pública André Monteiro, de que os esgotos desprovidos de destino adequado promovem a contaminação dos espaços de circulação de forma coletiva, resultando no favorecimento da transmissão de doenças de variados tipos, sobretudo as de veiculação hídrica.

Os depoimentos abaixo revelam a realidade dos riscos que se verificam nessas áreas de contaminação coletiva que a convivência em área com a presença de esgoto a céu aberto pode proporcionar e, ao mesmo tempo, apesar do nível de escolaridade elementar, algumas moradoras apresentam consciência dos benefícios que o saneamento pode proporcionar à coletividade.

“Uma das coisas mais importantes, que veio trazer benefício não só pra nós, como pra todo mundo, foi esse CNA – refere-se ao projeto SANEAR –, esse esgoto que fizeram diferente, que antes, antes era externo, era uma imundice” (Moradora 01).

“Porque a gente morava em beira de lagoa, correndo o risco de pegar uma doença, de inseto, de ser picada... Sem falar nas cobras... Tinha uma cobra imensa, que a gente viu comendo um porco inteirinho. [...] eles adoeciam muito. Que até mesmo por conta do ambiente que agente morava, que influenciava muito na doença. [...] As condições sanitárias daqui foi um trabalho muito bem feito [...] Porque as condições não é uma coisa que é exposta pra nós mesmo” (Moradora 13).

Os depoimentos expressam a realidade desses moradores, cuja convivência em áreas urbanas, como mostra a foto abaixo, significa a exposição a diferentes problemas de saúde, como consequência do grau de precariedade, insalubridade etc.

**Foto 3** - Regiões peridomiciliares

Fonte: SEMPLAN (2014).

Os esgotos a céu aberto e as formações de lagoas e lamaçais resultam em condições sanitárias impróprias, favorecendo a contaminação das crianças no próprio entorno de suas moradias e promovendo o aparecimento de um ciclo conhecido como feco-oral<sup>13</sup>. Morosini (2015) acrescenta que esgotos situados em áreas frontais aos domicílios ou em regiões peridomiciliares favorecem as piores condições de sobrevivência.

Essa realidade pode ser constatada por meio dos seguintes depoimentos:

“[...] Era um problema danado. O pessoal dizia, por isso que a gente sempre falou nesses aviãozinho, tanto na região do aeroporto como aqui sempre foi assim. Porque não tinha como. Eles faziam, botavam num cano diretamente pra descer na lagoa, pra cair [...] Antigamente nós tinha muita dengue, muita coisa. Menino com diarreia, porque pisava aqui, era só lama” (Morador 4).

“[...] Quando não tinha essas fossas, quando não tinha as manilhas, vira e mexe passava fezes nos esgotos. Nunca mais aconteceu [...] na Rua Tucumã era como se fosse... Como se tivesse mesmo dentro da lagoa, na Rua Tucumã. [...] Porque antigamente ela não tinha saída. Aí ela agora começou a ter saída. Ela vai desembocar na Rua Itamaraty. Antes ela morria na lagoa. E nessa área, na Rua Tucumã, tinha muitos casos de hanseníase. Eu era agente de saúde de lá, e tinha muito caso de hanseníase devido ao lixo que era jogado lá perto. Porque tinha um pequeno terreno, e nesse terreno eles jogavam lixo, aí esse lixo ia fazer com que as crianças pegassem hanseníase, até tuberculose teve. Verme de cachorro, porque as crianças andavam descalças, não tinha asfalto, tinha muito cachorro na rua também, cachorro abandonado (...)” (Morador 7).

<sup>13</sup> De acordo com o Ministério da Saúde (2008), feco-oral diz respeito à forma de infestação de uma doença na qual o contágio se dá por meio do contato inter-humano ou por meio de água e alimentos contaminados por fezes.

“Um ponto na saúde, que eu me lembro, que teve, foi na rua Tucumã, que lá tinha muito caso de hanseníase. Não só na Tucumã, mas na área mesmo, da Itamaraty, da Bom Jesus que sumiu, tinha muitos casos de hanseníase, devido o contato das crianças, das pessoas com a própria lagoa. Porque antes não tinha aquela rua, antes era uma pequena ponte de pau, de tábua. Aí o pessoal, pra ir pra horta, eles atravessavam essa ponte. Só que constantemente tinha gente que passava de moto, aí quebrava, aí o pessoal tinha que passar por cima de umas pedras, aí tinha contato com a água da lagoa. Que às vezes a criança escorregava, caía dentro” (Morador 7).

“[...] nem o banheiro tem gente que não podia ter, porque, mesmo que pudesse construir, não podia ter, porque o solo não permitia o banheiro”, porque não dava certo a fossa. Era um terreno brejado. Não permitia construir a fossa” (Moradora 12).

As condições de vivência observadas nesses depoimentos revelam a difícil realidade social dessas famílias, cuja situação de pobreza e desigualdade propicia a instalação em qualquer espaço, independente das condições de risco dos locais que encontram. Sobre esse aspecto, Lima (2004) registra, com base em sua pesquisa “A Pobreza Urbana e suas Multifaces”, que na ausência de locais para morar os pobres, “instalam-se nos mais diferentes lugares, geralmente em condições inadequadas e de risco...”. A exemplo disso, cita-se a situação desses moradores do entorno das Lagoas do Norte, que apesar da falta de condições adequadas, principalmente de segurança e de salubridade, o local foi rapidamente povoado.

Essa autora destaca que a luta para se firmar em um espaço próprio, independentemente do local, retrata a realidade de muitas famílias pobres de Teresina. Não obstante as inúmeras dificuldades enfrentadas, uma vez instalados, os moradores da favela passam a supervalorizá-la, “porque, na busca de se territorializar, encontram ali a chance de ter a posse da terra”, ou seja, a situação representa a oportunidade de alcançar seu próprio espaço.

No depoimento a seguir, o morador 4 relata sobre as condições de risco que enfrentavam. Pois além de favorecer a infestação das doenças pelas condições endêmicas do espaço, havia também os riscos pela dificuldade de locomoção, uma vez que a região possuía uma grande quantidade de buracos, valas, lamaçais e outros obstáculos que não permitiam ao pedestre caminhar com segurança:

“[...] essa área, era área assim muito perigosa, de todo conceito. A travessia do pessoal sempre foi uma moradia esquisita, porque tinha que pisar em lama. Isso aqui era área brejada. Era uma área bem triste pra se morar [...]” (Morador 4).

Ainda sobre a situação de risco da região, pela ausência de elementos urbanos que permitam uma mobilidade segura no local, a moradora 10 relatou o seguinte:

“[...] Um dia vinha de bicicleta e quando cheguei na ponte, a ponte quebrou, porque era de madeira feita pelas pessoas que moram por aqui mesmo, aí levei uma baita

queda com bicicleta e tudo. Pensei que tinha me quebrado toda. Graças a Deus que só me machuquei” (Moradora 10).

**Foto 4** - Pontes improvisadas



**Fonte:** SEMPLAN (2014).

Nesse relato, a moradora se refere às pequenas pontes improvisadas pela própria população, feitas de forma muito rudimentar, na qual se utilizavam madeira, e muitas vezes pedaços de pau, como parte das estratégias encontradas para minimizar as dificuldades que existiam no âmbito da mobilidade urbana da região. Pois os espaços eram formados a partir de terrenos alagadiços compostos por área de brejos e havia espaços que, no período de chuvas, ficavam ilhados, conforme registro fotográfico acima. Daí a necessidade da construção das pequenas pontes que deram lugar ao novo traçado, projetado, de ruas e passarelas.

A moradora 10 acrescenta ainda, em seu depoimento, uma situação que remete à dificuldade enfrentada no acesso aos serviços de saúde:

“A agente de saúde vem sempre aqui, antes não vinha porque não dava pra chegar aqui em casa. No tempo das chuvas não dava pras pessoas andar por aqui, ficava tudo cheio d’água. Também era muito lixo, animais morto dava muito mau cheiro [...]” (Moradora 10).

O relato acima propicia à reflexão de que, além da problemática da capacidade instalada dos serviços e do baixo nível de efetividade do SUS, no que se refere à atenção básica, conforme preceitua Paim (2009), havia a questão da limitação física por parte das Equipes de saúde da Família – ESF e, sobretudo, dos Agentes Comunitários de Saúde da

região, em decorrência da dificuldade de locomoção apontada, que ao invés de calçadas e passeios que favorecessem a mobilidade dessas pessoas, havia espaços acidentados e alagadiços que se configuravam em obstáculos às poucas ações das políticas públicas implantadas.

O depoimento do morador 7 que é, também, ACS da região, ratifica as observações já apresentadas de que havia situações nas quais ficava quase impossibilitado de conduzir o trabalho referente às visitas domiciliares às famílias da área:

“Naquele tempo agente sofria bastante com questão das enchentes. Quando começava a chover a gente já ficava preocupado na questão de não dormir pra água não entrar dentro de casa (...). Lá tinha uma rua que era a Rua Bom Jesus, toda vez que começava a chover, como lá não tinha escoamento, a rua ficava cheia d’água. Inclusive tinha a casa de duas moças da minha área que, constantemente, tinha que ser feita de novo, porque caía. Todo ano eles tinham que limpar tipo uma grotta que tinha entre uma casa e outra pra água poder descer. Nesses casos, por exemplo eu ia fazer visita, quando chovia, embaixo d’água. Era complicado” (Morador 7).

Esses depoimentos revelam não somente as dificuldades que perpassam o dia a dia das famílias e dos servidores que trabalham na área, mas também acena para a necessidade de atenção e estruturação de ações de políticas públicas para seu enfrentamento.

A integrante Y do CLN, que é também ACS da região, reforça o histórico das dificuldades vivenciadas pelas famílias e profissionais, de saúde no tocante à questão sanitária e aos respectivos mecanismos que integram o saneamento, tais como o conjunto de serviços, a infraestrutura e as instalações:

“[...] as equipes que atendiam a estratégia de saúde da família, traziam muito diagnóstico de diarreia, de IRAS, e de outras infecções por conta que era uma área que não tinha ali toda uma intervenção, um compromisso com saneamento, um compromisso com a questão de encanações, instalações, banheiros próprios, banheiros que, de fato, desse esgotamento pro canal correto. Era a céu aberto” (Integrante Y do CLN).

De acordo com a OMS, doenças como diarreias, leptospirose, hepatite A e cólera são as principais doenças resultantes da falta de esgotamento sanitário, e essas doenças associadas têm causado a morte de 1,5 milhão de crianças na faixa etária de 0 a 5 anos de idade, principalmente em países desenvolvidos. De um modo geral, os casos de morte por diarreia correspondem a um total de 88%, e desses, 84% se referem à morte somente de crianças, decorrente de saneamento inadequado (MOROSINI, 2015).

Segundo essa autora, o Brasil se encontra no rol dos altos índices de doenças de transmissão feco-oral numa posição de destaque. Pois de acordo com o IBGE, esse tipo de doença, sobretudo as diarreicas, representa mais de 80% daquelas relacionadas à problemática do saneamento inadequado. Enquanto isso, o DATASUS revela, por meio de dados de 2011,



que 396 mil internações ocorridas nessa competência foram decorrentes de diarreia, e que desse montante, 138 mil crianças acometidas estavam na faixa etária de 0 a 5 anos, correspondendo a 35% do total.

No tocante à questão dos custos de financiamento do SUS, Morosini (2015) menciona que para o Instituto Trata Brasil, há uma relação diretamente proporcional entre pessoas instaladas em regiões próximas de esgotos não tratados e uma maior proporção de infestação de doenças relacionadas à poluição hídrica. O gestor alerta, inclusive, que os municípios que não investiram no tratamento da água e na coleta e tratamento de esgotos, apresentam os piores índices de internação e custos no sistema de saúde, por tratamento de doenças relacionadas à poluição de águas e esgotos.

Ainda na perspectiva da pesquisa realizada pelo citado instituto, infere-se que ter acesso a um sistema de coleta e tratamento de esgotos representa uma grande diferença, tanto na prevenção de doenças quanto no gasto do SUS com internações e tratamentos. Visto que há uma relação próxima entre saneamento básico precário, pobreza e altos índices de internação por diarreias, que resultam em altos gastos para os cofres públicos.

Sobre esse mesmo viés, Morosini (2015) informa que há também uma forte relação entre municípios de grande porte, a alta incidência de diarreias e o consequente gasto com internações hospitalares, como resultado de um comparativo realizado entre os 100 maiores municípios brasileiros, quanto ao índice populacional, no marco temporal de 2008 a 2011. Pois de acordo com essa pesquisa, os municípios analisados despejam o correspondente a 8,6 bilhões de esgotos na natureza ou, comparativamente, como se cinco mil piscinas olímpicas de esgotos fossem despejadas diariamente na natureza.

A autora destaca que as regiões Norte, Nordeste e as periferias dos grandes centros urbanos do país, foram as campeãs em número de internação, por diarreias, entre 2003 e 2008. Ressalta, outrossim, que 07 das 10 cidades com os piores desempenhos fazem parte das regiões acima citadas. E realça a preocupação com o quadro exposto, ao registrar que a cidade de Teresina se encontra entre os 10 municípios com os piores indicadores de saúde e as maiores taxas de internação por diarreias.

Paralelo ao exposto, registra-se que a região das Lagoas do Norte se constitui numa área historicamente marcada por uma realidade paradoxal. Pois famílias conviviam com várias formas de desigualdade em ambiente propício às doenças num contexto em que os direitos à saúde, em seu sentido mais amplo, visto que as condições de saúde estão diretamente relacionadas às condições de saneamento e moradia, não vem sendo respeitados.

Apesar de a Constituição de 1988 assegurar, em seus artigos 196 e 225, respectivamente, saúde e ambiente saudável para todos os cidadãos.

Portanto, o panorama sanitário e ambiental exposto leva a crer que as potenciais distorções da realidade representam os reflexos de uma sociedade com enorme desequilíbrio social, sanitário, ambiental e cultural.

## 4.2 O Programa Lagoas do Norte (PLN) em Teresina

### 4.2.1 A concepção do Programa

O Programa Lagoas do Norte é um empreendimento projetado pela Prefeitura de Teresina, com o objetivo de melhorar as condições de vida e promover o desenvolvimento socioeconômico e ambiental da região das lagoas situadas na zona norte da cidade. Esse projeto teve como principal objetivo o incremento das condições ambientais, urbanas e de desenvolvimento econômico-social da região conhecida como Lagoas do Norte.

Trata-se de um programa implantado com recursos provenientes de acordo de empréstimo entre a Prefeitura de Teresina e o Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento – BIRD, o Banco Mundial, e através de convênio com o Governo Federal. Visando transformar, de forma inovadora, uma região urbana que se encontrava em condições precárias, e com graves prejuízos ambientais, em uma área de proteção ambiental, provida de parques ecológicos, espaços esportivos e de lazer, urbanização e paisagismo.

Parte integrante das diretrizes do Teresina agenda 2015, o Programa Lagoas do Norte se encontra inserido na dimensão do meio ambiente e saneamento da citada projeção, e tem como objetivos promover a melhoria das condições de vida e o desenvolvimento socioeconômico da região das lagoas, por meio da integração da região às demais áreas da capital e da implementação de infraestrutura de saneamento e de drenagem, além de utilizar medidas interventivas voltadas para a requalificação urbana e ambiental.

Com efeito, os objetivos do Programa Lagoas do Norte estão em sintonia com as necessidades da população daquela área de Teresina, visto que a discussão que integrou o conteúdo da Agenda 21 Local, conforme mencionado no item anterior, teve a participação da comunidade. E os resultados dessa discussão, que se tornaram proposta, estão consubstanciados no documento denominado “Teresina Agenda 2015 – Plano de Desenvolvimento Sustentável”, especialmente no capítulo “A Cidade e seu Espaço”.

Em dezembro de 2002, essa proposta se tornou o Plano Diretor da Cidade, por meio da lei 3.151, de 23 de dezembro de 2002. E assim, o Plano de Desenvolvimento Sustentável do município, conhecido como Agenda 2015, passa a constituir as diretrizes de desenvolvimento urbano de Teresina (SEMPLAN, 2014).

De forma ousada, o programa visa à transformação da região, por meio de infraestrutura física, de ações de desenvolvimento social e da economia local, e a preservação e a valorização do meio ambiente. Portanto, há projeção de que a área seja dotada de melhorias de drenagem urbana; adequação do sistema viário; reforço e recuperação de diques; reforço da rede de abastecimento de água, implantação da rede de esgotos, urbanização, construção e melhoria das moradias e trabalho social de educação sanitária e ambiental (NUNES, 2010).

Integra, também, esse projeto, a melhoria e a modernização da capacidade de gestão da PMT nos âmbitos financeiros, urbano, ambiental, de desenvolvimento econômico e de prestação de serviço, como uma das exigências do Banco Mundial para o financiamento das ações do PLN, que vem sendo desenvolvido pela PMT, por meio de contrapartida financeira, através da SEMPLAN, e executado pela Superintendência de Desenvolvimento Urbano da região Centro Norte, articulada à Secretaria Municipal de Meio Ambiente, e a outros órgãos do município.

Os recursos destinados à implantação do programa se originaram de um Acordo de Empréstimo (nº 7523/BR-2008) firmado entre a PMT e o Banco Internacional de Reconstrução e Desenvolvimento – BIRD, no valor de R\$ 100.000.000,00 (cem milhões de reais). Sendo que R\$70.000.000,00 (setenta milhões) representam o financiamento do BIRD e R\$ 30.000.000,00 (trinta milhões) constituem investimentos da Prefeitura e do Governo Federal, por meio do Programa de Aceleração do Crescimento – PAC (SEMPLAN, 2014, p. 10-11).

O PLN se destina a atender 110 (cento e dez) mil pessoas dos bairros Acarape, Aeroporto, Alto alegre, Alvorada, Itaperu, Mafrense, Matadouro, Mocambinho, Nova Brasília, Olarias, Poty Velho, São Francisco e São Joaquim, que integram a região das lagoas (SEMPLAN, 2014).

Trata-se de um conjunto de 9 (nove) lagoas interligadas, localizadas entre os rios Poti e Parnaíba, que abriga, em seu entorno, um grande número de famílias de baixa renda, instaladas na região por meio de moradias desordenadas e irregulares, que representam risco à saúde e à segurança dessa população, respectivamente pelas condições precárias e insalubres do espaço, desprovido dos serviços básicos de saneamento, e pela ameaça permanente de

inundações, devido às grandes escavações, realizadas por longo espaço de tempo, decorrentes do trabalho das olarias (SEMPLAN/RMI, 2014).

No sentido de atender às demandas constituídas a partir da realidade exposta, o município promoveu a implementação do Programa Lagoas do Norte, a partir de um conjunto de ações integradas de cunho social, econômico, habitacional, de infraestrutura e de requalificação ambiental, com vistas ao desenvolvimento sustentável e à melhoria das condições de vida da população residente na região (SEMPLAN, 2009).

De acordo com o registro fotográfico a seguir, os espaços que compõem a região das Lagoas do Norte compreendem áreas constantemente atingidas por enchentes, submetendo seus moradores a graves riscos de acidentes e de problemas de saúde, devido à poluição permanente das margens, orlas e canais das lagoas, decorrentes da ocupação irregular.

**Foto 5 - Área de preservação ambiental**



**Fonte:** SEMPLAN (2014).

Os registros do MRI reafirmam que a Área de Preservação Ambiental – APP existente na região vinha sendo inteiramente afetada, há décadas, tanto pela ação das ocupações irregulares quanto pela ausência de um sistema de tratamento específico de esgotos, e pela sua utilização como espaço de despejo de resíduos e de drenagem urbana.

A gestão do programa prevê os seguintes resultados, após a implantação da etapa I:

- A melhoria das condições ambientais e urbanas, e a redução dos riscos de inundação, através de investimentos em saneamento básico, despoluindo as lagoas, relocando famílias em situação de risco; e ações de macrodrenagem que mantenham um espelho d'água perene, sem risco de inundação;
- Maior acesso da população residente aos serviços sociais e melhores oportunidades de geração de trabalho e renda, reduzindo a exclusão social de famílias pobres e estimulando pequenos negócios formais e informais;
- Setores prioritários da gestão municipal modernizados e instrumentalizados para planejar, implementar, operar e manter intervenções físicas que contribuam ao desenvolvimento ordenado da cidade de Teresina.

O RAAS apresenta os seguintes resultados concretos, referentes à Etapa I do PLN em fase de conclusão:

- Redução do risco de Inundações por meio da proteção contra enchentes das áreas urbanizadas e da população local;
- Promoção de melhorias ambientais, a partir da despoluição parcial das lagoas Cabrinha e Lourival, recuperação e construção de áreas verdes – que repercutem na saúde das famílias;
- Alcance do bem-estar da população na melhoria da sua autoestima e das perspectivas otimistas com relação ao futuro;
- Construção de espaços de lazer, por meio do Parque Linear implantado, que se tornou um cartão-postal da cidade, e de cultura, O Teatro do Boi, restaurado com os recursos do projeto, faz parte do circuito cultural da cidade. O espaço está sendo utilizado para apresentações teatrais do circuito Nacional;
- Mobilidade viária, a partir da melhoria do fluxo do tráfego de veículos e a construção de ciclofaixas;
- Valorização imobiliária dos imóveis da região;
- Surgimento de pequenos negócios e interesses empresariais na área;
- Captação de novos recursos financeiros junto ao governo Federal, para novos investimentos na cidade nas áreas de saneamento e mobilidade urbana, fruto do Plano Diretor de Drenagem Urbana de Teresina – PDDUr, e do Plano Diretor de Transportes Urbanos e Mobilidade – PDTU;

□ Melhoria institucional da Prefeitura, principalmente nas Secretarias de Planejamento e de Finanças, com melhoria da gestão e do incremento nas receitas municipais.

A partir do exposto, observa-se que o PLN representa um importante mecanismo de política pública destinado a solucionar a problemática instalada naquela região, por meio das propostas apresentadas, ao considerar que as políticas e os programas sociais são elementos capazes de dar respostas às demandas apresentadas por diferentes formatos de vulnerabilidades e riscos que perpassam o cotidiano dessas famílias.

É importante assinalar que as ações de urbanização da etapa I do PLN contemplam os bairros Acarape, São Joaquim e Matadouro. No entanto, esta pesquisa se propôs a analisar a influência dessas intervenções na saúde das famílias que residem no entorno do Parque Lagoas do Norte, que compreende a área das lagoas do Cabrinha e do Lourival. Nesse sentido, destacam-se as avaliações dos sujeitos entrevistados, que se manifestaram acerca do programa, conforme registros a seguir:

“A minha opinião é que chegou na hora certa para um lugar que nós não tinha expectativa de vida [...]. Nós não tinha mesmo expectativa de nada, porque são um local banhado de lagoas, galerias, aonde todos os dejetos das casas que moravam ao lado descia pra lagoa. E isso ainda tinha um grande problema, que esses moradores, que vieram pra cá no tempo, eles usava do peixe da própria lagoa suja, poluída, e isso durou muito tempo. Então, com o programa, ele veio trazendo a salubridade, eu digo a dignidade dos moradores porque, quando veio o programa, veio também o assentamento, e de relocar, tirar essas pessoas onde moravam insalubre pra botar num local onde ela ia ter menos a condição de vida. Porque a gente, hoje, não pode falar em termo de trabalho, mas é condição. Se você tem um local de moradia fixo, onde você tem um esgoto, uma coisa, eu acho que ali já dá pra você ter mais ou menos uma concepção de vida melhor do que tinha antes, né. Que as pessoas moravam numa casa de taipa, essa área era área, assim, muito perigosa, de todo o conceito. A travessia do pessoal sempre foi uma travessia esquisita, porque tinha que pisar em lama. Isso aqui era área brejada. Era uma área bem triste pra se morar. Com a vinda do programa, nós vimos que o programa, ele trouxe não só a benfeitoria, mas como a melhoria, também, no lado dessas pessoas que moram em frente. Assim, como eu sou uma dessas pessoas que mora há muito tempo, eu conheço um pouco, esse povo que mora na frente disso aqui tudim, tiveram uma melhoria habitacional. A prefeitura também e o programa se preocupou até com o banheiro da casa deles, que pra gente foi um avanço grande, porque o pessoal não tinha banheiro. Porque a maioria dessas casas, até fossa se fosse fazer, não tinha como, porque é brejado. O terreno daqui é tudo brejado. Então, enchia logo. Era um problema danado. O pessoal dizia, por isso que a gente sempre falou nesses aviãozinho, tanto na região do aeroporto como aqui sempre foi assim. Porque não tinha como. Eles faziam, botavam num cano diretamente pra descer na lagoa, pra cair” (Morador 4).

O depoimento acima retrata a opinião de um recorte dos moradores daquela região, uma vez que ele, em particular, acompanha todas as manifestações comunitárias da região, pelo fato de ser partícipe do Comitê Lagoas do Norte, do Conselho de Saúde do Hospital do

Matadouro e do Conselho Comunitário de um dos bairros contemplados com essa etapa do PLN.

“Assim, no início, como a gente morava lá há bastante tempo... No tempo era uns vinte e dois anos, vinte e três anos, a gente ficou meio... Com um pouco de raiva. Tinha o convívio com as pessoas, a gente foi retirado. Mas depois não. A gente percebeu que foi uma melhoria, não só habitacional, de saúde, saneamento, mas até mesmo da segurança. Porque antes ali era muito inseguro. Aí tem também o batalhão que foi pra ali, que já deu também uma segurança. Ali, antigamente, constantemente tinha tiroteio, tinha briga, tinha discussão. No início mesmo, era bastante pesado” (Morador 7).

Esse morador, que é também agente de saúde daquela área, inicialmente manifesta no seu relato que houve resistência ao programa, uma vez que já residia há bastante tempo no local. Demonstrando sentimento que talvez seja fruto das relações de apego com o espaço, com as raízes culturais plantadas no local. Contudo, demonstra, em seguida, que após fazer reflexões sobre as vantagens trazidas pelo programa, foi possível a aceitação, tendo em vista a situação de riscos e incertezas instalada anteriormente.

“[...] o programa foi concebido para revitalizar as lagoas existentes na região norte de Teresina [...] foi pensado numa melhoria ambiental da região. E como as famílias ocupavam a área ambiental e as áreas estavam degradadas, então o PLN, que é uma revitalização ambiental, ela atingiu as pessoas porque as pessoas estavam em áreas de risco e ocupando a parte das margens das lagoas. [...] foi necessário remover as famílias [...]. Hoje você tem uma área recuperada, uma área que era degradada e agora ela está recuperada. Outro, melhorou a qualidade de vida das pessoas, ao entorno e aquelas que viviam nas margens que foram removidas e indenizadas. Então, esse aqui foi o principal objetivo do programa” (Técnico PLN 2).

Na percepção do Técnico do PLN em depoimento acima, o programa atingiu um dos seus objetivos fundamentais, que reside na proposta de revitalização das lagoas, afirma que apesar de a ação ter atingido os moradores da região, promoveu a transformação da infraestrutura física daquela área, abrindo oportunidades para o desenvolvimento socioeconômico da região.

“[...] o Programa Lagoas do Norte ele não abarca só aqui esses bairros adjacentes, mas também a Teresina como um todo. Que é a questão da qualidade de vida, a articulação com outros setores, a questão da mobilidade, que mudou muito. Lá a gente tem um parque que tem condições de acessibilidade, tem uma estrutura ampla, uma estrutura boa. A questão do saneamento básico, que está ajudando à questão do escoamento da água durante as chuvas, está evitando enchentes, o entupimento de bueiros, porque há essa conscientização ambiental. A questão, também, da habitação, que está relacionada à construção das casas, de novas casas, e também a reforma das casas existentes naquela área, pra que seja dada àquela pessoa, àquela família, qualidade de vida. Tem também a questão do desenvolvimento econômico, porque se tornou um ponto turístico, não é verdade?! E como eu falei, essa questão da qualidade de vida, da superação das desigualdades sociais, a questão do enfrentamento às drogas. Esse combate a essa situação de pobreza, de desigualdade mesmo. Eu acho que o programa tem vários objetivos, ele veio pra ‘tá atingindo

vários propósitos e tá proporcionando a essa comunidade realmente a qualidade de vida e o bem-estar que ela merece”(Técnico CRAS 1).

O técnico do CRAS, por meio desse relato, apresenta uma noção mais ampla das ações alcançadas pelo PLN, na qual demonstra que os benefícios do programa são extensivos ao município, e não somente à região, ao tempo em que enfatiza que o programa é fruto de um encadeamento de ações executadas por meio de intervenções multissetoriais, cujos resultados repercutem em vários segmentos, tais como meio ambiente, habitação, drogas, entre outros.

Outro técnico do CRAS confirma a opinião acima, de que os benefícios do PLN são de amplo espectro, e atribui o resultado positivo do programa às ações integradas e intersetoriais, ao afirmar que:

“O PLN tem ação positiva na vida das pessoas e famílias no território e bairros no entorno do Parque, pelo fato de ser desenvolvido a partir de ações integradas, articuladas no âmbito das políticas sociais [...] melhorando a qualidade de vida com resultados a curto, médio e longo prazo, com um modelo de gestão moderno, compartilhado, envolvendo vários atores sociais, tanto a nível de poder público quanto da sociedade civil” (Técnico CRAS 2).

Os técnicos da Saúde que atuam nas Unidades Básicas da região, dentre médicos e enfermeiros, foram unânimes e objetivos em suas opiniões, ao mencionarem que as ações do PLN têm apresentado efeitos positivos na saúde das famílias beneficiárias do programa, e que esses efeitos podem ser facilmente identificados da forma mais ampla – por meio das medidas de limpeza das vias e logradouros e de segurança – a mais restrita – por meio das atitudes dos usuários, seja através do destino dado ao lixo e dejetos, como por meio da frequência dessas pessoas na unidade para tratar de algum problema referente a doenças, assim também como pelo fato de ter diminuído a prevalência de doenças, sobretudo respiratórias e gastrointestinais, que eram as mais comuns.

Contudo, um dos técnicos da saúde, em seu depoimento, faz alusão às oportunidades de renda, como uma ação de desenvolvimento que o PLN tem proporcionado às famílias:

“O programa, ele tem o lado bom e tem o lado ruim. Dentro da área que me abrange, os pacientes ganharam tanto em termo de qualidade de vida, questão de lazer, né, como também do meio de vida. Muitas pessoas colocam uma banquinha na porta da sua casa e vivem daquilo dali, muitas das vezes, e isso vai, aos poucos, fazendo com que a pessoa tenha consciência do valor, de valorizar aquele local, que ali é o ganha pão daquele dia, valorizar também a questão da limpeza e tudo. Porque tudo isso é importante, né?!”(Técnico de saúde 1).

Observa-se, inclusive, que essa opinião está respaldada pelos objetivos esperados com as intervenções do programa, que versa sobre as oportunidades de geração de trabalho e renda e sobre o estímulo à abertura de pequenos negócios, formais e informais. Além disso, esse relato reforça, também, a noção de que a saúde e o bem-estar estão atrelados à renda, à



higiene e à limpeza, e que o conjunto desses requisitos propicia a melhoria da qualidade de vida.

De um modo geral, as famílias beneficiárias do PLN, entrevistadas, apresentaram opiniões positivas, umas mais próximas, outras mais divergentes. No entanto, dada à amplitude do programa e à diversidade das ações, foi possível observar que as intervenções voltadas para a recuperação ambiental e a urbanização das margens das lagoas se constituíram em fatores que repercutiram na elevação do nível de satisfação dos moradores, e não somente a melhoria habitacional.

“Só essa paisagem que fizeram aí, tudo verdinho que você vê aí. Isso aí eu posso dizer que trouxe saúde pra todo mundo. Através disso aí, até o clima mudou. O clima aqui era diferente. Hoje você ‘tá aqui de frente, você sente um clima melhor, é mais ventilado” (Moradora 1).

“Pra mim, o Programa Lagoas do Norte só trouxe tudo de bom. Eu já moro aqui há muitos anos, e o tempo que eu vim morar aqui, era só o mato. Não tinha nada, era só o lixão mesmo [...]. Em tudo. A saúde, tudo. O comércio pra gente trabalhar, a ida e vinda nossa, ônibus, agora a gente tem mais ônibus. [...] Não sei nem como explicar qual o melhor. Porque, pra mim, eu acho muito maravilhoso, é muito lindo você levantar cinco horas da manhã, sair pedalando, aquela ventilação, com aquelas árvores voando. Eu agradeço a Deus todo dia quando eu saio aqui, fico agradecendo a Deus, porque foi muito bom [...]” (Moradora 11).

“Esse programa representa pra nós, aqui, muita coisa. Porque, antes era um sofrimento aqui neste lugar, antes do programa. Não tinha calçamento, não tinha luz, não tinha água. Aí foi melhorando aos pouquinhos. Mas a gente ficou naquele dilema, de tanta muriçoca acabando com a gente, por causa da mata que tinha aí, das lagoas, que era tudo coberta de capim. E aí, com esse programa, melhorou bastante. Nem muriçoca, é difícil aparecer uma. Eu sou muito grata ao meu Deus por esse benefício. Logo, eu não sei se você crê, mas eu creio, eu tinha promessa de melhora neste lugar, antes de acontecer esse programa, eu tinha promessa de Deus. Que Deus ia me exaltar nesse lugar. Nessa época, minha casinha era uma casinha de taipa, só com quatro compartimentos, caindo as paredes. Todos os invernos, eu ia trabalhar chorando, tampar a parede... E por isso eu agradeço a Deus por essa grande melhora que ele nos concedeu aqui neste lugar. A gente foi muito beneficiada, naquele tempo que estava fazendo aí, a gente foi beneficiada com o banheiro, com a cozinha pronta, só que nesse tempo eu morava lá em cima, e pia, lavanderia, tudo a gente foi beneficiada, e eu fiquei muito grata por isso. Antes era terrível” (Moradora 1).

Os depoimentos acima revelam a percepção dos moradores quanto às evoluções que o PLN tem proporcionado à região, a partir de uma visão comparativa das vulnerabilidades sociais e ambientais de antes, como as situações críticas e os riscos ambientais enfrentados, com as potencialidades apresentadas por esses moradores no contexto atual, que perpassam as noções de saúde, clima, renda, transportes e aquisições em geral.

As análises realizadas em torno da trajetória do PLN, situando-o entre as ações de políticas públicas destinadas a proporcionar ações e serviços que proporcionem a melhoria da situação de saúde de seus beneficiários, demonstram que seus objetivos estão sendo

contemplados no contexto interventivo, promovendo a satisfação da comunidade, sobretudo na perspectiva das ações sanitárias e ambientais. Ressalta-se que essas alterações têm sido valorizadas pela população beneficiária em todos os sentidos, sem perder de vista o componente social e cultural, tal qual é apresentado no relato acima.

#### 4.3 O Parque Ambiental Lagoas do Norte (PALN) e as ações focalizadas no entorno das lagoas

A criação do Parque Lagoas do Norte, cuja inauguração ocorreu em 2012, na área do Programa Lagoas do Norte, corresponde à etapa I do referido programa. E apesar de possuir, em sua área de influência, 4 Parques, o parque Lagoas do Norte se constitui num empreendimento de interesse urbano relevante (SEMPLAN/RAAS, 2014).

O espaço envolve em sua extensão físico-geográfica as Lagoa do Cabrinha e a Lagoa do Lourival, cuja extensão compreende respectivamente 260 metros de comprimento por 152 metros de largura, e 400 metros de comprimento por 150 metros de largura. Sua composição compreende um conjunto de espaços formados por áreas de convivência, com quiosques, ciclovia, brinquedos, pista de patins e de skate, aparelhos de ginástica, quadras esportivas e vestiários (SEMPLAN, 2014).

A implantação desse parque linear, segundo Fortes (2012), representa uma nova concepção de intervenção urbanística adotada pelo poder público nas grandes capitais do país, tais como São Paulo, Curitiba e Cuiabá. Como parte integrante das obras do PLN, o projeto significou, principalmente, a recuperação e o saneamento das lagoas, e o tratamento de suas margens.

Na perspectiva de alcançar o desenvolvimento da zona norte da capital, por meio do PLN, o Parque Lagoas do Norte se encontra inserido na proposta de melhorar as condições de vida e o desenvolvimento socioeconômico e ambiental da população em geral, através da urbanização das áreas que margeiam as lagoas e da inclusão produtiva. E representa o processo de redefinição e reordenamento desse espaço urbano, que tem demandado a ação do poder público, pelo fato de ter sido, por muitas décadas, utilizado como depósito de lixo e esgotos domésticos e populares de toda a região (SANTOS; LIMA, 2015).

A requalificação e a urbanização do parque abrangem a recuperação de vales e grotões que se encontram degradados, ambiental e socialmente; a programação e a implantação do ajardinamento e a arborização das áreas marginais; a construção de vias para passeios; a

instalação de equipamentos esportivos; e a disponibilização de áreas verdes voltadas para o lazer e a contemplação do público em geral (FORTES, 2012).

A proposta de solucionar, ou pelo menos minimizar, os históricos problemas socioambientais presentes há mais de 4 décadas na zona norte, remete a resultados de projeções grandiosas, não somente para a região das lagoas, como também para todos os bairros da zona norte. Pois em decorrência dos problemas instalados, as alterações provocadas na natureza trouxeram prejuízos de proporções elevadas à população daquela área (TERESINA, 2007).

A iniciativa da construção do parque, na concepção de Moura (2006), reflete a importância de se encontrar saídas para a redução das agressões sobre a natureza, a fim de se alcançar condições ambientais favoráveis para a qualidade de vida das pessoas, bem como buscar alternativas de harmonizar e integrar o homem com a natureza, além de corroborar com o papel da sustentabilidade do município.

Com base nas observações realizadas junto à população *in loco*, através das visitas domiciliares e institucionais, identificou-se o êxito alcançado pela população e pela equipe técnica do programa. Pois a implantação do parque, com seus objetivos e metas, tem contribuído de modo significativo, tanto para a redução dos impactos negativos causados pela degradação do meio ambiente, quanto para a elevação da autoestima dos moradores.

Em sintonia com o objetivo da implantação dos parques ambientais construídos ao longo da capital, tais como o Parque Ambiental Encontro dos Rios, o Parque Ambiental de Teresina, o Parque Ambiental do Acarape e o Parque da cidade João Mendes Olímpio de Melo, o processo de arborização implementado pelo PLN no Parque Lagoas do Norte apresenta, como um dos seus principais objetivos, a preservação da flora nativa da região. Essa estratégia faz parte da política ambiental que vem sendo praticada nos parques, nas praças e principais canteiros das regiões centrais de Teresina (SEMPLAN, 2014).

A trajetória da referida ação tem apresentado resultados positivos, na medida em que tem demonstrado ganhos significativos, sob o ponto de vista ambiental, estético e cultural para o município. Integram a proposta da arborização as seguintes espécies plantadas no parque: angico branco, oiti, jenipapo, os vários tipos de ipê, carnaúbas, vários tipos de palmeiras (Leque, Mulambo e Americana), garoba, ingarana, mamorana (ou manguba), madressilva, oiticica, sibipiruna, acácia azul, angico preto, pau d'água, ipê de jardim, jasmim, helicônia, bico de arara, espada de São Jorge e agaves.

Ressalta-se que todas as mudas do parque são cultivadas nos viveiros da Prefeitura Municipal de Teresina, e que esse aparelho tem demonstrado grande eficiência na

metodologia utilizada para a realização dos transplantes das citadas mudas (SEMPLAN, 2014).

O parque possui também uma fauna relativamente diversificada, que apesar de ser urbana, em sua maioria, apresenta algumas espécies de fauna aquática nativa, reconhecida por sua resistência na ausência de saneamento. Contudo, os animais mais visíveis na trajetória do local são os iguanas, os cágados, os jacarés e as garças. No contexto das ações em questão, há previsão de ações de resgate da fauna local, que deverá ocorrer antes da ação de limpeza das lagoas. E atendendo a uma regra geral, o programa deverá priorizar as espécies com maiores dificuldades de locomoção, ou outras dificuldades.

O cágado se tornou uma das espécies bastante conhecidas, por fazer parte da alimentação de algumas famílias da região. Pois apesar de terem conhecimento de que as espécies das lagoas são impróprias para o consumo, os moradores se utilizavam da pesca de peixe e desses animais para consumo próprio. No entanto, ao se elencarem os resultados das ações de preservação da fauna implantadas pelo PLN, na redução dos históricos problemas socioambientais, por meio de entrevista, um dos técnicos do PLN expõe sobre a conscientização das pessoas quanto ao consumo desse animal, como uma das ações de educação ambiental que tem repercutido positivamente, ou seja, tem resultado na diminuição da pesca e do consumo dessa espécie:

“[...] o que a gente tem percebido que tem diminuído é a questão do consumo dos cágados, porque a gente também fez uma campanha, agora menos, mas, no começo a gente fazia muito, da valorização dos cágados de barbicha. Inclusive, pra nós aqui da UPS, quem deveria ser a mascote do parque era o cágado de barbicha. Porque aquele animal é presente em todos os lugares [...]” (Técnica do PLN).

“[...] Assim, eu acho que se a gente enveredasse mais pela questão da valorização do cágado, que até ajuda a manter a questão da água limpa. Eles consomem uns tipos de impurezas da água. Mas aí fizeram uma campanha, um concurso, quem ganhou foi a iguana, parece. Que também é um animal muito presente no parque, mas eu acho que o cágado podia ter sido mais, né. Eu acho que seria um animal mais legítimo, diz que ele é até endêmico, diz que nem tem em outro lugar, que tem mais aqui mesmo, aqui, em Teresina [...]” (Técnica do PLN).

As ações implementadas no entorno das lagoas estão relacionadas com a finalidade econômica do programa, que abrange as ações de geração de emprego e renda, compreendendo os pequenos empreendimentos mercantis que estão sendo instalados nos locais específicos do parque, na forma de pequenos comércios de artesanato e de quiosques de comidas típicas.

O espaço tem aproveitamento definido também no âmbito do turismo, inclusive, constitui-se num dos pontos turísticos mais visitados do município, e no desenvolvimento de

atividades culturais na região, uma vez que integra o Projeto, o Teatro do Boi, um importante centro de manifestações culturais, que já se encontra em atividades por meio do funcionamento da biblioteca, de cursos de capacitação profissional, como de cabeleireiro e informática, e outros nas áreas de arte e cultura, como dança, balé e música.

A partir do processo de ambientação que deu origem ao parque, vislumbrou-se a valorização imobiliária da região e, paralelamente, as alterações no cotidiano dos moradores daquela área, com a respectiva melhoria da qualidade de vida. Que foi transformado num importante espaço de prática de atividades físicas.

As vantagens trazidas pelo Parque Ambiental Lagoas do Norte para a capital e, sobretudo, para o cotidiano de seus moradores, traduzem-se nas oportunidades elencadas pela própria comunidade, por meio de suas manifestações, sejam de forma pessoal ou coletiva, através das lideranças comunitárias e do comitê, e pelos profissionais que atuam na região, sobretudo aqueles que fazem parte da área da saúde, quando questionados sobre a repercussão das ações do PLN na melhoria da saúde das famílias que residem no local:

“O programa trouxe uma melhor qualidade de vida pra quela população que reside naquela área. Como uma área pra prática de esporte, de lazer [...]. [...] da população que mora no entorno, que permaneceu, no caso moravam numa área que não era tão prejudicada, teve uma melhoria nesse sentido de transformar aquela área numa área social, uma área bonita, justamente pra essa questão da prática de esportes, lazer, e uma qualidade de vida nesse sentido, principalmente. Acabou que é uma local que proporciona eventos culturais, artísticos. Então, tá trazendo esse enriquecimento pra população, principalmente nesse sentido” (ACS I da UBS I).

“Foi muito, tiraram os mato, a sujeira, e trouxeram o lazer, as atividades, a ampliação do espaço das lagoa, com abertura de espaço pra passeio, estrutura de caminhada no parque e limpeza nas lagoa” (Moradora 2).

“A questão das casas do entorno, também, que teve aí, junto ao programa intervenção, melhoria em cozinhas, ou em salas, ou em pisos, ou em banheiros. Então, mudou muito o contexto interno, dentro do lar, a melhoria, e externo, quanto à rua que passa. Hoje não é mais o esgoto a céu aberto, mas já passou por ali uma intervenção asfáltica, ou em pedra portuguesa, não sei, que nos leva a crer, e nos leva a estar afirmando, que nas inspeções que fazemos, de fato, a situação é outra. A gente pode estar vendo junto ao conselho municipal do Matadouro como era a procura antes e agora, depois do programa” (Integrante CLN).

“Mudou também muita coisa. Só esse ar livre, um ar mais puro que a gente ‘tá respirando. Menina, isso aqui quando é nove, dez horas da noite, é como se a gente tivesse lá na beira da praia. Começa a ventilação, o resfriado da água da lagoa. Tudo melhorou. Antes ninguém conseguia sequer dormir, de muriçoca. Aí, depois que fizeram isso aí, é difícil até ter menos uma muriçoca pra picar a gente. Melhorou muito mesmo, a gente senta aí, a gente fica olhando e meditando no que era e no que é” (Moradora 1).

Com base nos objetivos da promoção e da proteção da saúde preceituados pelo SUS, Paim (2009) assegura que promover a saúde significa fomentar, cultivar, estimular, através de

estratégias amplas e inespecíficas, a saúde voltada para a qualidade de vida dos cidadãos e de seus respectivos espaços comunitários. Para esse autor, para a promoção da saúde é preciso que se tenham boas condições de vida, educação, atividade física, lazer, paz, alimentação, arte, cultura, diversão, entretenimento e ambiente saudável.

Argumenta, ainda, que promover a saúde supõe agir sobre “as causas das causas”, o que significa para o citado autor, atuar sobre os determinantes socioambientais, no sentido de promover o alcance do bem-estar e da qualidade de vida. E a consoante proteção significa promover a redução ou a eliminação dos riscos, por meio de ações especificamente planejadas para esse fim, tais quais a vacinação, o combate a insetos transmissores de doenças, o controle da qualidade da água, dos alimentos, o tratamento de esgotos (PAIM, 2009, p. 46).

Contudo, na realidade estabelecida por meio do PLN, as práticas mencionadas por esse autor são implementadas, mas se concretizam de forma desarticuladas dos processos educativos e integrativos das demais políticas sociais presentes no território. Assim avalia uma das técnicas de Gestão da Saúde, na ocasião da entrevista fornecida para o presente trabalho.

De acordo com essa profissional o órgão gestor do PLN não vem promovendo as articulações necessárias para que o programa se desenvolva com base na integralidade das ações, de modo a facilitar o processo educativo que poderia ser desenvolvido e impulsionado pelas especialidades, vinculando-o a todos os conhecimentos e especificidades, o que facilitaria a proposta da formação de uma consciência educativa.

Por outro lado, há que se registrar as facilidades elencadas pelos profissionais de saúde quanto à sintonia com os resultados positivos, no âmbito dos cuidados orientados, assim também como a elevação da autoestima dos moradores, que a construção do parque proporcionou, podem ser observados a partir dos seguintes depoimentos:

“Eu acho que facilitou no sentido do projeto proporcionar à população uma área que eles possam fazer, por exemplo, atividades físicas, que é o que a gente mais orienta, no caso, dessa população que já tem muitos hipertensos, diabéticos etc. Então, a gente sempre foca nessa questão da atividade física, da alimentação. Então, nesse sentido, eu acho que facilitou muito. Porque aí não tem a desculpa de dizer, “ah, mas eu não tenho onde fazer.” Então, é uma área propícia a esse tipo de atividade” (ACS II UBS I).

“A vida da gente muda naquilo que eu digo sempre, é assim [...]. É o conceito onde nós mora. Hoje nós mora numa área, pode-se dizer, nobre. Área mais habitada, área mais respeitada, área mais valorizada. Melhorou nossa estima, onde hoje nós podemos falar onde moramos. O nosso hospital ficou mais próximo. Quer dizer, a região ficou mais vista. Então, melhorou tudo isso. E nisso, traz, eu acho, um pouco de alegria pras pessoas que mora, até mesmo em diminuição de doença” (Morador 4).

Os relatos acima permitem observar o significado dessas mudanças para a população e, assim também, refletir sobre as condições vividas antes desse processo interventivo. Pois de acordo com esse último relato, as famílias enfrentavam uma espécie de segregação espacial, como resultado da exclusão territorial e da degradação ambiental. Os demais depoimentos mostram, também, que a população vislumbra a moradia em um espaço digno como algo que está em primeiro plano, mas por falta de opção e de oportunidades, terminam percorrendo o caminho das ocupações irregulares. Mesmo assim, reconhecem que poderiam ter melhores condições de moradia. Contudo, há limitações de diversas naturezas, que impedem as mudanças necessárias ao bem-estar desses cidadãos.

**Foto 6** - Lagoas do Norte depois da implementação do parque



Fonte: SEMPLAN (2014).

O registro fotográfico acima permite observar que a partir da implementação do PALN, a população que reside no entorno das lagoas passou a usufruir de uma rotina diferenciada, com qualidade de vida. Pois esse empreendimento permitiu às pessoas uma área de passeio, com condições de mobilidade seguras e acessíveis, que evoluiu de um espaço cuja locomoção era limitada ou impossibilitada, para uma área recuperada, livre de sujeira, que atende aos padrões arquitetônicos modernos e dotados de requisitos voltados para acessibilidade.

E para atender a essa perspectiva da melhoria da qualidade de vida, foi instalado, também, um parque infantil e uma academia popular, a fim de proporcionar à comunidade novas condições de vivência por meio de atividades físicas e de lazer.

#### 4.4 A participação social no contexto das ações de políticas sociais do PLN

Como resultante de um amplo processo de discussão e mobilização política das massas, a Constituição Federal de 1988 representou, para o país, um marco histórico-legal na legitimação da cidadania e na formação da rede de proteção social. Além disso, proporcionou a materialização dos direitos sociais, por meio das políticas públicas vigentes. Dentre as quais, as políticas de saneamento e urbanização, da qual faz parte o Programa Lagoas do Norte.

De acordo com Esping-Andersen (1991), a legitimação dos direitos de cidadania se materializa a partir da garantia dos padrões mínimos de sobrevivência ofertados pelo poder público nas formas de saúde, renda, alimentação, educação, habitação. As intervenções públicas, tais quais as tratadas nesta dissertação, visam demonstrar as melhorias ocorridas nas condições ambientais e sociais de uma área de concentração de bolsões de pobreza, contribuindo com o controle e a redução de doenças e, conseqüentemente, com a melhoria nas condições de saúde da população beneficiária dessas intervenções públicas.

Com base neste processo evolutivo da sociedade, infere-se que embora se registrem altos níveis de sofisticação em todas as áreas das atividades humanas, diante do crescimento do capitalismo moderno, novas necessidades se manifestam, resultando na insegurança social, que reflete no desmonte dos direitos sociais já fragilizados pela atual configuração do universo capitalista (PEREIRA; PEREIRA, 2014).

No plano dos direitos sociais, é importante assinalar que novos contornos de sociabilidade têm sido construídos, por meio das categorias participação e controle social, a partir da Constituição Federal de 1988, cuja finalidade é a formalização das conquistas estabelecidas na referida Carta. A participação e o controle social são categorias que no período pós-democratização estatal têm sido reconhecidas como mecanismos de luta e de defesa dos direitos civis, políticos e sociais, legitimados pela CF de 1988 (FERREIRA, 2001).

A autora acrescenta que esses mecanismos são resultantes das reivindicações que eclodiram no período pós Constituição, cuja materialidade ocorreu a partir da exigência de que a ação estabelecida na citada lei se concretizasse por meio das ações de políticas públicas protetivas. Acerca dessa assertiva assinala, ainda que os direitos de cidadania permaneçam nos moldes figurativos, formais e distantes da realidade de boa parte dos brasileiros, e que



faça parte da formação histórica dessa sociedade a negativa dos direitos do cidadão, sobretudo dos mais vulnerabilizados.

Reitera-se, ainda, a compreensão de Ferreira (2001), ao afirmar que a realidade posta se encontra permeada por novos formatos de ações que aumentam a distância entre ricos e pobres, no qual o pequeno grupo de ricos é hegemônico no controle de regras que “mascaram as desigualdades sociais”.

No entanto, para Carvalho (2002), a aplicação das políticas neoliberais e a retórica do Estado mínimo, sendo a tônica nas políticas públicas, contribuíram para que a realidade das desigualdades e da exclusão social se tornasse ainda mais severas. Resultando no crescimento desordenado dos bolsões de pobreza, com forte presença da exclusão social e o aumento de pessoas expostas a riscos nos diversos espaços territoriais cujo Estado não tem mais poder de controle.

Nesse contexto, ressalta-se a importância de se inserir a discussão acerca da cidadania e sua legitimação a partir da participação popular como mecanismo de consolidação da democracia. Vislumbrando alcançar a materialização dos direitos já consolidados no plano jurídico, por meio da Constituição e das leis orgânicas por segmento.

A conquista da cidadania, de acordo com Ferreira (2001), é um processo em formação, em que sua concretização não ocorre *de per se*, com a formalização dos direitos. Pois os direitos dos cidadãos, mesmo reconhecidos como dever do Estado, necessitam da implementação de um conjunto de ações de políticas públicas protetivas pautadas na igualdade, na equidade e na justiça social, para a sua efetivação. Na concepção de Benevides (1994, p. 7), a teoria constitucional moderna defende que:

[...] cidadão é o indivíduo que tem um vínculo jurídico com o Estado. É o portador de direitos e deveres fixados por uma determinada estrutura legal (constituição, leis) que lhes confere, ainda, a nacionalidade, cidadãos são, em tese, livres e iguais perante a lei, porém, súditos do Estado. Nos regimes democráticos, entende-se que os cidadãos participaram ou aceitaram o pacto fundante da nação ou de uma nova ordem jurídica.

Em face dessa nova realidade, que demanda novos olhares da gestão, a implementação de ações de políticas públicas, a inclusão social, e o acesso aos direitos pelas vias democráticas, é importante assinalar que essas situações há muito têm fomentado as discussões e o processo de construção dos mecanismos de participação voltados para uma nova concepção de cidadania, rumo à superação “[...] do conceito liberal quanto à questão do acesso, inclusão e pertencimento ao sistema político, e conquistar o direito de participar efetivamente da própria definição desse sistema” (SILVA, 1997, p. 17).

O direito de participação deve ser reconhecido em todos os espaços sociais; no entanto, as mudanças crescentes ocorridas na sociedade impõem grandes desafios para o seu exercício. Exigindo, para sua concretização, um maior envolvimento e articulação político-social por parte da população.

O respeito aos direitos de cidadania e participação devem ser considerados a partir das relações que se estabelecem entre os moradores de uma região, bem como entre esses e o espaço em que habitam, cujo sentimento de pertencimento que se desenvolve, compreendida como territorialidade, pode acarretar na resistência em aceitar o processo de mudança e seus respectivos desdobramentos.

Dentre esses aspectos, estão as possibilidades de reconstrução identitária, que diante de um processo de mudança, sobretudo de maior dimensão, como os reassentamentos, exigem mais atenção por parte da gestão, como uma política mais reflexiva e articulada com as demandas da população beneficiária.

Situações como essas supõem múltiplas transformações e que repercutem em alterações no *modus vivendi* dessas famílias, sobretudo daquelas que foram reassentadas em outros espaços mais distantes e diferentes daqueles em que permaneceram por longo espaço de tempo.

Registra-se, nesse sentido, a importância das relações de participação, aliadas aos processos que envolvem o empreendimento, iniciando-se das ações mais elementares, como a aplicação de diagnóstico prévio junto aos moradores, até os níveis mais complexos, como a concretização de ações planejadas, com vistas a solucionar ou, pelo menos, minimizar a complexidade de problemas, devido à realidade social instalada.

Situações de resistência às mudanças foram observadas, a partir da experiência das famílias que residem no entorno do Parque Ambiental Lagoas do Norte, no período referente à implantação do PLN no local:

“Porque é o que eu digo, a gente mexer com o pessoal que mora naquele local há vinte, trinta anos... Que todo mundo, quando você chega, ele diz assim, eu tenho uma identidade, eu tenho uma história ali, nasci ali, pisei naquele chão, plantei aquele pé de manga” (Morador 4).

“Assim, no início, como a gente morava lá há bastante tempo... No tempo era uns vinte e dois anos, vinte e três anos, a gente ficou meio... Com um pouco de raiva. Tinha o convívio com as pessoas, a gente foi retirado” (Morador 7).

“[...] Muitas pessoas não queriam sair porque viviam há muitos anos e aí não aceitaram sair” (Morador 8).

Um extenso e complexo processo de mudança, naturalmente poderá resultar em inquietações, principalmente pela influência dos fatores de ordem cultural, nos quais estão envolvidos os valores, os costumes e as peculiaridades constituídas ao longo do tempo de moradia no local. Uma vez que esses aspectos subjetivos consubstanciam a memória dos moradores – em face do processo de desnaturalização com a saída do local.

Na perspectiva da complexidade que um processo de mudança representa, o morador, conforme depoimento abaixo, sinaliza para essa dinâmica, considerando o quantitativo de pessoas envolvidas na ação. Pois segundo o referido, não se consegue promover uma mudança do espaço de convivência na vida dessa quantidade de pessoas por meio de simples argumentos.

“E mexer em três mil famílias, você vê que a coisa é séria. Inclusive, é chegando numa casa de uma pessoa e dizendo, “você vai ter que sair por isso e por aquilo”. As pessoas todas, elas têm identidade nesse local” (Morador 4).

Ressalta-se a importância de se observar a trajetória de movimentos e lutas no cotidiano das famílias relocadas, ou que estão sofrendo algum processo de mudança em seu domicílio, sobretudo no que se refere à construção e ao desenvolvimento de canais de participação popular. Posto que, de acordo com Silva (1997), as lutas se dão num contexto de conquistas, por meio da garantia da participação nas ações da administração pública; pela viabilização desses canais nos moldes de uma nova cidadania, e pela conquista do direito de participar de forma efetiva dos processos de definição do sistema.

Consoante a essa nova concepção de cidadania, é importante buscar entender as inquietações que se dão no interior destas redes comunitárias, no sentido de entender se os canais existentes têm se consolidado, em face da realidade apresentada pelo local, no sentido de identificar se essa consolidação tem se dado a partir da participação dos moradores quanto ao processo de mudança; se foi respeitada a consulta prévia, se houve a apresentação de alternativas de escolhas, assim como o direito de participação, no sentido de se atingir minimamente um consenso.

“Mas, se percebeu também que nós somos protagonistas, que nós podíamos também emitir a nossa opinião. Porque, na verdade, era uma área que tinha os moradores que tinham todo um conhecimento profundo e cultural de onde estavam” (Integrante do CLN).

“O papel das entidades, da comunidade enquanto organização civil, é reivindicar. Quando a gente reivindica, nós já vamos com entendimento que toda negociação ela pode ter 50%, nunca acontece 100%. Então, dentro dessa nossa negociação, a gente precisa estar dizendo que a gente consegue êxito. E não é, de fato, 100%. Porque, quando se constitui um projeto à entidade ou ao gestor, ele age dentro do seu aparato técnico, embora mais tarde eles olhem, “eu acho que a comunidade tinha razão”.

Mas, de fato, tem algumas proposições, tem algumas opiniões que a gente consegue nas nossas solicitações, tá dando pra fazer esse trabalho, mas ainda têm coisas que é preciso mais a gente engrossar essa fileira e melhorar o tom de negociações, pra que a gente possa ter muito mais, pra que possa ‘tá, dentro do programa, contemplados os anseios da comunidade’ (Integrante do CLN).

Nesse depoimento, a integrante do CLN apresenta a participação popular como uma alternativa para a gestão do programa, uma vez que é a comunidade quem conhece todas as necessidades, anseios, fragilidades e potencialidades da região. Portanto, se colocam como uma alternativa para a gestão, pela possibilidade de representarem um canal de mediação entre a gestão e a comunidade.

De acordo com o Marco de Reassentamento Involuntário – MRI, a participação comunitária teve início concomitante ao acompanhamento social de responsabilidade da gestão do PLN, que teve como finalidade básica facilitar o relacionamento entre o poder público e a comunidade, e minimizar as dificuldades inerentes ao processo de execução das intervenções, vislumbrando, principalmente, a garantia do tratamento destinado às famílias afetadas pelas remoções ou desapropriações (SEMPLAN, 2014).

Quanto às considerações sobre a participação da comunidade no processo de planejamento e execução do PLN, vislumbrando o avanço da região por meio de intervenções que envolvem múltiplas alterações no cotidiano das famílias beneficiárias, foram registradas as seguintes manifestações:

“Eles convidavam a gente. Havia reuniões. Fomos convidados a conhecer a casa, antes de vim (refere-se à casa modelo do PLN). Tinha visitas nas casas, e reuniões, frequentemente” (Moradora 6).

“Fizeram várias reuniões com os moradores para conversar a respeito do projeto. As pessoas podiam dar sugestão. E eles explicavam que era para mais condições e melhorar a vida deles” (Morador 8).

“Nas reunião para falar sobre o programa. Apresentavam o projeto, explicavam como ia ser e pediam a opinião. Explicavam o que era o programa e depois pediam a opinião da gente. Diziam assim: agora é a vez de vocês falar!” (Moradora 10).

Outras duas moradoras têm uma opinião diferente quanto ao processo de participação da comunidade. Pois segundo a moradora 9, aqueles moradores que estavam em áreas localizadas nas proximidades do projeto, ou seja, próximos da administração do parque, foram consultados, em detrimento dos que moram mais distante, enquanto que a outra manifestou desconhecimento acerca da participação dos moradores:

“Pra mim não houve participação! Já do lado de lá, houve participação. Porque os moradores se manifestaram, houve pesquisa em todas as casas sobre as necessidades das pessoas” (Moradora 9).

“Só se foi pra lá. Pra cá, eu não me lembro. Se teve alguma reunião, não me lembro. [...] Porque quando os tratores chegaram ali, aí depois nós fomos comunicados, elas comunicando que nós ia sair” (Moradora 12).

Na concepção de Fisher (1993), estudar o local supõe entender os múltiplos aspectos que compõem a teia social, partindo-se do global para que se possa entender as discussões que estão ocorrendo em âmbito territorial.

Com base na compreensão de Fisher (1993) de que a comunidade em questão possui seus mecanismos próprios de organização e sua forma de mobilização participativa, registra-se a existência do Comitê Lagoas do Norte, que surgiu no ano de 2008, com o objetivo de articular as comunidades envolvidas no programa governamental Lagoas do Norte e a sociedade em geral, cujos principais objetivos são a defesa dos direitos de cidadania dos moradores da região, a análise das ações do Programa e a apresentação de propostas como diretrizes para a melhoria e a adequação das ações<sup>14</sup>.

O Comitê é composto por entidades e organismos representativos das comunidades envolvidas no Programa Lagoas do Norte, e entidades civis que desenvolvem ações sociais afins, tais quais: associação de moradores, vazanteiros, oleiros, catadores, artesãos, etc. Surgiu em atendimento às demandas de mobilização por parte da comunidade, em reação ao andamento das obras do PLN, cujo desenvolvimento anunciado não estava acontecendo, e da preocupação dos moradores com aqueles que residiam nas áreas mais próximas às ações do empreendimento. Pois segundo eles, culturalmente há uma tendência em afastar os mais frágeis (econômico e socialmente) para áreas mais distantes, em detrimento dos mais abastados.

E, por fim, o comitê foi criado também com a finalidade de assegurar que as oportunidades beneficiem aqueles que pertencem à comunidade, assim como assegurar a permanência e o respeito pelos espaços, os valores culturais, afetivos e artísticos construídos, além da permanência dos nativos e da salvaguarda do patrimônio cultural e ambiental que identificam a região<sup>15</sup>. Portanto, esse comitê, como órgão representativo dos moradores, visa à organização da população no sentido de acompanhar e fiscalizar as obras da PMT, ao tempo em que é a instância responsável pelo processo de comunicação com a gestão pública, na medida em que estabelece um canal de diálogo entre esse poder público e a comunidade.

Com base no exposto, essa discussão poderá identificar em que dimensão a concepção da cidadania está sendo respeitada e discutida no contexto das ações empreendidas pelo PLN,

---

<sup>14</sup> Disponível em: <https://comitelagoasdonorte.wordpress.com/quem-somos>, 2015.

<sup>15</sup> Disponível em: <https://comitelagoasdonorte.wordpress.com/quem-somos>, 2015.

no âmbito das ações da gestão pública implementadas na região. Devendo-se atentar para a seguinte observação de Silva (1997):

Na interlocução com o poder governamental, questionam cada vez mais os pacotes de determinações que buscam áreas territoriais, necessidades e interesses nas comunidades, que se adaptem às plataformas elaboradas pela burocracia técnica no espaço de seus gabinetes (SILVA, 1997, p. 67).

De acordo com a política de reassentamento estabelecida pela gestão do PLN, a participação comunitária foi prevista e implementada no bojo das intervenções do programa, por meio de um acompanhamento social cuja finalidade era propiciar meios para um bom relacionamento entre os atores envolvidos nas ações do PLN, dentre os quais, profissionais e beneficiários; minimizar possíveis dificuldades no decorrer da execução das intervenções e, principalmente, garantir às famílias afetadas por remoções/desapropriações um tratamento de qualidade (SEMPPLAN/RMI, 2014).

O acompanhamento social referente ao PLN foi previsto para acontecer durante todo o processo do reassentamento, reforma ou reconstrução de domicílios. E deve permanecer por no mínimo 06 meses. As atividades a serem realizadas deverão ser registradas por meio de Projeto Socioambiental – PSA; sendo esse um documento que retrata o compromisso da PMT com o trabalho socioambiental, e o qual deve descrever todas as atividades que envolvem as ações e a sua relação com a comunidade, conforme estabelecido a seguir:

- Divulgação e informação das ações do programa;
- Acompanhamento e controle da execução das obras; informação e esclarecimento da população sobre a importância do Programa e seus potenciais impactos;
- Atendimento diário à população beneficiária, para atender reivindicações e reclamos;
- Indicação dos grupos de remoção por áreas geográficas;
- Negociação individual com as famílias;
- Acompanhamento do reassentamento propriamente dito;
- Atividades de apoio à reinserção da população no novo espaço.

A fim de facilitar o processo de articulação entre a gestão do programa e a comunidade, a PMT implantou um aparelho público denominado Unidade Socioambiental – UPS, constituído por 12 profissionais destinados à execução das ações comunitárias de suporte, ao iniciar as ações do PLN. Portanto, a UPS representa “o canal de atendimento diário de reivindicações e reclamos da população da região” (MRI, 2014, p. 50).

Os profissionais da UPS com disponibilidade para o atendimento à população são os seguintes: 05 assistentes sociais; 01 psicólogo; 01 biólogo; 03 técnicos de nível médio; 02 técnicos da área de recursos humanos e 01 técnico ambiental.

Além da UPS, os moradores da região poderão contar com dois outros canais de participação, que compreendem o COLAB, que é um recurso de tecnologia representado por meio de um aplicativo que pode ser acessado por qualquer smartphone. Então, através desse aplicativo, os cidadãos poderão fazer contato com o poder público, e registrar sua reclamação ou sugestão. Na oportunidade, as pessoas realizam seu papel de fiscais dos serviços realizados, tais quais, coleta de lixo, iluminação pública etc.

O outro canal a ser utilizado pelos moradores é a Ouvidoria Municipal, constituída por estrutura física preparada para acolhimento dos usuários, cujas demandas podem ser registradas de forma oral ou escrita, pessoalmente ou por telefone, sendo garantido o anonimato do reclamante.

## 5 O PERFIL SOCIOECONÔMICO E DE SAÚDE DAS FAMÍLIAS DO ENTORNO DO PARQUE LAGOAS DO NORTE E SUAS CONDIÇÕES DOMICILIARES

O fato de se considerar que os espaços são constituídos pelo conjunto de territórios e lugares no qual se distribuem os diversos conceitos e culturas, supõe compreender que estes elementos culturais se disseminam e resultam em potencialidades ou fragilidades que perpassam a racionalidade das pessoas e trazem implicações nas noções de risco distribuídos nos diversos espaços (BARCELLOS, 2002).

A partir da base de dados das informações censitárias, o município se caracteriza pela apresentação de uma população de 814.230 (15ª do Brasil); distribuída em 1.392 km<sup>2</sup> de área; com um PIB de R\$ 10,5 bilhões (47,8% do PI), e PIB per capita de R\$ 12.941,00; um índice de mortalidade infantil de 16,1 (PI: 23,1 e BR: 16,7) – 3ª do NE; uma rede de abastecimento de água – rede geral – que abrange 96,5% dos domicílios, e uma rede de esgotos que cobre apenas 17,0% dos domicílios e na área da habitação, com 42,6% dos domicílios classificados entre semiadequados e inadequados (IBGE, 2010).

Considerando as informações obtidas por meio do processo de coleta de dados, a partir da aplicação dos questionários de entrevistas às famílias, buscou-se traçar um perfil dessa população, utilizando-se como indicadores os aspectos relativos à ocupação, ao sexo, ao quantitativo de pessoas por ocupação, à composição familiar, ao grau de instrução, e ao local de trabalho da amostra de entrevistados referentes à população local.

Os resultados dos indicadores supramencionados possibilitaram a construção do quadro com as seguintes informações:

**Quadro 5** - Perfil das famílias entrevistadas

Ocupação	Sexo	Quantidade	Composição familiar	Grau de instrução	Local de Trabalho
Agente de segurança	Masculino	02	03 a 05 membros	Médio e Superior incompleto	Parque Ambiental Lagoas do Norte
Auxiliar de serviços	Feminino	01	02 membros	Ensino fundamental	Parque Ambiental Lagoas do Norte
Comerciante	Feminino	02	03 a 05	Médio e Superior incompleto	Residência e ambulante nas imediações



					do parque
Comerciário	Feminino	02	03 a 05	Ensino médio	Panificadora e loja de confeccões
Do Lar	Feminino	04	03 a 05	02 ensino médio e 02 ensino fundamental	—
Professora	Feminino	01	03	Superior completo	Escola pública estadual
Servidor público	Masculino	01	03	Superior completo	FMS/UBS

**Fonte:** Elaborado pela autora

A partir dos dados expostos, observaram-se os seguintes aspectos referentes às famílias entrevistadas, os quais se expõem a seguir.

Os membros entrevistados, em sua maioria, são do sexo feminino. Dos 13 entrevistados, apenas 03 são do sexo masculino. E quanto ao grau de instrução, percebeu-se que apenas 03 pessoas possuem somente o ensino fundamental, ou seja, não avançaram na sua escolaridade, visto que a maioria dos entrevistados conseguiu concluir o nível médio, desses, 02 se encontram cursando o ensino superior, e 02 já concluíram a graduação.

No tocante à ocupação, constatou-se que a maioria, totalizando 07 dos entrevistados, encontra-se inserida no mercado de trabalho, exercendo atividades por meio de vínculos formais. Enquanto que apenas 02 realizam atividade informal; um possui uma pequena mercearia e a outra uma banca de venda de lanches. Portanto, registrou-se somente 04 beneficiárias que não exercem nenhuma atividade remunerada, não obstante 02 dessas pessoas tenham atingido o ensino médio.

Ainda com relação ao parâmetro ocupacional, por meio da inserção dos entrevistados como trabalhadores do PALN, dos quais 02 foram contratados como agentes de segurança e 01 como auxiliar de serviços gerais; observou-se o cumprimento de um compromisso firmado pelo poder público com a comunidade, de que na medida em que o Programa Lagoas do Norte fosse implementado e surgissem oportunidades de emprego, seria aproveitada a mão de obra local.

Sobre essa particularidade, registrou-se o seguinte depoimento de uma beneficiária do PLN, que teve sua mão de obra aproveitada pelo programa:

“Trouxe mais possibilidade de serviço. Programa que trouxe benefício que muitas pessoas não tinha de trabalhar como zelador, como varredor. Trouxe mais

oportunidade de trabalho, pelos cursos de capacitação que trouxe para as pessoas que moram na região como os garis que passam pelo trabalho reciclável” (Moradora 15).

A fala da moradora acima reproduz o sentimento de gratidão, por ter tido a oportunidade de exercer uma atividade remunerada formalmente. Assim como evidencia a satisfação pelas oportunidades de qualificação trazidas para a região, que promovem aprimoramentos, atualizações – como o curso de reciclagem realizado para os garis – e também proporcionam novas oportunidades.

Constatou-se, ainda, que outros moradores da região tiveram oportunidades de emprego. Como, por exemplo, os carroceiros, que foram contratados pela PMT e passaram a trabalhar na coleta diária de lixo; os garis, que auxiliam no processo de recolhimento dos dejetos, dentre outros que foram aproveitados como agentes de segurança e auxiliares de serviços gerais da UPS; outro núcleo do PLN naquela área. Nesse sentido, os aspectos observados vão ao encontro, também, de um dos objetivos estabelecidos pelo Comitê Lagoas do Norte, quando da sua criação, que é de assegurar as oportunidades para benefício daqueles que pertencem à comunidade.

Com relação à composição familiar, observou-se que há uma variação entre 02 a 05 membros, o que revela que as famílias entrevistadas se inserem no atual modelo da estrutura demográfica brasileira, quanto ao padrão de natalidade dominante, corroborando com a lógica de redução do número de filhos, uma vez que a média de filhos varia entre 01 e 03 por família entrevistada.

Portanto, essa parcela dos entrevistados se constitui em pessoas dotadas dos requisitos necessários para o processo de formação de opinião, dada a escolaridade. Porém, trata-se de famílias que, antes da implantação do PLN, conviviam em regime de coabitação, às vezes mais de duas famílias em um mesmo domicílio, dividindo no seu dia a dia suas angústias e perspectivas com relação ao risco e à redução das inundações; a poluição das lagoas e a contaminação dos seus moradores, ao tempo em que esperavam a recuperação daquele espaço e libertação das famílias desses problemas.

Por outro lado, a análise da situação de saúde de uma determinada amostra populacional requer um entendimento mais amplo daquele espaço, que compreende, por exemplo, os dados referentes ao espaço de convivência dessa população, e não somente sobre eventos relacionados às doenças (BARCELLOS, 2002).

Nesse sentido, buscou-se caracterizar o município de Teresina, na sua amplitude, através dos dados do IBGE e, de forma mais restrita, o entorno do Parque Ambiental Lagoas

do Norte, por meio dos dados registrados pelo Sistema de Informações da Atenção Básica – SIAB, do Ministério da Saúde.

O SIAB tem como objetivo fornecer informações de saúde de uma determinada base populacional. Para isso, tem como referência os conceitos relativos ao modelo de atenção, família, domicílio, área, microárea e território. Consiste, portanto, num sistema destinado à geração de relatórios de uma determinada base territorial ou população coberta pelas equipes de saúde da família. Por meio do qual é possível fornecer dados relacionados à estrutura familiar, ao número de pessoas, e à idade por família, e sobre o saneamento da área.

Portanto, o uso dessa ferramenta favorece o processo de informação ao revelar algumas peculiaridades sobre a situação das desigualdades, os níveis de intervenção, a produção de indicadores e os problemas de ordem sanitária em geral.

Os dados do relatório de informações socioeconômicas do Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB/Ministério da Saúde permite conhecer o perfil das famílias instaladas na região do entorno das Lagoas do Norte e caracterização de seus respectivos domicílios.

A partir das informações referentes aos dados do SIAB/MS/2011, que são alimentadas mensalmente pelas ESFs da região, identificou-se que as famílias do entorno das lagoas apresentam um perfil epidemiológico compatível com o de regiões endêmicas cujas famílias cadastradas apresentam doenças que fazem parte do quadro da pobreza, tais quais as doenças infecciosas e parasitárias como tuberculose, hanseníase, pneumonia, infecção respiratória aguda (IRA) e diarreias, aliadas às doenças crônicas como hipertensão e diabetes, conforme Nota Técnica nº 1/2011/IOC- FIOCRUZ/DIRETORIA, que trata do embasamento técnico e sugestões para ações de controle das doenças da pobreza do Programa de Erradicação de Extrema Pobreza no Brasil.

A partir das tabelas 1 e 3 (Apêndice A), que ilustram o cadastro das famílias, referente aos períodos de 2011 e 2013, houve a intenção de se alcançar subsídios para esta pesquisa, com base nos dados objetivos do perfil de morbimortalidade desses sujeitos. Buscou-se promover um comparativo a partir das informações mencionadas, a fim de se conhecer o nível de evolução do PLN.

Baseado nos indicadores apresentados pelas tabelas expostas (Apêndice A), é possível conhecer o nível de evolução que as famílias beneficiárias do PLN têm alcançado, considerando as mudanças ocorridas no âmbito do saneamento, cujas repercussões têm rebatimento direto na saúde desse público, uma vez que as ações implantadas representam mecanismos facilitadores da concretização das práticas orientadas pela normativa sanitária em vigor.

Entende-se por indicadores de saúde os instrumentos utilizados para mensurar uma dada realidade, considerada como parâmetro norteador. Pode ser compreendido, também, como um mecanismo de gerenciamento, avaliação e planejamento das ações de saúde, viabilizando mudanças nos processos e resultados.

Os dados coletados pelas ESF, sobre as famílias e seus respectivos domicílios, que tratam da quantidade de pessoas e número de famílias cadastradas; das formas de abastecimento e tratamento d'água; do fornecimento de energia elétrica; do tipo de construção e do destino do lixo e de outros dejetos, como fezes e urina, que têm a finalidade de identificar as famílias; planejar as ações; definir prioridades e organizar o trabalho a ser executado, assim como a programação local e o direcionamento das visitas domiciliares.

A análise comparativa das duas tabelas permite identificar que houve redução da quantidade de pessoas e de famílias cadastradas nos domicílios. Pois, das 26.565 pessoas inscritas no cadastro das famílias da área, registrou-se que houve um declínio para 24.842 pessoas. Atribui-se a essa situação, além do processo migratório natural pelo qual algumas regiões da cidade vêm passando, fatores relacionados à implantação do PLN, como a remoção de famílias cuja situação de risco não permitia a continuidade no mesmo espaço de moradia, sendo assim, muitas famílias foram reassentadas e/ou relocadas em outros espaços.

Os indicadores de abastecimento d'água apresentam dados compatíveis com a situação migratória acima mencionada. No entanto, com relação ao tratamento de água, observou-se uma importante particularidade, que revela uma expressiva mudança no cotidiano das famílias, cujo resultado repercute nas condições de saúde desse público. Trata-se da redução do número de domicílios sem tratamento de água, que declinou de 899 famílias para 714 famílias que se encontram sem tratamento da água para seu usufruto, que ao analisar os números apresentados nos quadros referentes às competências 2011 e 2013, percebe-se que houve uma queda, a partir de 50%, chegando quase a atingir 80%, entre os domicílios registrados por equipe no ano de 2013. Portanto, houve a redução do número de domicílios sem tratamento de água, que declinou de 899 famílias para 714 famílias que se encontram sem tratamento da água para seu usufruto.

O depoimento do ACS 1 da UBS 1 contempla essa situação, ao enfatizar sobre o seguinte:

“(…) a questão da qualidade da água que eles consumiam, porque acaba que contaminava a questão dos alimentos. Eu acredito que havia uma maior contaminação, por conta do local onde eles moravam. Então, acredito que essa redução foi por conta disso. E essas questões diarreicas por conta da qualidade da água que a pessoa consumia” (ACS 1).

A informação acima revela que a água se constitui num potente instrumento de veiculação de doenças, sobretudo as diarreicas. Eis o porquê da importância de se alertar a população para a qualidade da água a ser consumida.

Com relação ao tipo de construção das moradias, percebe-se também que houve redução no tipo de material utilizado. Pois se observou a diminuição na construção das moradias, tanto de taipa revestida quanto da não revestida, cuja variação foi de 512 para 273 famílias. O que revela uma boa profilaxia com relação, principalmente, à doença de chagas. Uma vez que, de acordo com o Plano Nacional de Saúde de 2012 a 2015, as condições peri e intradomiciliares favorecem a presença do agente etiológico transmissor dessa doença. Por isso, a existência de recomendações quanto ao cuidado com a população da zona rural ou a que reside, predominantemente, nas chamadas casas de taipa ou de pau a pique (BRASIL, 1989).

Quanto ao destino do lixo e demais dejetos, os dados também apresentaram queda nos índices registrados pelas equipes, entre o período de 2011 a 2013. Essa realidade tem implicações tanto da atenção da ação pública, por meio da realização da coleta de lixo, quanto da mudança de costumes das famílias, motivada pela ação dos profissionais das equipes de ESF, por meio das ações de educação em saúde, através da adesão às práticas preventivas, contrárias ao costume, de desprezar lixo a céu aberto, por exemplo. Acerca desse aspecto, registrou-se um quantitativo de 386 famílias, em 2011, que desprezavam o lixo em espaço a céu aberto, e esta quantidade regrediu para 238 famílias em 2013. Sobre esse processo de mudança, o ACS 1 da UBS I e técnico da UBS II, respectivamente, apresentam as seguintes opiniões quanto à ação da população:

“Eu acho que é mais ou menos essa questão da conscientização das pessoas com relação a forma como deve descartar os lixos, os resíduos do domicílio. Eu acredito que sim. Porque, no caso, acabou melhorando a questão do saneamento básico naquela área, que era bem precário, e agora está menos ruim, digamos assim. Então, com relação às doenças, diarreia, até mesmo a questão de dengue eu acho que diminuiu a questão da incidência, prevalência das pessoas que moram naquela área” (ACS 1 da UBS I).

“Observamos que as famílias dão o destino adequado ao lixo e dejetos que antes eram jogados a céu aberto. A mudança de atitude das pessoas tem sido detectado através das visitas. Com essas mudanças as pessoas têm adoecido menos (...)” (Técnico da UBS II).

E quanto à ação do poder público, o mesmo depoente admite que:

“A gente vê que a população não fica sujando, jogando lixo em local inadequado, a própria lagoa, ali, tem esse processo que os garis limpam, fazem diariamente essa

retirada do lixo. E até mesmo essas questões culturais que acontecem lá, que acabam incentivando as pessoas a terem essa atitude mais positiva com relação ao destino do lixo, que a gente vê lá que têm locais sinalizados, adequados pra você descartar o lixo” (Técnico da UBS II).

Apesar do exposto, registrou-se a insatisfação de outro técnico, da UBS II, quanto à falta de incentivo dos órgãos públicos, sobretudo por parte do gestor da saúde, que não oferece os mecanismos necessários para a melhoria das ações de prevenção e para o fomento da participação dos usuários no processo de educação em saúde. Segundo esse profissional, trabalha-se com doenças transmissíveis, mas não há incentivo da instituição de pelo menos “um auditório na UBS para que se possa trabalhar com as famílias”.

Acrescenta que há orientações específicas para todos os segmentos, mas não há fomento para as ações educativas. Uma vez que apesar do avanço com a implantação do PLN, ainda há muito a ser feito para que a população atinja o nível de consciência necessário aos cuidados com sua saúde e com a manutenção do PALN.

E, por fim, quanto ao fornecimento de energia elétrica, registra-se um atendimento compatível com o número de domicílios registrados.

As tabelas 2 e 4, que também compreendem o período entre 2011 e 2013, trazem dados acerca de doenças como Diabetes Mellitus (DM), Hipertensão Arterial (HA), Tuberculose (TB), Hanseníase (HAN), abrangendo também informações de acompanhamento das Gestantes (GES), dos nascidos vivos, e algumas particularidades referentes às crianças de 0 a 2 anos.

Sobre esses indicadores, a análise comparativa realizada acerca dos dados apresentados comprova que no ano de 2013 houve redução do número de nascidos vivos com baixo peso, assim como do percentual de crianças desnutridas. O acompanhamento às gestantes foi realizado integralmente, e a cobertura do calendário vacinal das crianças foi efetivada, quase que na sua totalidade, pois apenas 3% do público cadastrado deixou de ser atendido.

Observou-se, também, a redução do número de crianças menores de dois anos que tiveram diarreia e que foram tratadas por meio de Terapia de Reidratação Oral – TRO. Não obstante tenha havido um acréscimo do número de crianças dessa mesma faixa etária com Infecção Respiratória Aguda – IRA, registrou-se um decréscimo na quantidade de crianças menores de 5 anos acometidas de pneumonia, e das pessoas maiores de 15 anos hospitalizadas por abuso de álcool.

Paralelamente, observou-se que houve acréscimo nos números relacionados às doenças crônicas não transmissíveis – diabetes e hipertensão. Pois de acordo com o registro

da tabela em questão, tratam-se de doenças cujos usuários acometidos receberam atenção integral, e que o advento do PLN facilitou o acesso às famílias, por meio da ação dos ACS, que têm mais possibilidade de locomoção, devido ao alcance da melhoria da mobilidade urbana.

No âmbito das doenças transmissíveis, houve redução de 50% dos índices de prevalência da hanseníase e a respectiva cobertura integral do atendimento aos usuários portadores dessa enfermidade. Registrou-se, ainda, acréscimo do número de casos de tuberculose, apesar de a sua prevalência ter se mantido estável. E pelo fato de algumas doenças não terem apresentado o índice esperado, quanto à redução dos agravos, constatou-se tanto por meio dessa análise das tabelas apresentadas, quanto por meio do relato de profissionais da saúde sobre essa realidade, como se vê neste depoimento:

“O programa possibilitou a retirada das famílias da área de risco (alagamento) e a consequente propagação de doenças. Com certeza houve diminuição dos agravos, principalmente em relação ao lixo e as doenças de veiculação das águas, sobretudo devido aos alagamentos” (Técnico 2 da UBS II).

Com base na realidade exposta, ressalta-se a importância das ações de saneamento para a redução das doenças, que são causas diretas de agravos e morte, cuja ocorrência se dá pela ausência dessas intervenções, notadamente nos espaços onde se aglomeram as parcelas mais empobrecidas da população.

Considerando-se que a região do entorno das Lagoas do Norte se encontra dotada de infraestrutura necessária para que a população que reside naquela área tenha acesso às condições mínimas de saneamento, destinação e tratamento adequado do lixo, assim como serviços de drenagem urbana, instalações sanitárias corretas e ações educativas voltadas para a promoção de hábitos saudáveis de higiene, apresenta-se um quadro resumo da situação das principais doenças e atendimentos preventivos, cujas causas estão relacionadas à ausência de saneamento:

**Quadro 6 - Doenças relacionadas à ausência de saneamento do entorno do PALN no período entre 2011 a 2014**

<b>CASOS NOTIFICADOS/ANO</b>	<b>ACARAPE</b>	<b>MATADOURO</b>	<b>SÃO JOAQUIM</b>	<b>Total Geral</b>
<b>2011</b>	<b>06</b>	<b>15</b>	<b>28</b>	<b>49</b>
HANSENIASE	2	3	9	14
HEPATITES VIRAIS			2	2
LEISHMANIOSE VISCERAL	2	1		3
MENINGITE	2	5	4	11
TUBERCULOSE		4	5	9
VARICELA		2	8	10
<b>2012</b>	<b>3</b>	<b>43</b>	<b>61</b>	<b>107</b>
HANSENIASE		3	8	11
HEPATITES VIRAIS			1	1
LEISHMANIOSE TEGUMENTAR AMERICANA			1	1
LEISHMANIOSE VISCERAL			1	1
MENINGITE		2	2	4
TUBERCULOSE		6	4	10
VARICELA	3	32	44	79
<b>2013</b>	<b>5</b>	<b>14</b>	<b>36</b>	<b>65</b>
COQUELUCHE			1	1
HANSENIASE		1	10	11
HEPATITES VIRAIS		1		1
LEISHMANIOSE VISCERAL			1	1
MALÁRIA		2		2
MENINGITE	2		4	6
TUBERCULOSE	3	2	5	10
VARICELA		8	15	23
<b>2014</b>	<b>3</b>	<b>26</b>	<b>36</b>	<b>65</b>
COQUELUCHE		3	2	5
HANSENIASE	1	4	12	17
HEPATITES VIRAIS	1	1	1	3
LEISHMANIOSE TEGUMENTAR AMERICANA		1	2	3
LEISHMANIOSE VISCERAL		2		2
MENINGITE			1	1
TUBERCULOSE	1	4	6	11
VARICELA		11	12	23
<b>Total Geral</b>	<b>17</b>	<b>98</b>	<b>161</b>	<b>286</b>

Fonte: MS/FMS/SINAN



Entre os dados relacionados no quadro acima, observa-se que o número de casos notificados representa o panorama da atual situação encontrada no local, que vai de encontro às noções de reconfiguração daquele espaço, cujas intervenções do PLN proporcionaram uma nova realidade, no tocante à melhoria da saúde, buscando adequá-la à política de saneamento básico e aos objetivos do PLN, que vislumbram a redução da incidência de doenças veiculadas pela água, esgoto e resíduos sólidos.

Observa-se que todos os casos das doenças notificados em 2011, apresentam expressiva redução em 2012. Já em 2013, houve prevalência dos índices apresentados pelos bairros Acarape e São Joaquim, e redução dos agravos notificados no bairro Matadouro, assim como em 2014, somente o bairro Acarape apresentou déficit de pouco mais de 50% dos casos, em detrimento dos bairros Matadouro e São Joaquim, que apresentaram pequeno acréscimo e queda pouco significativa, respectivamente.

De uma forma geral, os índices observados no último quadro apresentado comprovam a redução do número de agravos notificados em uma das regiões mais insalubres da cidade. E essa realidade representa uma resposta, por parte do poder público, através das intervenções de saneamento, aliadas às de saúde, de combate e controle dessas epidemias causadas por doenças transmitidas pela água, assim como as endemias causadas pela falta de higiene, pois são as doenças que mais atingem a população de baixa renda e colaboram para a propagação de outras enfermidades, que podem interferir na qualidade e na expectativa de vida da população, e no seu respectivo desenvolvimento.

A situação exposta comprova também a importância da integração entre ações de saneamento e de saúde, uma vez que a Lei Federal de Saneamento Básico – lei 11.445, ao dispor sobre a necessidade de adequação das ações de saneamento às de saúde pública e à proteção do meio ambiente. Da mesma forma que a Lei Orgânica da Saúde – lei 8.080/90, que ao dispor sobre o funcionamento dos serviços de saúde no país, ressalta que o saneamento básico faz parte do elenco dos fatores determinantes e condicionantes para a saúde e, assim, estabelece uma correlação entre o saneamento básico precário e as exposições epidemiológicas existentes.

**Quadro 7** - Perfil da dengue antes e após a implementação do PLN nos bairros referentes à Etapa I do programa

ANO	BAIRROS DO ENTORNO DAS LAGOAS DO NORTE-FONTE DA PESQUISA	Nº DE CASOS NOTIFICADOS DE DENGUE	TOTAL DE CASOS DA REGIÃO
2011	ACARAPE	19	182
	MATADOURO	50	
	SÃO JOAQUIM	113	
2012	ACARAPE	29	278
	MATADOURO	115	
	SÃO JOAQUIM	134	
2013	ACARAPE	7	231
	MATADOURO	76	
	SÃO JOAQUIM	148	
2014	ACARAPE	9	85
	MATADOURO	35	
	SÃO JOAQUIM	41	

Fonte: FMS/SINAN

A dengue se tornou uma das epidemias que mais preocupa a sociedade brasileira em geral e, da mesma forma, a sociedade piauiense, uma vez que se trata de uma doença relacionada à ausência de saneamento, cuja proliferação e suas variações estão amplamente relacionadas aos hábitos e costumes da população, pois a maior parte dos focos do mosquito se encontra em recipientes domésticos, sobretudo aqueles destinados ao armazenamento de água para o consumo de casa. Nesse sentido, além das intervenções diretamente realizadas junto às comunidades, é necessário investimento em ações educativas mais efetivas no combate a essa doença, cujo número de ocorrências tem aumentado significativamente na capital.

É importante lembrar que o combate à dengue é uma responsabilidade do poder público e da coletividade. Cabendo às três esferas, federal, estadual e municipal, implementar medidas de controle em casos de epidemia, capacitação de pessoal para o trabalho de vigilância epidemiológica e controle e pesquisas na área.

O quadro acima trata da situação da dengue nos bairros do entorno das Lagoas do Norte. E revela que os casos notificados, apesar de apresentarem déficit com relação ao total geral de casos notificados no período entre 2011 a 2014, aumentaram de 2011 a 2012, em seguida sofreram queda pouco significativa em 2013 e somente deste ano ao ano de 2014 é que apresenta um déficit satisfatório em relação ao crescimento apresentado anteriormente e em face dos riscos que a epidemia representa para a população. Portanto, além das

intervenções na área do saneamento, é imprescindível a implantação de ações de educação em saúde, de educação ambiental, e do respectivo monitoramento do processo implantado.

Registra-se, por fim, que o conteúdo exposto nas tabelas mencionadas, trata de um esforço em apresentar a presente realidade instalada na região do entorno das lagoas, a partir do trabalho realizado no âmbito da saúde, pelas equipes de ESF e de ACS. No entanto, diante de algumas discrepâncias apresentadas nos dados coletados, o próprio órgão gestor da saúde do município reconhece que o SIAB, assim como o SINAN, não vem sendo acompanhados na íntegra, e que a falta de atualização continuada dessas informações, pode dificultar o processo de avaliação, bem como comprometer o desenvolvimento do programa, além de demonstrar que não está havendo o monitoramento contínuo das ações, de acordo com o preconizado.

#### 5.1 As mudanças identificadas no estado de saúde e na incidência de doenças e o comportamento das famílias em relação aos cuidados com a saúde após a implementação do Programa Lagoas do Norte

Concebido como um conjunto de medidas voltado para a preservação ou a mudança das condições do meio ambiente, vislumbrando a prevenção de doenças e a promoção da saúde, além da melhoria da qualidade de vida da população, o saneamento básico no Brasil é um direito reconhecido pela Constituição de 1988 e legitimado através da lei nº. 11.445/2007, como o conjunto dos serviços, infraestrutura e instalações operacionais de abastecimento de água, esgotamento sanitário, limpeza urbana, drenagem urbana, manejos de resíduos sólidos e de águas pluviais.

A despeito de integrar um dos princípios da lei nº. 11.445/2007, a universalização dos serviços de saneamento básico não faz parte da realidade de todos os municípios. Por isso, o acesso ao abastecimento de água de qualidade e em quantidade suficiente às necessidades dos cidadãos, à coleta e ao tratamento adequado do esgoto e do lixo, e ao manejo correto das águas das chuvas, constituem-se nas condições ideais para uma vida digna, e num dos objetivos da lei acima mencionada. No município de Teresina, por exemplo, apenas 17% dos moradores usufruem desse direito. E na região das Lagoas do Norte, o acesso a esse serviço passou a fazer parte da realidade dos moradores há pouco tempo, mas não na sua integralidade, uma vez que o projeto SANEAR ainda não foi concluído.

De acordo com o Instituto Trata Brasil, tanto a ausência de saneamento quanto a sua precarização comprometem profundamente a saúde da população e o meio ambiente. Dentre as influências negativas mais comuns que a falta de saneamento básico pode proporcionar, elencam-se os prejuízos trazidos através da água. Como por exemplo, pela ingestão de água

contaminada por agentes biológicos, sobretudo bactérias e vírus; pela preparação e consumo direto de alimentos contaminados, na higiene pessoal, na agricultura, na limpeza do ambiente, na manipulação industrial ou nas atividades de lazer.

Essas pesquisas comprovam ainda que os principais agentes biológicos encontrados nas águas contaminadas são as bactérias patogênicas, os vírus e os parasitas. Sendo que as bactérias patogênicas presentes na água e/ou nos alimentos constituem uma das principais causas de morbidade e mortalidade

Portanto, infere-se que o acesso ao saneamento é capaz de reduzir uma série de enfermidades e problemas, cujos reflexos abrangem desde o aproveitamento escolar das crianças, até a produtividade das pessoas no trabalho.

Tendo em vista o exposto, é importante enfatizar que a análise dos efeitos do PLN, referente à sua 1ª etapa, tem registrado impactos positivos sobre a vida das famílias da região da zona norte de Teresina, na qual se podem constatar expressivas mudanças, conforme relatos dos beneficiários e de profissionais envolvidos nas ações e nos serviços correlacionados.

Com base no entendimento de Alves (2012), de que a saúde não deve ser concebida de uma forma isolada, e sim vinculada a todas as situações de bem-estar geral, pois sofre influência das condições sociais, econômicas e ambientais, apresentam-se os depoimentos referentes à pesquisa empírica realizada junto às comunidades do entorno das Lagoas do Norte e aos profissionais que atuam na região, através dos quais manifestam suas concepções, seus valores e expectativas acerca de como conceberam as mudanças promovidas pelo PLN na região:

“Então, como o contexto de saúde é bem amplo, um bem-estar físico, social, mental, espiritual, a gente quer deixar fazer uma reflexão dentro dos dados do PSF, ou seja, era uma área que antes da intervenção, as equipes que atendiam da Estratégia Saúde da Família traziam muito diagnóstico de diarreia, de iras, de outras infecções, por conta que era uma área que não tinha ali toda uma intervenção, um compromisso com saneamento, um compromisso com a questão de encanações, instalações, banheiros próprios, banheiros que, de fato, tenham esse esgotamento pro canal correto. Era a céu aberto. E hoje, a gente já tem um novo diagnóstico de algumas coisas que foram mudadas. Nós sabemos que as doenças comuns, ele vem muito pela questão de onde a população habita, de como é aquela região. Se é uma área que tem mais disposição a questão de poluição, se detecta, além dessas doenças, hanseníase, outras coisas. Mas, com a intervenção, agora é possível notar que diminuiu esses índices, dentro da estratégia saúde da família, o diagnóstico, e, logo, a gente pode ver, porque antes, como ali era uma área em que as pessoas faziam usos daquelas lagoas, pra pesca, pra banho, isso era um agravante, embora seja uma diversão cultural, sem nenhum monitoramento, sem alguém pra dizer o risco que poderia correr, mas, que, na prática, acontecia como se nada tivesse acontecendo. Hoje não. Depois da intervenção, primeiro, continua sendo uma área balneária, mas hoje com a fiscalização, alguém observando, as placas educativas dizendo que não pode estar fazendo uso, e, ainda mais, alguém que por ali presta um serviço, também

ajudando na orientação. Então, eu creio que quando diminui essas práticas, esse consumo desse peixe que ainda não está na hora de consumir, ainda é impróprio, ainda é uma área que precisa atingir outras tecnologias, outros equipamentos pra que, de fato, possa chegar aonde eles querem, que seja um produto consumível. Eu creio que, por conta dessa fiscalização, por conta dessa orientação, por conta da diminuição dessa prática, então, com certeza, a saúde, ela veio, de fato, a mudar. A questão das casas do entorno, também, que teve aí, junto ao programa intervenção, melhoria em cozinhas, ou em salas, ou em pisos, ou em banheiros. Então, mudou muito o contexto interno, dentro do lar, a melhoria, e externo, quanto à rua que passa. Hoje não é mais o esgoto a céu aberto, mas já passou por ali uma intervenção asfáltica, ou em pedra portuguesa, não sei, que nos leva a crer, e nos leva a estar afirmando, que nas inspeções que fazemos, de fato, a situação é outra. A gente pode estar vendo junto ao conselho municipal do Matadouro como era a procura antes e agora, depois do programa. Eu creio que isso, esse conjunto todo, da saúde física e da saúde na questão de melhoria do bem viver, da autoestima, isso com certeza vem [...]” (Integrante do CLN e ACS).

O presente relato revela a nova realidade concebida pela representante daquela comunidade, com base no conceito ampliado de saúde e das ações preventivas, como também de uma nova reconfiguração da área, em face da noção dos riscos de contaminação, que remete não somente às novas demandas referentes à continuidade do processo educativo, mas também ao monitoramento das ações já realizadas.

“É porque assim... Quando a gente retira um lixão pra botar, porque antigamente era um lixão... A gente retira um lixão dum local desses, aonde a maioria das moradoras aqui em frente e ao redor do parque vivia dentro desse lixão atrás de resto de comida, atrás de alguma coisa. Então, foi retirado um lixão desse, eu tenho certeza que trouxe um bem-estar pro morador, trouxe a saúde. Porque eles não têm mais aquela lama que tinha antigamente, que tinha que pisar seus filhos, não tem mais isso. A brincadeira dos meninos era dentro de lama. Hoje não existe mais isso. Então, trouxe uma melhoria de saúde. Eu tenho certeza que no entorno do parque e tudo, vem trazendo isso também. Tenho pra mim que até o conjunto disso chega a demanda do hospital ser menor” (Liderança comunitária e Integrante do CLN).

Esse depoimento demonstra a noção, por parte da comunidade, de que o destino correto de lixos e dejetos é fator preponderante no controle e prevenção de doenças e na satisfação das necessidades dos usuários, inclusive de lazer. E que as vantagens dessas ações refletem, também, na diminuição do atendimento dos serviços de saúde, deixando intrínseco o reflexo na queda dos gastos com o SUS.

“Eu acho que essas mudanças nas condições sanitárias, promovidas com a requalificação da área, que eu não vou dizer só a retirada das famílias, foi a retirada, foi todos o processo de drenagem das águas. Nós estamos no processo, agora, de implantação do sistema de esgotamento sanitário em toda região. Não está concluído ainda, está iniciada a rede de esgoto, que vai atender mais de sete mil domicílios na região. Então a gente só pode ver isso como uma promoção na questão da saúde dessas pessoas. Tem a questão estética, tem a questão ambiental, mas eu acho que a questão mesmo sanitária, de saúde, eu acho que é o mote do negócio” (Técnico PLN 1).

“Melhorou bastante a questão da higiene e isso afastou um monte de doenças também, né. Apesar da gente saber que isso é uma coisa pessoal né, de cada um, é

de cada casa né. Então, a gente ainda entra em algumas casas e que precisa melhorar ainda essa parte de higiene, de limpeza, porque traz doença também. Apesar de não existir mais um lixão, nem água parada, nem nada, né?! Mudamos externamente, mas ainda temos que mudar muita coisa, em cada caso [...]" (Técnico da Saúde 2).

"Das condições sanitárias, bastante. Porque lá o banheiro era fora, não tinha banheiro dentro de casa. Os esgotos não tinha SANEAR, era aberto. Na saúde, melhorou bastante" (Moradora 6).

Percebe-se, por meio desses últimos relatos, que a ausência de medidas efetivas de saneamento e de educação sanitária coloca em risco grande parcela da população, uma vez que grande parte dos moradores tende a lançar os dejetos a céu aberto, favorecendo a transmissão de doenças.

"Eu acho que quando a gente vai fazer a visita, o acompanhamento de famílias que residem naquela base, a gente percebe a questão do bem-estar, mesmo. O bem-estar social, o bem-estar mental, o bem-estar físico dessas famílias. (...) A questão da saúde, a conscientização, a sensibilização com as doenças, que antes lá eram foco de doenças simples de serem combatidas, hoje em dia a gente vê uma redução" (Técnico do CRAS 1).

"A mudança principal foi a questão da área degradada. A recuperação da área degradada. Antigamente as pessoas viviam à margem de lagoas poluídas, em contato permanente com dejetos, com a água suja, e essas famílias foram todas removidas. E a outra é a promoção na qualidade de vida. Que as famílias que ficaram na região, ao entorno do parque, foram beneficiadas com a melhoria na qualidade de vida, e as famílias que viviam, foram transferidas pra um local adequado para ter a sua qualidade de vida melhorada" (Técnico PLN 2).

"[...] a família melhorou por dois motivos, pela urbanização, pela melhoria das condições ambientais, e porque a gente tem o Programa de Saúde da Família lá né, a gente tem o médico, tem a equipe, tem uma enfermeira, tem o dentista, tem o fisioterapeuta, tem os CAPS, né, que ajudam na questão da saúde mental, e tem uma equipe grande de endemias, agentes comunitários, que eles veem as condições de saúde, vê quem nasceu, quem morreu, quem vacinou, quem não vacinou, e levam pra que a equipe tome as providências. Eu acho que a educação tem que ter uma participação, e as questões ambientais têm que ser preservadas ali. Mas eu acho que o carro-chefe daí deve ser a educação. Entendeu? Porque se você educa a criança, os adolescentes, os velhos que já estão lá é difícil mudar o comportamento, mas a criança, o adolescente, o adulto jovem, ele é capaz de absorver o conhecimento [...].Então acho que essa questão do conhecer as coisas faz com que a gente se apegue à sua terra, ao seu bairro, à sua cidade, às suas maravilhas. Porque o Piauí, eu acho já chegou o tempo da gente dizer sempre que é pobre, que é carente, que é isso, que é aquilo[...] não é aquele estado que não produz nada. É um estado que tem as suas potencialidades [...]" (Técnico Gestão Saúde 1).

Observou-se que para esse âmbito da gestão da saúde, sem dúvida o PLN representa um empreendimento de grande importância para a população, que seus desdobramentos têm sido significativos para a melhoria das condições de saúde dos moradores da região, visto que além dos serviços de infraestrutura, houve avanços pela ampliação das equipes de saúde da região – ESF, saúde oral e agentes de endemias. Assim também como para a sociedade teresinense como um todo, uma vez que representou um avanço no âmbito da urbanização e

das condições ambientais da capital. Contudo, é preciso que o processo educativo, no sentido da formação de uma consciência sanitária e ambiental, tenha continuidade.

E quanto a essa consciência ambiental é preciso que aconteça pautada na valorização dos potenciais que o Estado do Piauí, como um todo, possui. Pois ainda há muito que se avançar nesse âmbito e superar essa cultura disseminada de que “o Estado do Piauí é pobre, é carente”. Pois, contrariamente, acredita-se que o Piauí é um Estado com potenciais nas áreas da agricultura, do empreendedorismo e dos serviços de saúde prestados, sobretudo pela capital.

“As famílias se sentiram mais agradável, mais higienizadas, por ter banheiro, cozinha, muro. As pessoas se sentem muito felizes porque não tinham condições de ter cozinha, banheiro e a Prefeitura fez” (Moradora 15).

“Primeiro, a mudança visual, física. A mudança física, a mudança que salta aos olhos, que a maioria dessas ruas eram um beco sem saída, que dava pra uma lagoa. Uma lagoa, inclusive, que era às vezes usada como ponto de desova de pessoas. Bem aqui onde tem um monumento, bem aqui perto do oitavo batalhão, no monumento dos direitos humanos, várias pessoas foram assassinadas e jogadas aí. Porque o lugar era tão ermo, que era fim de linha” (Técnico PLN1).

“[...] eu não tenho assim os dados numéricos, por exemplo, que vai dizer categoricamente essa mudança, mas, de forma empírica, como observador, como uma pessoa que vive, que conhece os problemas ambientais e sociais, e de saneamento, eu posso te dizer com toda certeza, sob essa minha ótica de que houve um ganho significativo. Senão, vejamos, há sete anos atrás nós não tínhamos essa UPA bem aqui no Matadouro, então o Programa Lagoas do Norte trouxe essa UPA pra cá, nós não tínhamos as condições de saneamento que hoje nós temos aqui, era horrível! Eu tenho fotografias que mostram as crianças andando por dentro da lagoa, porque não tinha opção de passar por outro lugar, porque era só uma veredinha. [...] a importância desse programa do ponto de vista da saúde, voltando aqui à sua pergunta, eu tenho certeza que os indicadores de saúde são muito melhores agora. Os índices de diarreia diminuíram, os índices da infestação do mosquito da dengue também diminuíram, os índices de manifestação da leishmaniose, de outras doenças transmissíveis pelo contato humano pela terra, pela sujeira, a hepatite diminuiu. Nós, ainda não chegamos lá, eu digo assim, nós já não somos o que fomos, mas ainda não somos o que seremos” (Técnico PLN 5).

Os relatos acima apontam para a importância da gestão integrada dos serviços, pela qual é atribuído grande parte dos avanços trazidos para a região, sobretudo quanto às obras físicas do PLN e ao aparelhamento da saúde, com os recursos necessários para as ações preventivas. Nessa perspectiva, o técnico faz alusão ao conteúdo do Teresina Agenda 2015, quanto ao alcance da cidade desejada, no que se referem às diretrizes desse documento no tocante à saúde.

“[...] Porque o paciente quando ele me procura, né, eu vejo que o paciente, ele se sente mais confortável, entendeu, e pela qualidade de vida que ele vem levando, o que ele sentia antes, em outro trabalho que ele tinha, por exemplo, ele já não sente mais com o trabalho que ele tá exercendo agora. Na verdade eu tenho uma paciente que trabalhava num restaurante, andava aqui quase toda semana por conta de dores

de coluna e depois que ela montou um negócio na casa dela, onde ela tem um balcãozinho, uma cadeira onde ela senta, tudo, hoje ela me procura bem menos, né?! Então, eu vejo que a qualidade de vida dela melhorou bastante e isso pra mim, acho que, é um elemento importante” (Técnico de Saúde 2).

Esse último depoimento vai de encontro a uma das particularidades apontada pela Lei Orgânica da Saúde – Título I /Parágrafo Único – o qual versa que também diz respeito à saúde as ações que garantem às pessoas e à coletividade as condições de bem-estar físico, mental e social.

A partir do exposto, percebe-se que as modificações foram intensas. Notadamente, com relação aos aspectos ambientais, cujos conflitos existentes na área, relacionados às moradias precárias, ausência de saneamento e degradação ambiental, deram espaço a outras condições de convívio. A respeito do comportamento apresentado pelas famílias após as ações do PLN, recorreu-se novamente aos dados apresentados por meio da aplicação de entrevistas, cujos resultados demonstram que os impactos sociais referentes ao processo de mudança, em sua fase inicial, foram relevantes. Uma vez que envolveu famílias que haviam ocupado a região há mais de 20 anos.

Os maiores impactos sofridos pela população foram referentes ao processo de reassentamento, no qual as famílias que moravam em áreas de risco e de preservação ambiental foram removidas. No entanto, esses problemas foram superados, devido às oportunidades proporcionadas, sobretudo as de reconstrução do domicílio e as de indenização, respectivamente, que possibilitaram a permanência no local ou nas proximidades. Então, de acordo com as entrevistas, constataram-se os seguintes fatos:

“[...] a nossa casa, nós vendemos lá e construímos uma outra melhor. Nesse ato, pra mim, melhorou em tudo. [...]Porque minha casa lá, a gente não tinha tanto conforto como a gente tem aqui. Antes, quando não existia parque, nem casa eu tinha pra morar. Eu morava de favor numa casa da construtora, que é essa que a gente negociou. Que a construtora deu pra gente, e a gente negociou. Que a gente não tinha casa. Aí, depois que começou o parque, minha vida mudou. Eu tava dizendo ainda agorinha, conversando com ele, eu só tenho que agradecer a Deus e tudo, porque, graças a Deus, hoje cada um dos meus filhos já tem uma casinha nesse conjunto. Eu tava falando com ele ainda agora, “Ideraldo, nós só temos... Tem tantas famílias que tem vontade de ter uma casa, não tem. Nós temos a nossa, e ainda conseguimos dar pra cada um dos nossos filhos uma casa.” Então, pra mim isso é maravilhoso. Pra mim, eu só quero que Deus me dê proteção e saúde pra mim correr atrás. Porque eu não preciso mais do que isso, não. Pra minha vida, não. Só o que Deus me der, eu fico feliz. Mas o que eu já tenho, eu já estou muito feliz com isso, porque é muito bom. As meninas<sup>16</sup>aqui, o escritório. Ave Maria, tu é doída, isso é bom demais. Comprei essa casa no melhor lugar que eu podia. As meninas dizem assim, “ah, todo mundo queria naquela avenida lá.” Eu digo: “Mermã, eu quero que

<sup>16</sup> Nesse relato, quando a moradora diz “as meninas”, refere-se às servidoras da SEMPLAN lotadas na UPS que fica localizada naquela área, cujo quadro é composto por técnicos especializados e técnicos de nível médio (SEMPLAN/MRI, 2014).



seja aqui. Não importa aonde for. Se for minha, tá ótimo. Pode ser em qualquer lugar, eu quero que seja aqui perto” (Moradora 11).

O relato acima, assim como os seguintes, ratificam a importância da indenização, não somente pela perspectiva financeira, mas também pela possibilidade de o morador se sentir parte de um processo no qual lhe foi dada a chance de fazer sua escolha, e, sobretudo, pela oportunidade de permanecer num espaço onde nasceu a grande maioria dos moradores, e fincou suas raízes.

“Quando a gente chega pra conversar, e a prefeitura chega também pra falar, que não tem um impacto muito grande na comunidade, a comunidade aceita bem, ela conversa bem, e, pra elas, elas querem é isso. Mas quando tem um impacto muito grande, que elas não são correspondidas do jeito que elas pensam, porque é aquele ditado que eu te falei, “se a gente mora aqui, se eu já tenho a minha história aqui, por que é que eu vou sair?” Aí por isso que nós chega lá e vai conversar com o povo. E, graças a Deus, a prefeitura deu três opções pro pessoal. Que é a retirada, quando não tem jeito. A melhoria no local. E também a indenização. A indenização, pra mim, é a mais vantajada, porque as pessoas que não quer sair, isso e aquilo, porque já tem a sua história, ela pode pegar o dinheiro e comprar uma casa próxima do local. Continua na mesma raiz, continua com o mesmo povo. Eu acho, assim, que a comunidade também acha satisfatório” (Morador 4 e integrante do CLN).

“Porque eu moro lá desde os três anos, vai fazer vinte e cinco. Porque eu, meu pai, meus irmãos, a gente morava na Itamaraty, mas do lado de lá. Lá onde tem o anfiteatro. Nossa casa era lá onde é o anfiteatro. Aí a gente foi indenizado. Perguntaram se a gente queria uma casa, queria indenização... Aí meu pai optou pela indenização. Até porque nossa família era muito grande pra gente morar nunca casinha de dois quartos, não tinha condição. Nossa casa tinha doze cômodos. Era uma família grande. Foi em torno de cinquenta mil reais a indenização. Aí ele comprou essa casa que eu moro, só tinha... Era o primeiro projeto do Vila Bairro, era só um quarto, a cozinha e a sala, era isso. Aí ele comprou aquela casa, deu uma reformada, e comprou outra casa no Lagoa Azul II. Aí meu irmão casou. Como o terreno lá é grande, que ela vai da rua Itamaraty, fica entre as duas ruas, a Seis de Julho, dá uns vinte e oito metros. Vinte e oito por oito. Aí eu fico na metade pra cá, ele fica na metade pra lá da rua. (...)Assim, no início, como a gente morava lá a bastante tempo... No tempo era uns vinte e dois anos, vinte e três anos, a gente ficou meio... Com um pouco de raiva. Tinha o convívio com as pessoas, a gente foi retirado. Mas depois não. A gente percebeu que foi uma melhoria, não só habitacional, de saúde, saneamento, mas até mesmo da segurança” (Morador 7).

Os relatos abaixo estão mais voltados para as conquistas que ocorreram no âmbito da consciência educativa dos moradores. Pois conforme situações apresentadas pelos técnicos, tanto da área da saúde, no que se referem às ações de prevenção de contaminações, quanto pelos técnicos das ações socioambientais, no tocante às demandas de readequação das famílias aos novos formatos de moradia. Ressalta-se a situação das famílias que foram relocadas em espaço planejado para recebê-las, tais quais as que se encontram no Residencial Zilda Arns, conjunto de casas construídas pela PMT para atender as famílias em situação de risco.

“Hoje as pessoas aceitam mais as orientações de fazer caminhada, porque tem um espaço adequado, que é o parque. [...] Melhorou na conscientização das pessoas e os resultados foram: vacinação em dias, destino certo ao lixo e o cuidado com eles mesmos, vindo nas datas certas de atendimento regular, no caso dos portadores de diabetes e hipertensão” (Técnico de saúde 3).

“As pessoas ficaram mais atentas com a coleta de lixo. Se preocupam, inclusive, com a qualidade da água. (...) E você vai percebendo um brilho no olho” (Técnica do PLN 4).

“[...] o objetivo é exatamente dotar essa região de condições de qualidade urbana, que elas eram muito tendentes à área rural, o pessoal cozinhava ainda no fogareiro, naquelas trempes, aqueles negócios. Tinha um que nem fogareiro tinha, fazia aquele fogo, como ainda hoje tem” (Técnico PLN 1).

Os depoimentos expostos possibilitam uma noção da situação na qual se encontram os moradores do entorno do Parque Ambiental Lagoas do Norte, quanto à satisfação com os resultados da etapa I do PLN, os dados possibilitam a percepção de que as famílias sofreram inicialmente com o processo de mudanças, seja pelas questões afetivo-culturais de apego aos espaços em que habitavam há décadas, seja pelas circunstâncias dos hábitos rurais praticados na região, como o de cozinhar em fogareiro, do cultivo de hortaliças nos quintais ou de criatórios de animais como galinhas e porcos, por exemplo.

Contudo, assim como o processo educativo que levou à prática de hábitos urbanos, conforme relato, observa-se que a própria apresentação do local foi capaz de conduzir os moradores a adotarem comportamentos de vida saudáveis para o seu cotidiano, como o cuidado com o destino do lixo, a atenção com a própria saúde, a atenção com o calendário de vacinas e a prática de atividades físicas.

Portanto, com base nesses elementos citados, foi possível constatar que os impactos positivos ocorridos no cotidiano das pessoas, pelo advento do PLN, foram capazes de promover mudanças no comportamento das famílias beneficiárias do programa, em relação aos cuidados com seu estado de saúde.

## CONCLUSÃO

Pautado na perspectiva da saúde coletiva, o presente estudo se focalizou nas influências que as ações de políticas públicas, advindas do Programa Lagoas do Norte, foram capazes de proporcionar, como resposta às demandas oriundas dos impactos que a falta de saneamento e a degradação ambiental causaram a uma determinada comunidade, notadamente, quanto ao processo saúde/enfermidade. Assinala-se que a pesquisa contemplou também a importância da participação social como um requisito fundamental para o alcance da satisfação dos usuários nesse processo de mudança.

A partir da apresentação do recorte da realidade da região da zona norte de Teresina, ao tomar como objeto de estudo as famílias beneficiárias do PLN que residem no entorno do Parque Ambiental Lagoas do Norte, e suas condições de saúde após a implementação do citado programa, constatou-se que o espaço passou a ser foco de grandes mazelas sociais e, conseqüentemente, acenou-se para as demandas das políticas públicas em caráter de urgência, sobretudo nos âmbitos da saúde, do saneamento e da urbanização.

A maioria das moradias da região das Lagoas do Norte nesta capital foge aos padrões de planejamento urbano. O que resultou em impactos negativos para a região, devido à degradação dos espaços naturais e de sobrevivência, em virtude de ocupações, desmatamento, etc. E, assim, os problemas instalados geraram demandas por alternativas de políticas públicas de desenvolvimento urbano, vislumbrando a solução da problemática da região.

Observou-se que dentre os principais aspectos dessa área de grandes concentrações demográficas, os maiores problemas são os tipos de ocupações e os espaços onde foram instalados, que se constituíram por moradias precárias, desordenadas, sem nenhum formato de planejamento, em locais impróprios, perigosos, do ponto de vista da segurança, pelos riscos de desabamentos e de inundações, e insalubres, e assim proporcionava às famílias moradoras uma convivência em situação de vulnerabilidade e risco às várias formas de adoecimento.

Ao estabelecer algumas categorias para análise, tais quais mudanças, facilidades e dificuldades, e realizar a tabulação dos dados empíricos coletados, no sentido de facilitar o entendimento dos resultados da pesquisa, obteve-se os resultados expostos a seguir.

Sobre as mudanças que o PLN promoveu na vida das famílias, a repercussão foi maior na área da saúde. Na percepção das famílias, a etapa I do programa representa o fim das enchentes e alagamento das casas; a melhoria da moradia, livre de ratos e insetos, que passou a contar com condições dignas – cozinha, banheiro, água, luz, calçamento e a convivência em ambiente limpo, com lagoas tratadas.

Já para o Comitê Lagoas do Norte e as lideranças comunitárias, as mudanças representaram, principalmente, a salubridade e o alcance da dignidade da população, mas também acrescentaram que a valorização das moradias elevou a autoestima e proporcionou o empoderamento dos moradores.

Para os profissionais da saúde, significou a diminuição da incidência de doenças (principalmente gastrointestinais, respiratórias, hepatite e dengue); o aumento do índice de vacinação; a maior frequência das famílias na UBS, e o destino adequado do lixo.

Na percepção dos profissionais dos CRAS, as mudanças na área da saúde, observadas a partir da demonstração de conscientização, por parte das famílias, acerca da higiene e do cuidado com a infestação de doenças; na habitação, pela aquisição da casa própria; e na área do trabalho e renda, por meio do surgimento de pequenos empreendimentos e pela requalificação dos artesãos do polo cerâmico, foram consideradas fundamentais.

A partir de uma observação mais ampla, como a manifestada pelos profissionais do PLN, a promoção da recuperação das áreas degradadas e a valorização da região tiveram maior visibilidade. Contudo, a remoção das famílias das áreas de risco, a diminuição da insalubridade e do conseqüente risco de doenças, foram as principais mudanças alcançadas.

Quanto às facilidades, após o advento do PLN, identificou-se o acesso aos serviços de saúde, sobretudo por meio das ESF e ACS, que antes havia dificuldade de acesso, por parte das próprias equipes, aos locais, devido aos problemas de mobilidade urbana da região; a manutenção da limpeza da área, inclusive com a implementação da coleta do lixo, que era realidade desconhecida para esses sujeitos, e no âmbito do trabalho e renda, pelas oportunidades de emprego – nas áreas de serviços gerais, agente de limpeza ambiental e agente de segurança – que surgiram na própria administração do parque e por meio de pequenos negócios.

O CLN e as lideranças consideraram como facilidades a iniciativa do gestor, quanto à implementação do PLN, tendo em vista a amplitude do projeto, assim também como o convite para a participação da comunidade, foi de grande relevância para o contexto da participação social. Considera-se que essa participação se legitimou por meio das obras que foram realizadas, graças às intervenções da comunidade como o mercado do bairro São Joaquim e a praça dos Orixás, essa representa um monumento em homenagem aos terreiros de umbanda situados naquele local, que foi desapropriado, pois faziam parte das ocupações localizadas em área de risco e de preservação ambiental.

Considerou-se a aceitação da comunidade e a preocupação da PMT com os detalhes do projeto, de modo a atender as necessidades daquela população, como facilidades que

corroboraram com a dinâmica das ações. Ainda nessa perspectiva, a retirada das famílias das áreas de risco, a remoção do lixo e a assistência à limpeza, por parte da PMT, o acesso aos serviços essenciais, à mobilidade urbana e à abertura dos espaços de lazer e prática de esportes, também foram consideradas facilidades, inclusive na percepção dos profissionais da saúde e do CRAS.

Contudo, sobre esse aspecto da participação comunitária, percebeu-se que essa dinâmica se efetivou mais por meio do acompanhamento das obras, no sentido de registrar reivindicações, garantir canais de informações e de negociações para solução dos problemas das famílias afetadas, do que de uma ação de desenvolvimento comunitário mais intensa, capaz de promover o fortalecimento das associações e grupos comunitários, de fomentar a ação das famílias por melhores condições de serviços e ampliação do acesso das famílias elegíveis aos serviços de educação e atenção básica da saúde, vislumbrando a consciência ambiental e a educação sanitária da população moradora da região.

Destaca-se que o desenvolvimento das ações integradas; a criação da UPS, como canal de participação da comunidade; a receptividade do público com as ações socioeducativas; e a localização da área utilizada para relocação das famílias reassentadas, foram ações de significativa importância para o contexto do programa, em todas as suas fases, considerados como fatores facilitadores do processo.

E, por fim, identificou-se que a resistência e a conscientização, por parte das famílias beneficiárias, foram os fatores que mais dificultaram o processo de implementação do PLN. Através dos depoimentos e das visitas *in loco*, percebeu-se que houve resistência por parte dos moradores em aceitar o processo de mudança promovido pelo programa, assim também, como a falta de conscientização quanto aos cuidados com a manutenção das obras já realizadas e da limpeza e higiene do parque.

Sobre esse aspecto, registra-se que a gestão do PLN foi criticada, no tocante à falta de articulação intersetorial e de educação continuada. Pois na percepção dos profissionais da gestão da saúde, o programa vem sendo implementado de forma desarticulada dos principais segmentos de políticas públicas, dentre os quais a saúde e a educação, e que a falta do componente educativo contínuo para tratar a problemática da conscientização das pessoas, quanto à manutenção das obras já realizadas, tem causado impacto negativo ao programa.

Percebeu-se, ainda, no contexto das críticas ao PLN, que o fato de o saneamento não ter sido concluído, assim como a falta de estrutura apropriada das áreas criadas para incentivo ao pequeno comerciante, como guarda volumes com tranca, quiosques com área coberta para proteger as pessoas do sol, são situações que têm causado incômodo à população.

Ao avaliar o processo de mudança implementado na região por meio do PLN, identificou-se que as mudanças ocorreram de forma dinâmica, em vários aspectos da vida dos cidadãos. No entanto, houve maior repercussão no âmbito da saúde, visto que os impactos referentes à degradação socioambiental haviam promovido prejuízos elevados aos moradores daquela área, desde as doenças de veiculação hídrica, passando pelas de infestação através de mosquitos, assim como aquelas adquiridas pela presença do lixo nas circunvizinhanças das moradias. Além disso, havia os fatores referentes à violência decorrentes do tráfico de drogas, que era outro fator preocupante, uma vez que a topografia da região facilitava o manuseio e a ocultação de objetos resultantes das ações criminosas.

Identificou-se, principalmente, que as ações voltadas para o saneamento e a revitalização foram as mais esperadas. E que embora a etapa I não tenha sido realizada na sua integralidade, visto que faltou a concretização do saneamento, os componentes realizados representaram ações de grande impacto para os moradores da região, uma vez que promoveu a redução dos problemas socioambientais, principalmente as enchentes e as inundações, cujos prejuízos para a saúde eram em larga escala.

Não obstante algumas críticas apresentadas, sobretudo pelo fato de um dos seus elementos fundantes, que é o saneamento, ainda não ter sido concretizado, a avaliação teve resultados positivos por parte de todos os profissionais e dos moradores envolvidos no levantamento de dados empíricos.

Identifica-se o PLN como um importante mecanismo de política pública destinado a solucionar a problemática da habitação e da saúde instalada naquela região, por meio da proposta de requalificação ambiental; recuperação das lagoas e relocação das famílias a partir da reconstrução e reforma de moradias adequadas.

A área do PLN, referente ao entorno do Parque Ambiental Lagoas do Norte, passou de um ambiente degradado e sujo, para um espaço capaz de proporcionar moradia saudável e digna, na qual a relação entre a população e a natureza passou a ocorrer de forma harmônica. Pois está promovendo àquela comunidade uma rotina com atividades de lazer, contemplação da paisagem, convivência num ambiente recuperado, limpo e, conseqüentemente, menos insalubre, apesar da necessidade da implementação de ações de educação ambiental continuada.

Portanto, os resultados do trabalho mostram que as vulnerabilidades e riscos que perpassam o cotidiano das famílias em estudo, apresentam demandas, sobretudo para as políticas de habitação e de saúde. Revelando que as condições de saúde não são alcançadas isoladamente, mas na ação pública integrada aos diversos setores de vivência dos indivíduos e

famílias. O que permite concluir que o processo de implementação das ações do programa Lagoas do Norte em Teresina influenciou nas condições de saúde da população que vive em seu entorno.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA FILHO, N; ROUQUARYOL, M. Z. **Introdução à epidemiologia moderna**. BR, BA, COOPMED/APCE/ABRASCO, 1992.

ALVES, H. Avanços e desafios do programa bolsa família na perspectiva da determinação social em saúde. **Acta scientiae médica**, 2012.

ALVES-MAZZOTI, A. J.; GEWANDSZNAJDER, F. Revisão bibliografia. In: **O Método nas ciências sociais naturais e sociais: pesquisa quantitativa e qualitativa**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2004.

ARRETCHE, M. Emergência e desenvolvimento do welfare state: teorias e expectativas. In: **BIB**, n. 46, 1995.

BAKER, Judy. Avaliando o impacto de projetos em desenvolvimento voltados à pobreza. In: CARVALHO, Maria do Carmo Brant de; BARREIRA, Maria Cecília Roxo Nobre (Orgs.). **Tendências e perspectivas na avaliação de políticas e programas sociais**. São Paulo: IEE/PUC-SP, 2001, p. 57 a 76.

BARCELLOS, C.; SABROZA, P. C.; PEITER, P.; ROJAS, L. I. Organização espacial, saúde e qualidade de vida: A análise espacial e o uso de indicadores na avaliação de situações de saúde. **Informe Epidemiológico do SUS**, 11(3): 129-138, 2002.

BRASIL. Constituição 1988. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado, 1988.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 11.445**, de 5 de janeiro de 2007. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2007-2010/Lei/L11.445htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/Lei/L11.445htm). Acesso em: 28 jun. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Superintendência de Campanhas de Saúde Pública. **Doença de Chagas: Textos de apoio**. Brasília: Ministério da Saúde. SUCAM, 1989. 52p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Dengue: aspectos epidemiológicos, diagnóstico e tratamento**. Ministério da Saúde, Fundação Nacional de Saúde. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 2002.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Conselho Nacional de Saúde**. Comissão Nacional de Ética na Pesquisa. Resolução 196/96 versão 2012. Brasília, 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. **Portaria nº 648/GM**, de 28 de março de 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.820**, de 13 de agosto de 2009, nº 155 – DOU – 14/08/09 – seção 1- p. 80.



\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Hepatites Virais: o Brasil está atento**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. **Plano Nacional de Saúde – PNS: 2012-2015**. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Sistema nacional de vigilância em saúde: relatório de situação: Piauí / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde**. 5. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Secretaria de Vigilância em Saúde**. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Plano Integrado de Ações Estratégicas. Plano de Ação 2011 – 2015. Brasília, 2012.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. **Lei Orgânica da Saúde nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Brasília: Senado Federal, 1990.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. **Lei Orgânica da Saúde nº 8.142**, de 21 de dezembro de 1990. Brasília: Senado Federal, 1990.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. **Lei Orgânica da Assistência Social nº 8.742**, de 07 de dezembro de 1993. Brasília: Senado Federal, 1993.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466**, de 12 de dezembro de 2012. Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Diário Oficial da União, 2013.

\_\_\_\_\_. Presidência da República, Política Nacional de Proteção e Defesa Civil – PNPDEC **Lei nº 12.608**, de 10 de abril de 2012. Dispõe sobre o Sistema Nacional de Proteção e Defesa Civil – SINPDEC, e o Conselho Nacional de Proteção e Defesa Civil – CONPDEC.

BRAVO, Maria Inês Sousa. A Política de Saúde no Brasil: trajetória histórica. In: **Capacitação para Conselheiros de Saúde: textos de apoio**. Rio de Janeiro: UERJ/DEPEXT/NAPE, 2001.

\_\_\_\_\_. **Saúde e serviço social no capitalismo: fundamentos sócio-históricos**. São Paulo: Cortez, 2013.

BRAVO, Maria Inês Sousa; MATOS, Maurílio Castro de. Reforma Sanitária e projeto ético-político do Serviço Social: elementos para o debate. In: BRAVO, Maria Inês Sousa *et al.*, (orgs.). **Saúde e Serviço Social**. 3. ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2007.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 163-177, 2000.

BUSS, Paulo Marchiori; PELLEGRINI FILHO, Alberto. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, abr. 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312007000100006](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312007000100006)>

&lng=pt&nrm=iso>. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312007000100006>. Acesso em: 22 jan. 2015.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, n. 2, abr./jun., 2000, p.219-230. Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Rio de Janeiro-RJ.

CARVALHO, José Murilo de. **Cidadania no Brasil: o longo caminho**. 2. ed. Rio de Janeiro: Ed. Civilização Brasileira, 2002.

CARVALHO, Luciene F. M. de; LIMA, Antonia Jesuíta de. O Sistema de Proteção Social Brasileiro e a Política de Assistência Social. In: GUIMARÃES, Simone de Jesus; FERREIRA, Maria D'alva Macedo (orgs). **Cadernos de Políticas Públicas: Estado e Sociedade**. Teresina: EDUFPI, 2009.

CASTEL, Robert. **As metamorfoses da questão social**. Petrópolis: Vozes. 1998.

COHN, Amélia; ELIAS, Paulo E. **Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços**. São Paulo: Cortez: CEDEC, 2001.

COMITÊ LAGOAS DO NORTE. Sustentabilidade e Cultura: um NORTE para TERESINA. **Seminário de 7 a 8 de novembro de 2012**. Teatro do Boi. Disponível em: <https://comitelagoasdonorte.wordpress.com/quem-somos/>. Acesso em: 27 mai. 2015.

COUTO, Berenice Rojas. **O direito social e a assistência social na sociedade brasileira: uma expressão possível?** 3. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

CUNHA, Rosani. Transferência de Renda com condicionalidade: A experiência do Programa Bolsa Família. In: **Concepção e Gestão da Proteção Social não Contributiva no Brasil**. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, UNESCO, 2009. p. 331 a 361.

DRAIBE, Sônia Miriam. O Welfare State no Brasil: características e perspectivas. **Caderno de pesquisa**, n. 8. NEPP/UNICAMP, 1993.

ELIAS, Paulo Eduardo. Estado e Saúde: os desafios do Brasil Contemporâneo. **São Paulo em Perspectiva**, v. 18, n. 1, jan./jul. 2004.

ESPING-ANDERSEN, G. As três economias políticas do welfare state. In: **Lua Nova**, 24, 1991. 85-116.

FARIA, C. A. P. de. Uma genealogia das teorias e modelos do Estado de bem-estar social. In: **BIB**, n. 46, 1995, p. 38-72.

FERREIRA, Maria D'Alva Macedo. Participação e controle Social nos anos 90: novas descobertas ou novas utopias? In: **Serviço Social e Contemporaneidade**, v. 1, Teresina: EDUFPI, 2001.

CERQUEIRA FILHO, Gisálio. **A Questão Social no Brasil**. Crítica do discurso político. Rio: Civilização Brasileira, 1982, p.22-192.

FISCHER, Tânia. Poder local: um tema em análise. In: **Poder Local: governo e cidadania**. Rio de Janeiro: FGV, 1993.

FORTES, R. L. Ferraz. **Perspectivas de desenvolvimento para a zona norte de Teresina**. Disponível em: [www.google.com.br](http://www.google.com.br). Acesso em: 18 out. 2013.

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. **Manual de Saneamento**. 4. ed. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, FUNASA. 2006.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2002.

GUIMARÃES, A. J. A.; CARVALHO, D. F. de; SILVA, L. D. B. A. **Saneamento básico**. Disponível em: <http://www.ufrj.br/institutos/it/deng/leonardo/downloads/APOSTILA/Apostila%20IT%20179/Cap%201.pdf>. Acesso em: 15 ago. 2009.

IAMAMOTO, Marilda V. **O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1999.

\_\_\_\_\_. A questão social no capitalismo. **Revista Temporalis** – Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social. Ano 2, n. 3, jan./jul. 2001. Brasília: ABEPSS, Graflin, 2001.

\_\_\_\_\_. **Serviço Social em tempo de Capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social**. São Paulo: Cortez, 2007.

\_\_\_\_\_. O Brasil das desigualdades: “questão social”, trabalho e relações sociais. In: **Ser Social**, Brasília, v. 15, n.33, p. 261-384, jul./dez., 2013.

KERSTENETZKY, Célia Lessa. **O Estado do bem-estar social na idade da razão: a reinvenção do Estado social no mundo contemporâneo**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.

LAKATOS, Eva Maria. **Fundamentos de Metodologia Científica**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

LAST, J. M. A Dictionary of Epidemiology. New York, Oxford University Press. 2. ed. pp. 1-141, 1988. In: WALDMAN, Eliseu Alves; ROSA, Teresa Etsuko da Costa (Orgs.). **Saúde e cidadania**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1988.

LIMA, A. J. de. **A pobreza urbana e suas multifaces: experiências e significados**. Artigo apresentado no VIII Congresso Luso-Afro-Brasileiro de Ciências Sociais. A Questão Social no Novo Milênio. Coimbra 16, 17 e 18 de Setembro de 2004. Centro de Estudos Sociais. Faculdade de Economia. Universidade de Coimbra.

\_\_\_\_\_. **Gestão Urbana e Políticas de Habitação Social: análise de uma experiência de urbanização de favelas**. São Paulo: Annablume, 2010.

LOBO, Theresa. Avaliação de processos e impactos em programas sociais: algumas questões para a reflexão. In: RICO, Elizabeth de Melo (Org.). **Avaliação de políticas sociais: uma questão em debate**. São Paulo: Cortez: IEE/PUC-SP, 2201, p.65-74.

LUNA, E. J. A.; SILVA JÚNIOR, J. B. Doenças transmissíveis, endemias, epidemias e pandemias. In: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **A saúde no Brasil em 2030: prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: população e perfil sanitário** [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz/IPEA/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. v. 2, p. 123-176.

MAY, T. **Pesquisa Social: Pesquisa, métodos e processos**. Trad. Carlos Alberto Silveira Netto Soares. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

MANUAL DO SANEAMENTO BÁSICO. **Instituto Trata Brasil**. Disponível em: [www.tratabrasil.or](http://www.tratabrasil.or). Acesso em: 01 jan. 2016.

MARSHAL, T. H. Cidadania e classe social. In: **Cidadania, classes sociais e status**. Rio de Janeiro: Zahar, 1967, p. 57-114.

MATOS, Maurílio Castro de. No rastro dos acontecimentos: política de saúde no Brasil. In: DUARTE, Marco José de Oliveira *et al.* **Política de Saúde hoje: interfaces & desafios no trabalho de assistentes sociais**. Campinas, SP: Papel Social, 2014.

MÉDICI, André Cezar. Considerações sobre a relação entre pobreza e saúde. In: **Revista Paraná Desenvolvimento**. Curitiba, n. 83, set./dez., 1994, p. 99-113.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 29. ed. Petrópolis: Vozes, 2010. (Coleção temas sociais).

\_\_\_\_\_. **O desafio do conhecimento**. Pesquisa qualitativa em saúde. Rio de Janeiro: Abrasco, 2007.

MIRANDA, Ângelo Tiago. **Urbanização do Brasil: consequências e características das cidades**. 30/06/2006. Disponível em: <http://educacao.uol.com.br/disciplinas/geografia/urbanizacao-do-brasil-consequencias-e-caracteristicas-das-cidades.htm>. Acesso em : 07 jul. 2015.

MOROSINI, Liseane. Reflexo das desigualdades. In: **Radis**, n. 154, Rio de Janeiro, jul. 2015.

MOURA, Maria Geni Batista de; LOPES, Wilza Gomes Reis. **Lagoas da Zona Norte de Teresina e seu entorno: uma análise ambiental**. Artigo apresentado no III Encontro da ANPPAS. Brasília – DF de 23 a 26 de maio de 2006.

NETTO, José Paulo; BRAZ, Marcelo. **Economia política: uma introdução crítica**. São Paulo: Cortez, 2006. (Biblioteca básica de Serviço Social; v. 1). OFFE.

NETTO, José Paulo. Cinco notas a propósito da questão social. In: **Capitalismo Monopolista e Serviço Social**. 6. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

OMS. **Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde: Declaração de Alma-Ata**, 1978. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.

PAIM, Jairnilson Silva. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

\_\_\_\_\_. A Constituição Cidadã e os 25 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). In: **caderno de saúde pública**, Rio de Janeiro, 29(10):1927-1953, out. 2013.

PASTORINI, Alejandra. Delimitando a questão social: o novo e o que permanece. In: **A categoria “questão social” em debate**. São Paulo: Cortez, 2004.

PEREIRA, Potyara A. P. **Política social: Temas & questões**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

PEREIRA, Potyara A. P.; PEREIRA, Camila P. P. Desigualdades persistentes e violações sociais ampliadas. In: **Revista Ser Social**, v. 16, n. 34, jan./jun., 2014, p. 13-29.

PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA. **Secretaria Municipal de Planejamento e Coordenação, Unidade de Gestão de Pessoas**. Teresina: UPMT – SEMPLAN/UGP, Outubro/2014.

PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA. Secretaria Municipal de Planejamento e Coordenação, Unidade de Gerenciamento de Programas. **Marco de Reassentamento Involuntário**. Teresina: UPMT – SEMPLAN/UGP, julho/2014.

PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA. **Secretaria Municipal de Planejamento e Coordenação**. Disponível em: <http://semplan.teresina.pi.gov.br/wp-content/uploads/2015/02/TERESINA-aracterização-do-Município-2015>.

RAICHELIS, Raquel. **Esfera pública e conselhos de assistência social: caminhos para construção democrática**. São Paulo: Cortez, 2000.

ROSANVALON, P. **A crise do Estado-Providência**. Lisboa: Editora inquérito, 1981.

\_\_\_\_\_. **A nova questão social**. Brasília: Instituto Teotônio Vilela, 1998.

SPOSATI, Aldaiza. Especificidade e intersectorialidade da política de assistência social. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo: Cortez, v. 25, n. 77, p. 30-53, mar. 2004.

\_\_\_\_\_. Modelo Brasileiro de Proteção Social não contributiva: concepções fundantes. In: **Concepção e Gestão da Proteção Social Não Contributiva no Brasil**. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, UNESCO, 2009. p. 13 a 56.

SALVADOR, Evilásio. **Fundo público e seguridade social no Brasil**. São Paulo: Cortez, 2010.

SANTOS, Wanderley Guilherme. **Cidadania e Justiça: a Política Social na Ordem brasileira**. Rio de Janeiro: Campus, 1979.

SANTOS, L. A. dos.; LIMA, I. M. de M. F. Parque ambiental lagoas do norte: saneamento e conservação do ambiente entre os bairros Matadouro e São Joaquim Teresina, Piauí, Brasil. **Caminhos de geografia** - revista online. Uberlândia v. 16, n. 54, jun. 2015 p. 224–238. Disponível em: <http://www.seer.ufu.br/index.php/caminhosdegeografia/>

SANTOS, S. N. dos. **Análise Ambiental e Influência da população na Lagoa do Bairro Nova Brasília**. Teresina-Pi: UESPI, 2011.

SEMPPLAN. **Relatório Mundial de Saúde 2006**: trabalhando juntos pela saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, OMS, 2007. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/mostrantp.cfm?codigodest=586>>. Acesso em: 4 mar. 2007.

\_\_\_\_\_. **Bolsa Família e Cadastro Único**: meses de referência 09 e 11/14. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, Brasília: MDS. Disponível em: [http://www.mds.gov.br/programabolsafamilia/cadastro\\_unico](http://www.mds.gov.br/programabolsafamilia/cadastro_unico). Acesso em: 20 fev. 2015.

\_\_\_\_\_. RMI. **Marco de reassentamento involuntário das famílias e imóveis afetados pela implantação da 2ª fase do PLN**. PMT, Secretaria Municipal de Planejamento, Unidade de Gerenciamento do programa. Teresina, julho de 2014.

SILVA, Maria do Rosário de Fátima. Participação Popular e Gestão Pública. In: **Serviço Social e Contemporaneidade**, v. 1, Teresina: EDUFPI, 1997.

SILVA, Maria Ozanira da Silva. Origem e desenvolvimento do Welfare State. **Revista de Políticas Públicas**, v. 1 n. 1, 1995.

SILVA, Maria Ozanira da S.; YASBEC, M. C.; DI GIOVANNI, G. **A Política Brasileira no Século XXI**: a prevalência dos programas de transferência de renda. São Paulo: Cortez, 2004.

\_\_\_\_\_. Bolsa Família: Problematizando questões centrais na política de transferência de renda no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Rio de Janeiro; v. 12, n. 6, dic. 2007. p. 1429-1439.

\_\_\_\_\_. **Pesquisa avaliativa**: aspectos teórico-metodológicos. São Paulo: Veras Editora; São Luís, MA: GAEPP (Grupo de Avaliação e Estudo da Pobreza e de Políticas Direcionadas à Pobreza), 2008.

\_\_\_\_\_. Pobreza, Desigualdade e Políticas Públicas: caracterizando e problematizando a realidade brasileira. **Revista Katálises**, Florianópolis, v. 13, n. 2, p. 155-163 jul./dez. 2010.

SOUZA, Cezarina Maria N. Relação saneamento-saúde-ambiente: os discursos preventivistas e da promoção da saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 16, n. 3, São Paulo, sep./dec. 2007.

SOUZA, Maurício Novaes. **Urbanização e saneamento ambiental**. 2008. Disponível em: [http://mauricionovaes.blogspot.com.br/2008/07/urbanização-e-sanamento-ambiental-um\\_09.html](http://mauricionovaes.blogspot.com.br/2008/07/urbanização-e-sanamento-ambiental-um_09.html). Acesso em: 20 fev. 2015.

TABAK, Bernardo. **Brasil avança, mas é quarto país mais desigual da América Latina, diz ONU**. G1, no Rio. Disponível em: <http://g1.globo.com/brasil/noticia/2012/08/brasil>. Acesso em: 07 jul. 2015.

TELLES, Vera da Silva. Questão Social: afinal, do que se trata? **São Paulo em perspectiva**, Fundação Seade, v. 10, n. 4, out./dez. 1996.

TERESINA AGENDA 2015. **Plano estratégico de desenvolvimento sustentável a cidade que queremos**. Habitação, 2002.

TERESINA. **Programa Lagoas do Norte**: projeto piloto. Prefeitura de Teresina. Unidade de Gerenciamento do Programa Lagoas do Norte-UGP, 2009.

VASCONCELOS, Lia. Urbanização: Metrôpoles em movimento. Brasília, Edição 22, Ano 3 - 5/5/2006. In: **Desafios do Desenvolvimento**. IPEA. Disponível em: [www.ipea.gov.br/desafios/index.php?option=com\\_content](http://www.ipea.gov.br/desafios/index.php?option=com_content). Acesso em: 07 jul. 2015.

## **APÊNDICES**



## APÊNDICE A

Tabela 1 - Cadastro de Famílias (2011)

CADASTRO DE FAMÍLIAS										
		ANO 2011								
EQUIPES ESF/DADOS FAMÍLIAS E DOMICÍLIOS		5	26	74	90	91	92	93	238	TOTAL
<b>1</b>	<b>Quantidade de pessoas</b>	<b>4350</b>	<b>2485</b>	<b>2826</b>	<b>2758</b>	<b>3032</b>	<b>2934</b>	<b>4431</b>	<b>3749</b>	<b>26565</b>
	Masculino	2085	1152	1276	1273	1460	1378	1988	1790	12402
	Feminino	2265	1333	1550	1485	3032	1556	2443	1959	15623
<b>2</b>	<b>Número de famílias cadastradas</b>	1038	620	710	612	732	671	1044	934	6361
	Número 7 a 14 anos escola	538	400	372	222	195	185	481	606	2999
	15 anos e mais alfabetizadas	3294	1597	1994	2132	2356	245	3262	2395	17275
<b>3</b>	<b>Abastecimento d'água</b>									
	Rede pública	1032	618	709	610	729	666	1037	925	6326
	Poço ou nascente	4	1		2	3	4	4	1	19
	outros	2	1	1			1	3	8	16
<b>4</b>	<b>Tratamento de água no domicílio</b>									
	Filtração	929	468	646	527	619	593	861	716	5359
	Fervura	5			1	1	3	3	1	14
	Cloração	1	1			18	3	62	4	89
	Sem tratamento	103	151	64	84	94	72	118	213	899
<b>5</b>	<b>Tipo casa</b>									
	Tijolos / Adobe	979	563	684	576	614	653	888	731	5688
	Taipa revestida	21	25	12	15	38	8	22	20	161
	Taipa não revestida	39	32	14	21	80	10	133	183	512
	Madeira									
	Material aproveitado									
	Outros							1		1
<b>6</b>	<b>Destino do lixo</b>									
	Coleta pública	1023	606	688	603	730	656	883	724	5913
	Queimado / enterrado	6		5	7	2	10	15	17	62
	Céu aberto	9	14	17	2		5	146	193	386
<b>7</b>	<b>Destino de fezes/urina</b>									
	Sistema de esgoto	43	1		9	10	18	93	1	175
	Fossa	946	546	682	578	609	636	799	675	5471
	Céu aberto	49	73	28	25	113	17	152	258	715
<b>8</b>	<b>Energia elétrica</b>	1005	617	710	612	727	647	1017	929	6264

Fonte:SIAB/DAB/DATASUS (2015).

Tabela 2 - Acompanhamento de famílias (2011)

ACOMPANHAMENTO DE FAMÍLIAS									
		ANO 2011							
EQUIPES		5	26	74	90	91	92	93	238
1	Nascidos vivos (soma)	35	42	30	20	24	21	34	45
	Nascidos com peso menor de 2500 g	5	7	0	0	3	1	5	3
2	Gestante (média)	14	19	12	13	16	13	15	20
	% acompanhadas	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
3	Crianças 0 a 11 meses e 29 dias (média)	43	521	369	32	30	24	33	47
	% com vacinação em dia	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	96,97	100,00
	% desnutrida	0,00	4,76	0,00	0,00	0,00	0,00	3,13	0,00
4	Crianças menores de 2 anos (média)	95	85	71	71	61	54	69	101
	< 2 de crianças que tiveram diarreia	4	19	1	4	5	2	3	6
	< 2 de crianças com diarreia que TRO	100	85	0	1	4	2	3	6
	< 2 Crianças que tiveram IRA	4	8	0	12	8	6	22	4
5	hosp. <5 anos por pneumonia (soma)	3	2	2	3	0	0	3	4
	peçoas menores de 5 anos	127	223	193	0	0	10	162	273
	taxa hosp. Em menores de 5 anos por pneumonia por 1000	23,62	8,97	10,36			0,00	18,52	14,65
	% hospital . Pneumonia em < 5anos	3,85	2,74	5,88	6,52	0,00	0,00	3,9	5,13
6	hosp. < 5 anos por desidratação	0	1	1	0	1	1	3	0
	% hosp. < 5 anos por desidratação	0	1,37	2,94	0	3,13	1,82	3,9	0,0
7	hosp. por abuso de álcool (soma)	1	2	0	0	1	0	0	0
	peçoas de 15 anos ou mais	3.306	1.556	1.875	1.992	2.292	2.320	3.194	2.455
	% hosp. por abuso de álcool	0,00	2,74	0,00	0,00	3,13	0,00	0,00	0,00
8	hosp. por complicação com diabetes (soma)	5	3	1	5	3	2	7	2
	diabéticos cadastrados	50	52	53	61	72	61	76	43
	% hosp. por complicação com diabetes	6,41	4,11	2,94	10,87	9,38	3,64	9,09	2,56
9	Diabéticos cadastrados (média)	50	53	53	61	72	61	76	43
	diabéticos acompanhados	50	53	51	59	72	61	76	42
	% diabéticos prevalência	1,67	3,41	2,79	2,99	2,95	2,63	2,42	1,89
10	Hipertensos cadastrados (média)	208	232	256	250	269	203	282	164
	% hipertensos acompanhados	100	100	89,84	87,20	100,00	100,00	99,65	88,41
	% prevalência	6,93	15,19	13,49	12,25	11,01	8,77	8,97	7,22
11	Tuberculose cadastrados (média)	1	0	1	1	0	0	0	0
	com tuberculose acompanhadas		0	1	1	0	0	0	0
	peçoas de 20 anos e mais		1.527	1.897	2.040	2.444	2.315	3.145	2.272
	% tuberculose acompanhados	100		100	100		0,00	0,00	0,00
	% prevalência tuberculose	0,03	0,00	0,05	0,05	0,00	0,00	0,00	0,00

12	Pessoas c/ hanseníase cadastradas (média)	1	2	4	0	1	1	1	2
	Com hanseníase acompanhadas		2	4	0	1	1	1	2
	pessoas de 20 anos e mais		1.527	1.897	2.040	2.444	2.315	3.145	2.272
	% c/ hanseníase acompanhados	100,00	100,00	100,00	0,00	100,00	100,00	100,00	100,00
	% prevalência	0,03	0,13	0,21	0,00	0,04	0,04	0,03	0,09
13	total famílias acompanhadas (média)	10304	536	485	533	744	501	773	562

**Fonte:** SIAB/DAB/DATASUS (2015).

Tabela 3 - Cadastro de Famílias (2013)

<b>CADASTRO DE FAMÍLIAS</b>										
		<b>ANO 2013</b>								
	<b>EQUIPES ESF/DADOS FAMÍLIAS E DOMICÍLIOS</b>	<b>5</b>	<b>26</b>	<b>74</b>	<b>90</b>	<b>91</b>	<b>92</b>	<b>93</b>	<b>238</b>	<b>TOTAL</b>
<b>1</b>	<b>Quantidade de pessoas</b>	<b>3186</b>	<b>3008</b>	<b>3153</b>	<b>3262</b>	<b>3270</b>	<b>2402</b>	<b>3112</b>	<b>3449</b>	<b>24842</b>
	Masculino	1547	1387	1420	1602	1307	1035	1355	1662	<b>11315</b>
	Feminino	1639	1621	1733	1660	1963	1367	1757	1787	<b>13527</b>
<b>2</b>	<b>Número famílias cadastradas</b>	<b>752</b>	<b>760</b>	<b>705</b>	<b>885</b>	<b>879</b>	<b>633</b>	<b>767</b>	<b>854</b>	<b>6235</b>
	Número 7 a 14 anos escola	450	440	92	467	282	185	252	491	<b>2659</b>
	15 anos e mais alfabetizadas	2487	2016	2785	2157	2748	1950	2554	2386	<b>19083</b>
<b>3</b>	<b>Abastecimento d'água</b>									
	Rede pública	750	758	702	37	877	612	762	846	<b>5344</b>
	Poço ou nascente	0	1	3	8	1	18	5	1	<b>37</b>
	outros	2	1	0	1	1	3		7	<b>15</b>
<b>4</b>	<b>Tratamento de água no domicílio</b>									
	Filtração	694	566	683	647	873	537	747	659	<b>5406</b>
	Fervura	3	0	2	7	1	2	3		<b>18</b>
	Cloração	1	1	3	85	1	2	1	3	<b>97</b>
	Sem tratamento	54	193	17	146	4	92	16	192	<b>714</b>
<b>5</b>	<b>Tipo casa</b>									
	Tijolos / Adobe	727	707	701	823	863	553	763	689	<b>5826</b>
	Taipa revestida	15	24	3	33	9	30	2	17	<b>133</b>
	Taipa não revestida	10	29	1	29	6	50		148	<b>273</b>
	Madeira							1		<b>1</b>
	Material aproveitado									
	Outros					1		1		<b>2</b>
<b>6</b>	<b>Destino do lixo</b>									
	Coleta pública	747	747	703	506	868	564	766	677	<b>5578</b>
	Queimado / enterrado	1	0		367	5	29		17	<b>419</b>
	Céu aberto	4	13	2	12	6	40	1	160	<b>238</b>
<b>7</b>	<b>Destino de fezes/urina</b>									
	Sistema de esgoto	36	139	6	34	839	237	87	1	<b>1379</b>
	Fossa	696	550	699	824	33	338	679	649	<b>4468</b>
	Céu aberto	20	71		27	7	58	1	204	<b>388</b>
<b>8</b>	<b>Energia elétrica</b>	<b>745</b>	<b>750</b>	<b>698</b>	<b>882</b>	<b>855</b>	<b>625</b>	<b>735</b>	<b>851</b>	<b>6141</b>

Fonte: SIAB/DAB/DATASUS (2015).

Tabela 4 - Acompanhamento de famílias (2013)

ACOMPANHAMENTO DE FAMÍLIAS									
		ANO 2013							
	EQUIPES	5	26	74	90	91	92	93	238
1	Nascidos vivos (soma)	29	34	28	43	26	11	28	43
	Nascidos com peso menor de 2500g	0	2	1	3	2	1	2	2
2	Gestante (média)	15	22	16	20	16	7	22	29
	% acompanhadas	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
3	Crianças 0 a 11 meses e 29 dias (média)	43	38	31	34	25	21	24	52
	% com vacinação em dia	100,00	97,37	100,00	97,06	100,00	100,00	100	100,00
	% desnutrida	0,00	2,94	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,00
4	Crianças menores de 2 anos (média)	81	75	59	66	54	46	47	104
	< 2 de crianças que tiveram diarreia	3	1	0	3	4	2	2	4
	< 2 de crianças com diarreia que TRO %	100,00	100,00	0,00	100,00	75,00	0,00	100,00	75,00
	< 2 Crianças que tiveram IRA (média)	2,47	12,00	0,00	16,42	12,73	8,7	29,79	2,88
5	hosp. <5 anos por pneumonia (soma)	0	1	0	0	2	1	3	2
	peessoas menores de 5 anos	48	182	192	69	65	82	80	152
	taxa hosp. em menores de 5 anos por pneumonia por 1000	0,00	5,49	0,00	0,00	30,77	12,20	0,00	13,16
	% hospital. Pneumonia em < 5anos	0,00	1,52	0,00	0,00	4,65	2,70	0,00	2,35
6	hosp. < 5 anos por desidratação	0	2	0	0	0	1	0	0
	% hosp. < 5 anos por desidratação	0,00	3,03	0,00	0,00	0,00	2,70	0,00	0,0
7	hosp. por abuso de álcool (soma)	0	0	1	1	0	0	1	0
	peessoas de 15 anos ou mais	2.397	1.951	2.040	1.640	1.732	1.578	2.311	2.383
	% hosp. por abuso de álcool	0,00	0,00	5,88	1,75	0,00	0,00	3,70	0,00
8	hosp. por complicação com diabetes (soma)	4	4	2	7	4	3	2	0
	diabéticos cadastrados	50	66	52	70	80	73	68	51
	% hosp. por complicação com diabetes	5,71	6,06	11,76	12,28	9,3	8,11	7,41	0
9	Diabéticos cadastrados (média)	50	66	52	70	80	73	68	51
	diabéticos acompanhados	50	66	50	55	80	73	68	50
	% diabéticos prevalência	2,27	3,54	2,51	4,00	4,33	4,50	2,94	2,3
10	Hipertensos cadastrados (média)	226	278	244	256	264	225	236	177
	% hipertensos acompanhados	100,00	98,56	93,85	76,56	100,00	100,00	100,00	96,04
	% prevalência	10,24	14,82	11,77	14,64	14,29	13,88	10,19	7,99

11	Tuberculose cadastrados (média)	0	1	1	0	0	3	0	2
	com tuberculose acompanhadas	0	1	1	0	0	0	0	2
	peessoas de 20 anos e mais	2.206	1.863	2.073	1.749	1.848	1.621	2.316	2.216
	% tuberculose acompanhados		100,00	100,00	0,00	0,00	0,00		100,00
	% prevalência tuberculose	0,00	0,05	0,05	0,00	0,00	0,19	0,00	0,09
12	Pessoas c/ hanseníase cadastradas (média)	0	2	3	0	2	1	0	1
	com hanseníase acompanhadas	0	2	3	0	2	1	0	1
	peessoas de 20 anos e mais	2.206	1.863	2.073	1.749	1.848	1.621	2.316	2.216
	% c/ hanseníase acompanhados	0,00	100,00	100,00	0,00	100,00	100,00	0,00	100,00
	% prevalência	0,00	0,11	0,14	0,00	0,11	0,06	0	0,05
13	total famílias acompanhadas (média)	812	584	469	496	721	498	622	583

Fonte: SIAB/DAB/DATASUS (2015)

## APÊNDICE B

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

**Título de Estudo:** “O processo de implementação das ações do Programa Lagoas do Norte em Teresina e sua influência nas condições de saúde da população que vive em seu entorno”.

**Pesquisadora responsável:** Prof. Dr<sup>a</sup> Maria D’Alva Macedo Ferreira.

**Instituição/Departamento:** Universidade Federal do Piauí – UFPI/Centro de Ciências Humanas e Letras (CCHL) / Departamento de Serviço Social / Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas.

**Telefone para contato:** (86) 98821-9526/ (86) 99929-4061 / (86) 3215-5808

**Local de coleta de dados:** na unidade executora do Programa Lagoas do Norte, na Unidade Básica de Saúde, no CRAS da região e na residência dos beneficiários.

Prezado(a) Senhor(a),

V.Sa. está sendo convidado(a) a responder às perguntas deste questionário de forma totalmente **voluntária**. Antes de concordar em participar desta pesquisa e responder a este questionário, é muito importante que compreenda as informações e instruções contidas neste documento. Os pesquisadores deverão responder a todas as suas dúvidas, antes de sua decisão de participar. Resguarda-se o direito de **desistir** da participação na referida pesquisa a qualquer momento, sem nenhuma penalidade e sem perder os benefícios aos quais tenha direito.

**OBJETIVO DE ESTUDO:** Analisar se a execução da 1<sup>a</sup> etapa do Programa Lagoas do Norte influenciou na saúde das famílias que residem no entorno das Lagoas.

**PROCEDIMENTO/INSTRUMENTO:** A participação nesta pesquisa consistirá em responder entrevistas, colaborando assim, com o processo informativo em geral.

**BENEFÍCIOS:** Contribuirá para verificar a efetividade dessas intervenções e as consequências no controle e tratamento de doenças nos bolsões de pobreza que poderá fornecer subsídios para novas ações públicas, além de possibilitar a correção de eventuais desvios de objetivos e redirecionar ações de saúde.

**RISCOS:** A participação nas entrevistas poderá proporcionar lembranças de vivências passadas em espaços cujos entrevistados já não residem mais, que por sua vez não trará boas repercussões, caso a família não esteja satisfeita com a atual moradia.

**SIGILO:** As informações fornecidas terão sua privacidade garantida pelas pesquisadoras responsáveis. Os sujeitos da pesquisa não serão identificados em nenhum momento, mesmo quando os resultados desta pesquisa forem divulgados em qualquer que seja a modalidade.

Ciente e de acordo com o que foi anteriormente exposto, eu \_\_\_\_\_ concordo em participar desta pesquisa e autorizo o uso das informações e dados, para a finalidade a que se destina a pesquisa, assinando este consentimento em duas vias, ficando com a posse de uma delas.

---

**Local e data:**

**Assinatura:**

**identidade:**

**Pesquisadora responsável:**

---

**Número da**

Em caso de dúvida ou se necessitar fazer alguma consideração sobre a ética da pesquisa, entre em contato com comitê de Ética por meio do seguinte endereço:

Comitê de Ética em Pesquisa-UFPI-Campus Universitário Ministro Petrônio Portela-Bairro Ininga/  
Centro de Convivência L09 e 10CEP: 64.049-550- Teresina-Pi/ Tel. (86)3215-5734email:  
[cep.ufpi@ufpi.edu.br](mailto:cep.ufpi@ufpi.edu.br) web: [www.ufpi.br/cep-CampusUniversitário](http://www.ufpi.br/cep-CampusUniversitário).



## APÊNDICE C

### ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA FAMÍLIAS BENEFICIÁRIAS

(RESPOSTA ABERTA)

Caro(a) Senhor(a),

A presente entrevista visa identificar as mudanças que as intervenções do PLN proporcionaram nas condições de saúde das famílias vulneráveis que residem no entorno do Parque Lagoas do Norte, a partir da implementação desse programa até o término de sua 1ª etapa.

Sua participação, por meio das respostas apresentadas com clareza e segurança, será de fundamental importância pela valiosa colaboração para o processo de avaliação das ações que estão sendo executadas, no sentido de desvelar as influências que o PLN proporcionou à saúde das famílias beneficiárias de suas ações na área acima mencionada.

#### **DADOS DE IDENTIFICAÇÃO:**

Sexo:

Estado civil:

Faixa etária: De 25 a 35 ( ) De 35 a 45 ( ) De 45 a 55 ( ) De 55 a 65

Grau de instrução:

Ocupação:

Empresa/Local de trabalho:

Endereço:

#### **PERGUNTAS ESPECÍFICAS:**

- 1) Qual a sua opinião sobre o PLN?
- 2) Que ações do PLN considera mais importantes?
- 3) O que mudou na sua vida, e na de seus familiares, após as obras do PLN?

- 4) Que mudanças o PLN trouxe na sua saúde e na de seus familiares, após a melhoria das condições sanitárias, ambientais e de habitação?
- 5) Quais foram os principais desafios deste processo de implementação do PLN?
- 6) Como se deu a participação dos moradores no processo de planejamento e execução do PLN?
- 7) Esta participação foi satisfatória, no sentido de ter seus direitos e necessidades respeitados?
- 8) O PLN, nesta primeira etapa, atendeu às demandas dos moradores, no tocante à saúde?

### RESPOSTAS

## APÊNDICE D

### ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA TÉCNICOS DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE - UBS (RESPOSTA ABERTA)

Caro Profissional,

A presente entrevista visa identificar as mudanças que as intervenções do PLN proporcionaram nas condições de saúde das famílias vulneráveis que residem no entorno do Parque Lagoas do Norte, a partir da implementação desse programa até o término de sua 1ª etapa.

Sua participação, por meio das respostas apresentadas com clareza e segurança, será de fundamental importância pela valiosa colaboração para o processo de avaliação das ações que estão sendo executadas, no sentido de desvelar as influências que o PLN proporcionou à saúde das famílias beneficiárias de suas ações na área acima mencionada.

#### DADOS DE IDENTIFICAÇÃO:

1. Sexo:
2. Faixa etária: De 25 a 35 ( ) De 35 a 45 ( ) De 45 a 55 ( ) De 55 a 65 ( )
3. Formação Acadêmica:
4. Unidade de Vinculação:
5. Cargo:

#### PERGUNTAS ESPECÍFICAS:

- 1) Que avaliação você faz sobre o PLN?
- 2) Como as ações do programa são percebidas na melhoria da saúde das famílias que residem no entorno do Parque Lagoas do Norte?
- 3) Que mudanças foram observadas nas atitudes dessas famílias no âmbito das ações preventivas, de controle e de redução de doenças e agravos?
- 4) Que elementos propiciaram à equipe detectar essas mudanças observadas no cotidiano das famílias?
- 5) Que ações ou atitudes caracterizam essas mudanças na saúde dessas pessoas?

- 6) No contexto das ações de educação em saúde, há orientações específicas direcionadas a essas famílias que residem nessas regiões endêmicas?
- 7) Quais as facilidades e as dificuldades observadas após a implementação do PLN, quanto ao seguimento, por parte das famílias, das orientações de prevenção das doenças e agravo?

### RESPOSTAS

## APÊNDICE E

### ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA TÉCNICOS DA GESTÃO DA ATENÇÃO EM SAÚDE

(RESPOSTA ABERTA)

Caro Profissional,

A presente entrevista visa identificar as mudanças que as intervenções do PLN proporcionaram nas condições de saúde das famílias vulneráveis que residem no entorno do Parque Lagoas do Norte, a partir da implementação desse programa até o término de sua 1ª etapa.

Sua participação, por meio das respostas apresentadas com clareza e segurança, será de fundamental importância pela valiosa colaboração para o processo de avaliação das ações que estão sendo executadas, no sentido de desvelar as influências que o PLN proporcionou à saúde das famílias beneficiárias de suas ações na área acima mencionada.

#### DADOS DE IDENTIFICAÇÃO:

6. Sexo:
7. Faixa etária: De 25 a 35 ( ) De 35 a 45 ( ) De 45 a 55 ( ) De 55 a 65 ( )
8. Formação Acadêmica:
9. Unidade de Vinculação:
10. Cargo:

#### PERGUNTAS ESPECÍFICAS:

- 8) Que avaliação você faz sobre o PLN?
- 9) Como as ações do programa são percebidas na melhoria da saúde das famílias que residem no entorno do Parque Lagoas do Norte?
- 10) Que mudanças podem ser observadas nas atitudes dessas famílias no âmbito das ações preventivas, de controle e de redução de doenças e agravos?
- 11) A FMS possui dados que permitam observar alguma mudança nas condições de saúde das famílias moradoras do entorno do parque?

- 12) Que ações ou atitudes caracterizam essas mudanças na saúde dessas pessoas?
- 13) No contexto das ações de educação em saúde, há orientações específicas direcionadas a essas famílias que residem nessas regiões endêmicas?
- 14) Há articulação entre os órgãos responsáveis pela execução e administração do PLN e a saúde?
- 15) Quais as facilidades e as dificuldades observadas após a implementação do PLN, quanto ao seguimento, por parte das famílias, das orientações de prevenção das doenças e agravo?

### RESPOSTAS

## APÊNDICE F

### ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA TÉCNICOS DO PROGRAMA LAGOAS DO NORTE - PLN

(RESPOSTA ABERTA)

Caro Profissional,

A presente entrevista visa identificar as mudanças que as intervenções do PLN proporcionaram nas condições de saúde das famílias vulneráveis que residem no entorno do Parque Lagoas do Norte, a partir da implementação desse programa até o término de sua 1ª etapa.

Sua participação, por meio das respostas apresentadas com clareza e segurança, será de fundamental importância pela valiosa colaboração para o processo de avaliação das ações que estão sendo executadas, no sentido de desvelar as influências que o PLN proporcionou à saúde das famílias beneficiárias de suas ações na área acima mencionada.

#### I. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO:

- 1) Sexo:
- 2) Estado Civil:
- 3) Faixa etária: De 25 a 35 ( ) De 35 a 45 ( ) De 45 a 55 ( ) De 55 a 65 ( )
- 4) Formação Acadêmica:
- 5) Unidade de Vinculação:
- 6) Cargo:

#### II. PERGUNTAS ESPECÍFICAS

1. Que avaliação o(a) senhor(a) faz sobre o PLN?
2. Qual a sua percepção sobre os objetivos desse programa?
3. Na sua opinião, o PLN atingiu as metas estabelecidas para a 1ª Etapa?

4. Que mudanças as intervenções promoveram na saúde das famílias beneficiárias do PBF do entorno do Parque Lagoas do Norte?
5. Que elementos propiciaram à equipe detectar essas mudanças observadas no cotidiano das famílias?
6. Quais as principais facilidades e dificuldades encontradas nesse processo de trabalho com as famílias assistidas?
7. Quais os principais desafios para a implementação desse programa?

### **RESPOSTAS**



## APÊNDICE G

### ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA TÉCNICOS DO CENTRO DE REFERÊNCIA DA ASSISTÊNCIA SOCIAL - CRAS

(RESPOSTA ABERTA)

Caro Profissional,

A presente entrevista visa identificar as mudanças que as intervenções do PLN proporcionaram nas condições de saúde das famílias vulneráveis que residem no entorno do Parque Lagoas do Norte, a partir da implementação desse programa até o término de sua 1ª etapa.

Sua participação, por meio das respostas apresentadas com clareza e segurança, será de fundamental importância pela valiosa colaboração para o processo de avaliação das ações que estão sendo executadas, no sentido de desvelar as influências que o PLN proporcionou à saúde das famílias beneficiárias de suas ações na área acima mencionada.

#### DADOS DE IDENTIFICAÇÃO:

- 1) Sexo:
- 2) Estado Civil:
- 3) Faixa etária: De 25 a 35 ( ) De 35 a 45 ( ) De 45 a 55 ( ) De 55 a 65 ( )
- 4) Formação Acadêmica:
- 5) Unidade de Vinculação:
- 6) Cargo:

#### PERGUNTAS ESPECÍFICAS:

- 1) Que avaliação o(a) senhor(a) faz sobre o PLN?
- 2) Que trabalho social esse CRAS realiza com as famílias beneficiárias do PBF, sob a perspectiva intersetorial, que envolve interface com o PLN?

- 3) Que avanços o PLN trouxe para as famílias beneficiárias do PBF, sob a perspectiva da superação dos problemas relacionados à pobreza?
- 4) Que elementos propiciaram à equipe detectar esses avanços observados no cotidiano das famílias?
- 5) As famílias beneficiárias do PBF, que residem no entorno do Parque, são orientadas sobre a importância de participarem dos processos de ações político-democráticas do território, na perspectiva do empoderamento?
- 6) Foi realizado algum trabalho de orientação às famílias quanto à importância do controle social e da participação comunitária na execução das ações de políticas sociais?
- 7) Que facilidades e dificuldades foram observadas na vida das famílias, após a implementação do PLN?

### RESPOSTAS