

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL INSTITUTO DE
GEOCIÊNCIAS PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GEOGRAFIA

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

**GEOGRAFIA DA SAÚDE: PROCESSO SAÚDE/DOENÇA NO BAIRRO SANTO
AFONSO - NOVO HAMBURGO - RS**

SABRINA DIAS DOS SANTOS

ORIENTADOR: PROF. DR. MÁRIO LEAL LAHORGUE

PORTO ALEGRE

2017

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL INSTITUTO DE
GEOCIÊNCIAS PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GEOGRAFIA

**Geografia da Saúde: processo saúde/doença no Bairro Santo Afonso - Novo
Hamburgo - RS**

Sabrina Dias dos Santos

Orientador: Prof. Dr. Mário Leal Lahorgue

Banca Examinadora:

Profa. Dra. Cristianne Maria Famer Rocha (PPGcol)

Profa. Dra. Tânia Marques Strohaecker (PPG em Geografia/UFRGS)

Prof. Dr. Roberto Verdum (PPG em Geografia/UFRGS)

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Geografia como
requisito para obtenção do título de Mestre em Geografia.

PORTO ALEGRE

2017

CIP - Catalogação na Publicação

dos Santos, Sabrina Dias

Geografia da Saúde: Processo saúde/doença no
Bairro Santo Afonso - Novo Hamburgo - RS / Sabrina
Dias dos Santos. -- 2017.

115 f.

Orientador: Mário Leal Lahorgue.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do
Rio Grande do Sul, Instituto de Geociências,
Programa de Pós-Graduação em Geografia, Porto Alegre,
BR-RS, 2017.

1. Geografia da Saúde. 2. Processo saúde/doença. 3.
Enfermidade. 4. Território. 5. Saúde. I. Lahorgue,
Mário Leal, orient. II. Título.

Trabalho dedicado aos meus pais, Lita e Gelson, que com todo amor lutaram para que seu filhos seguissem com os estudos. Eles sabem que a educação é o maior patrimônio que eles poderiam nos dar. Também dedico a minha tia Margarida (tia Tam), que sempre nos estimulou aos estudos.

Obrigada por tudo!

APRESENTAÇÃO

Ainda lembro da primeira vez que participei de uma reunião da Pastoral da Criança. Eu deveria estar entre os sete ou oito anos de idade e estava de férias na casa da minha tia Zuza, irmã da minha mãe. Ela me chamou para acompanhá-la em uma visita a algumas amigas que moravam na zona rural. Depois de algumas horas no carro e uma caminhada de minutos, debaixo de um sol impiedoso e pernas arranhadas pelo capim seco, chegamos a uma grande palhoça com chão de terra batida e com bancos para as pessoas que estavam chegando poderem descansar. Mulheres, crianças (e os cachorros que acompanhavam seus donos), faziam uma barulheira em clima de entusiasmo. Principalmente as crianças, que quando não estavam chorando, estavam brincando no terreiro (com os cachorros). Nesse dia, minha tia ensinou às mulheres da comunidade rural, a preparação de uma mistura no qual o ingrediente principal era a casca de ovo. Eu achei aquilo tão inusitado, todavia, fazia sentido porque ela sempre vivia pedindo para minhas tias e para minha mãe a não jogar a casca do ovo fora. Depois ela me disse que a casca do ovo ajudava as crianças a não adoecerem. Nascida em Montes Claros, uma cidade encravada no sertão de Minas Gerais, norte do estado (também conhecida por fazer parte da área do polígono das secas), eu não fazia idéia que a época a desnutrição infantil assolava a região, (estava mais interessada em também em brincar com os cachorros).

Acho que minha tia incentivou minha mãe a fazer a mesma coisa no bairro em que morávamos em Montes Claros. Minha mãe que sempre teve um espírito solidário, revolucionário e politizado (além de ser desinibida e sociável) viu nisso uma oportunidade de ajudar, conscientizar e também politizar as pessoas com pouca instrução. Ela se juntou as irmãs de caridade (que realizavam trabalhos sociais em nosso bairro e os adjacentes), conseguindo voluntários e doações para a primeira Celebração da Vida. Durante uma época, ela era uma das coordenadoras, e eu ia junto com ela nas visitas às famílias cadastradas e não cadastradas. Ela seguiu muito tempo ajudando a pastoral, mas à medida que eu ia crescendo aquilo já não me interessava mais. O meu desinteresse (e um pouco de raiva) começou quando a todo instante alguém batia no portão nos pedindo ajuda. O pessoal sabia que podia contar com meus pais e nossa casa já era referência para quem precisava de donativos.

Aquilo me enfurecia, porque nossa condição financeira não era tão boa e achava um desaforo meus pais repartirem o pouco que tínhamos.

No final da minha adolescência, talvez com 18 ou 19 anos de idade, esse pessoal ainda recorria à minha casa pedindo ajuda (alguns pediam roupas, outros itens de cesta básica, algumas mulheres pediam ajuda para encontrarem emprego como domésticas). Embora tivessem diminuído as idas a nossa casa, quem aparecia sempre me incomodava. Até que em um dia, um rapaz perguntou ao meu pai se ele não teria um saco de arroz ou de feijão para dar. O meu pai disse que sim e me pediu para buscar, porém notei que a nossa feira do mês já estava acabando. Chamei meu pai no canto e disse que não era possível tal doação. Mas ele foi e pegou um dos últimos sacos de arroz que tínhamos, eu tentei impedir, mas foi em vão. Depois de ter dado o arroz para o moço, eu disse (com muita raiva) que ele não poderia ter feito aquilo porque era um dos últimos que tínhamos, e insultei o moço e todas as outras pessoas que iam a nossa casa pedir coisas. Era um momento financeiramente muito difícil para nós, meu pai estava desempregado, minha mãe também, o único que tinha renda fixa era o meu irmão que trabalhava como office boy, e todo salário dele era para nossas despesas. Havia parentes que nos ajudavam com alimentos não perecíveis e uma tia que sempre nos dava a cesta básica mensal. Então aquela situação me deixava preocupada, chateada e naquele dia com muita raiva do meu pai e daquelas pessoas que pediam coisas. Quando eu terminei de insultá-los e de murmurar pela casa, meu pai me disse: "nessa casa nunca faltou nada e não vai ser agora que vai faltar". Com essa frase meu pai me deixou constrangida e desnorteada. Era verdade, apesar de tudo, nunca tinha faltado nada e nós, de alguma maneira, estávamos na mesma situação daquelas pessoas. E eu era pior, por que além de pobre, era egoísta. Mas eu não conseguia perceber.

Morávamos em uma casa de COHAB, financiada pelo governo, uma das primeiras na cidade. As "casinhas do conjunto" como os moradores chamavam, eram bem singelas: sala, cozinha, um banheiro e um quarto em um terreno grande (se comparado com as atuais COHABS). Com o tempo, o padrão de casas iguais dava lugar a casas diferentes umas das outras. Quem tinha uma condição financeira melhor, logo faziam bonitos sobrados, outros (nosso caso) só conseguia murar o terreno e fazer outro quarto para os filhos. Assim foi por muito tempo. Atualmente nossa casa é grande e confortável.

O nosso "conjunto" localiza-se na região periférica da cidade e os bairros adjacentes ao nosso eram bairros bastante pobres. Um deles surgiu de uma ocupação ilegal e por isso os moradores careciam infra-estrutura. Quando éramos crianças, a meninada do nosso bairro sempre rivalizava com as crianças do bairro citado, não gostávamos nem de passar por lá. Para nós, lá era um lugar perigoso, sem ruas asfaltadas, sistema de esgoto e iluminação adequados, com pessoas desempregadas e doentes, propício para que o tráfico comandasse. Não gostávamos quando "alguém de lá" circulava em nosso bairro, nosso território. Coisas de crianças...

Depois de muito estudo, aos vinte e três anos, passei no vestibular da Universidade Estadual de Montes Claros - UNIMONTES -, como havia sido aprovada em dois cursos, geografia e história, deveria escolher somente um curso para me graduar. Escolhi Geografia, pois depois dessas coisas que relatei (entre outras), era o curso que me daria a oportunidade de compreender e talvez tentar ajudar pessoas. Dois anos depois, através de uma prova, obtive uma bolsa integral para um curso técnico no Senac, técnico em enfermagem. Aprendi muita coisa no curso, saía das aulas refletindo sobre o que eu tinha aprendido. Já pensava em um tema para a monografia, então tentava achar pontos em comum no curso de Geografia e o técnico em enfermagem. Não precisou muito para ver a aplicabilidade da Geografia como recurso para a compreensão do processo de adoecimento das pessoas e inferir que o modelo biomédico atual para diagnósticos deveria também está pautado em fenômenos sociais. Do curso técnico, só fiz um ano, não foi possível continuar, estava chegando final da graduação e preferi concentrar em concluí-lo. Porém, este um ano de curso técnico, (somente teoria), foi o suficiente para nortear minha monografia. Escolhi um bairro adjacente ao meu, para ser meu objeto de estudo. A essa altura dos acontecimentos, eu já tinha voltado a ajudar nos projetos sociais do bairro. Quando podia dava suporte à minha mãe na Pastoral do Idoso e minha vizinha na Pastoral da Criança e na distribuição diária de leite, pelo Programa Leite pela Vida. Como a distribuição era feita na igreja perto da minha casa, ia quase todos os dias ajudar (era um momento de festa para todo mundo).

Quando me mudei para Novo Hamburgo, logo fui chamada para trabalhar no IBGE, era agente censitária, atuava na Pnad e na Pnad contínua. Este trabalho me deu a oportunidade de conhecer a cidade e outros municípios. Durante as coletas de dados, andava pelas ruas de muitos bairros da cidade e refletia acerca das

situações eu presenciava. Tinha tanta coisa que se assemelhava a minha cidade natal. Dois anos de trabalho no IBGE e meu contrato estava prestes a terminar, quando recebi a notícia que tinha sido aprovada no Programa de Pós-Graduação de Geografia da UFGRS.

Como eu já conhecia muitas localidades perto da minha casa. Escolhi o bairro próximo ao meu, para meu projeto de pesquisa. Escolhi também por que já o conhecia das pesquisas do IBGE e porque era um bairro tão grande e diferente em muitos aspectos, além disso, era voluntária no Centro Social Madre Regina, onde acompanhava as crianças em idade escolar que participavam de um projeto social. E acompanhava o drama dos moradores durante o período das chuvas. Então, construí um laço afetivo com essas pessoas e esses lugares. As vivências neste espaço ajudaram-me também no meu processo de territorialização. A estranheza de morar em outra cidade, em outro estado era complicada. Morar em uma terra diferente é um desafio.

Talvez a presente dissertação represente a continuidade da minha pesquisa iniciada em Montes Claros e o anseio de alguma maneira utilizar meu conhecimento e experiência na contribuição de uma sociedade mais justa. E é claro, fazer com que os geógrafos sejam lembrados para participarem de discussões que envolvam os fenômenos sociais, entre eles a saúde, e integrem ações interdisciplinares, como redes de solidariedade na comunidade e planejamento territorial do SUS. O texto a seguir, sustenta a relevância de nós, geógrafos, nas abordagens dos problemas de saúde dentro do contexto da Geografia.

Foi feito com muita dedicação, carinho e respeito.

Espero que apreciem!

AGRADECIMENTOS

Como não poderia ser diferente, a gratidão primeira a Deus nesta etapa da minha vida é o reflexo do meu reconhecimento a suas inúmeras bênçãos. Ele sempre guiou meus passos, e todo meu processo de desenvolvimento intelectual é para ser empregado como auxílio na construção de um lugar melhor.

Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e ao Programa de Pós-Graduação em Geografia, pelo acesso a suas instalações, Labes por exemplo, brindar-me livros de cunho científico, convite a eventos. Tudo isso colaborou em minha pesquisa e na minha integração com a comunidade acadêmica. Agradeço ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), pelo suporte financeiro importante para concretização do trabalho.

Sou imensamente agradecida pelo apoio e parceria do professor Dr. Mário Leal Lahorgue. Nunca esquecerei a confiança, compreensão e oportunidade a mim conferida. A paciência, as sugestões, ensinamentos e incentivos do professor Mário, foram fundamentais durante este percurso. Obrigada professor, me sinto honrada em tê-lo neste projeto! Sou sensível a oportunidade do Coordenador do Programa de Pós-graduação, Professor Dr. Roberto Verdum, que junto ao Professor Mário acreditaram na realização deste trabalho. Agradeço as professoras Dra. Tânia Marques Strohaecker e a professora Dra. Cristianne Maria Famer Rocha pela disponibilidade em lerem e oferecerem valiosas sugestões ao trabalho.

Agradeço meus pais e meu irmão pelo incentivo, meu amado Amilcar pela compreensão e paciência (e por me ajudar fazer gráficos). Aos meus colegas Felipe e Magno pelas palavras de incentivo. A toda comunidade do Santo Afonso e as voluntárias da Pastoral da Criança que me acolheram e me ajudaram na realização da coleta de dados. Principalmente a Viviane, coordenadora do Setor, a Dona Elenir e Dona Lurdinha.

A realização desta pesquisa só foi possível com a ajuda de vocês.

A todos, minha enorme gratidão!

RESUMO

As dinâmicas territoriais podem revelar o desenvolvimento e as características do processo saúde/doença em determinados lugares. Os indivíduos circunscritos em uma determinada área, realizam ações e práticas cotidianas que podem culminar na criação de ambientes propícios à proliferação de doenças e sua disseminação. Dentro do contexto urbano, a complexidade das interações entre o indivíduo e o lugar em que vive reforçam a importância da investigação dos fatores multicausais do processo saúde/doença. Portanto quando se quer investigar o porquê de uma população adoecer, não se deve levar em consideração apenas os aspectos biológicos, mas as variáveis de ordem cultural, social, econômica, entre outras. Estas variáveis são intrínsecas às discussões sobre saúde e doença e não podem ser olvidadas das análises deste processo. Dentro desta perspectiva, o objetivo geral deste trabalho foi o de compreender como as dinâmicas territoriais do Bairro Santo Afonso, localizado na cidade de Novo Hamburgo, influenciam no processo saúde/doença dos moradores. Para isso, buscamos através de entrevistas e aplicação de questionários aos moradores, dados que revelassem o entendimento que as pessoas tinham sobre saúde e doença, bem como, análises da Pesquisa Municipal de Saúde (2014-2017), Pesquisa Nacional de Saúde (2013) e Relatório Anual de Gestão (2015), que mostraram as principais enfermidades ocorridas no bairro nos últimos anos. Com isso, conseguimos desenhar um perfil nosológico dos residentes do Bairro Santo Afonso, onde a reemergência da sífilis, altos índices de diabéticos e hipertensos e o número expressivo de indivíduos com depressão estão entre os destaques dos resultados apurados. Além da constatação de que os contrastes sociais e ambientais no bairro estão ligados diretamente ao processo de adoecimento.

Palavras-chave: Processo saúde/doenças, território, espaço, dinâmicas territoriais, bairro Santo Afonso.

ABSTRACT

Territorial dynamics can reveal the development and characteristics of the health / disease process in certain places. The individuals circumscribed in a given area, perform daily actions and practices that can culminate in the creation of environments conducive to the proliferation of diseases and their dissemination. Within the urban context, the complexity of the interactions between the individual and the place in which they live reinforces the importance of investigating the multicausal factors of the health / disease process. Therefore, when one wants to investigate why a population falls ill, one should not only consider biological aspects, but also cultural, social and economic variables, among others. These variables are intrinsic to discussions about health and disease and can not be neglected in the analysis of this process. Within this perspective, the general objective of this work was to understand how the territorial dynamics of the Bairro Santo Afonso, located in the city of Novo Hamburgo, influence the health / illness process of the residents. For this, we searched through interviews and application of questionnaires to the residents, data that revealed the understanding that people had about health and disease, as well as analysis of the Municipal Health Survey (2014-2017), National Health Survey (2013) and Annual Management Report (2015), which showed the main diseases in the neighborhood in recent years. With this, we were able to design a nosological profile of the residents of the neighborhood of Santo Afonso, where the reemergence of syphilis, high rates of diabetics and hypertension and the expressive number of individuals with depression are among the highlights of the results. Besides the fact that the social and environmental contrasts in the neighborhood are directly linked to the process of illness

Keywords: health/diseases process, territory, space, territorial dynamics, Santo Afonso district.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Localização do município de Novo Hamburgo, RS	66
Figura 2: Localização do Bairro Santo Afonso, Novo Hamburgo-RS	70
Figura 3: Imagem de "valão" não canalizado	73
Figura 4 : Imagem de depósito de lixo doméstico em terreno baldio	73
Figura 5 : Mapeamento de áreas de interesse social de Novo Hamburgo	75
Figura 6 :Mapeamento da região metropolitana de Porto Alegre com aglomerados subnormais.....	76
Figura 7 :Imagem de anúncios de construção de casas populares.....	78
Figura 8 :Imagem do dia da visita das líderes da Pastoral da Criança.....	79
Figura 9 : Dia da pesagem das crianças cadastradas pela Pastoral da Criança	80
Figura 10 : Mapa de localização de pessoas enfermas por rua	98

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Percentual de entrevistados por sexo.....	81
Gráfico 2: População de Novo Hamburgo em 2012.....	81
Gráfico 3: Percentual de faixa etária.....	82
Gráfico 4: Percentual de tempo de residência no bairro.....	83
Gráfico 5: Percentual de moradores que vieram de outra localidade.....	84
Gráfico 6: Percentual sobre a situação de domicílio.....	85
Gráfico 7: Percentual do nível de escolaridade.....	85
Gráfico 8: Percentual de Escolaridade x Ambiente.....	86
Gráfico 9: Percentual Meio influencia na saúde.....	88
Gráfico 10: Percentual de entrevistados avaliando a própria saúde.....	89
Gráfico 11: Percentual sobre o conceito de saúde.....	90
Gráfico 12: Percentual dos entrevistados que disseram ter algum problema de saúde	91
Gráfico 13: Percentual de tipos de doenças citadas pelos entrevistados.....	91
Gráfico 14: Percentual de doenças x sexo.....	94
Gráfico 15: Topofilia.....	99

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Números de indivíduos hipertensos e diabéticos por bairros- NH.....	92
Tabela 2: Pessoas acolhidas pelo CAPS no município - NH.....	95
Tabela 3: Estimativa de casos de neoplasias.....	97
Tabela 4: Notificações de doenças confirmadas em 2016	100

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	15
2. CONCEPÇÕES SOBRE SAÚDE E DOENÇA ATRAVÉS DOS TEMPOS	24
2.1 DESAFIOS DA SAÚDE EM TEMPOS DE GLOBALIZAÇÃO	29
3. ESPAÇO, TERRITÓRIO E PROCESSO SAÚDE/DOENÇA	39
3.1 MEIO AMBIENTE E O PROCESSO SAÚDE/DOENÇA.....	52
3.2 TERRITÓRIO URBANO E SAÚDE.....	59
4. CONFIGURAÇÃO TERRITORIAL E SOCIAL DO BAIRRO SANTO AFONSO EM NOVO HAMBURGO	66
4.1 CARACTERÍSTICAS DO BAIRRO.....	71
4.2 PERFIL DOS ENTREVISTADOS.....	80
4.3 PERCEPÇÃO DOS ENTREVISTADOS EM RELAÇÃO A SAÚDE.....	86
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	103
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICA	108
ANEXOS	115

1. INTRODUÇÃO

Compreender as ideias e concepções do que a saúde e a doença representam na vida humana é fundamental para o entendimento de como percebemos e julgamos o que deve ser uma vida com saúde e livre de doenças.

Atualmente, várias ciências – entre elas a Geografia – buscam compreender como determinadas doenças aparecem, como se disseminam e porque se localizam em determinados lugares e não em outros.

Em várias sociedades ao redor do mundo, crenças e costumes (no que se refere à cura de uma enfermidade ou rituais de purificação) de uma maneira ou de outra ainda permanecem arraigadas, até mesmo na nomenclatura usual que envolve as concepções de saúde utilizadas até hoje. Panaceia (remédios), deusa grega da cura, Higéia (higiene), deusa da saúde e limpeza, indicam a força da cultura e conhecimento de outrora, que ainda permanecem no imaginário das pessoas. Muitas civilizações ao que parece, forjaram mitos e deuses para lhes trazerem sorte e manterem longe os espíritos que disseminavam moléstias aos pobres mortais.

Atualmente é comum encontrarmos pessoas que tenham alguma receita caseira para sarar feridas ou dores, outras que fazem simpatias para manter a saúde, outros que simplesmente deixam de executar alguma ação para não desencadear alguma enfermidade. Essa mentalidade está incutida tanto na cultura oriental, quanto no ocidental, são vestígios de crenças e mitos capazes (segundo os mais crentes) de reverter ou ainda de prevenir doenças. É inerente ao ser humano querer manter-se saudável, faz parte do instinto de sobrevivência. Manter a prole em segurança e saudável significava perpetuar sua descendência. Talvez por isso essas ideias permaneçam vivas (algum resquício em nossa memória genética) ainda que nem sempre colocadas em prática, mas para manter viva os saberes vernaculares obtidos com tanto esforço para manter nossa espécie.

Em resumo, ter em mente as relações dos seres humanos, o espaço, e o desenvolvimento de suas territorialidades, culturas, identidades, o processo de urbanização, mundialização da economia são fundamentais para se entender a evolução do processo saúde/ doença, as dinâmicas territoriais das doenças e o perfil epidemiológico de um determinado lugar.

A ciência médica (ocidental) começa a considerar em suas pesquisas e no ato de diagnosticar pacientes, que determinantes sociais e transformações do espaço urbano possam estar relacionados a determinados tipos de enfermidades. O aumento de casos de dengue, Zika vírus e febre Chikungunya, por exemplo, parecem estar relacionados ao desmatamento e diminuição do habitat natural desses vetores e o seu deslocamento ao território urbano. Com isso o mosquito *Aedes Aegypti*, tem se adaptado e avançado em direção às cidades

As relações entre o homem e o espaço por ele produzido, têm adquirido atualmente uma complexidade cada vez maior, traduzindo em muitas implicações a natureza. E essa relação do homem com o meio, sua adaptação e apropriação de seus recursos e demais consequências dessa interação fazem-se indispensáveis aos estudos geográficos, principalmente no que diz respeito ao processo saúde-doença que se apresenta como um fenômeno social. Tudo isso contribui um fator para o surgimento de enfermidades.

O atual modelo de desenvolvimento causa graves consequências socioambientais, que geram a perda da qualidade de vida na sociedade. Em regiões mais carentes, muitas pessoas encontram-se mais suscetíveis a contrair algum tipo de enfermidade. Má alimentação, moradias insalubres ou em áreas de risco, defasagem nos serviços de saneamento, acúmulo de lixo em terrenos baldios, estresse, carência de educação, são alguns determinantes socioeconômicos que podem influenciar no processo de adoecimento de pessoas que residem em lugares que não recebem assistência e serviços adequados para o desenvolvimento de uma saúde plena.

Como dito acima, os determinantes socioeconômicos, tornam-se significativos fatores determinantes para o aumento das estatísticas de pessoas doentes ou debilitadas em casa ou nos hospitais, ou somando o número de beneficiários das previdências. Assim, a educação ambiental em escolas (e outras instituições), poderiam constituir em alternativas para a promoção de um estilo de vida saudável, além de investimentos na área da saúde e políticas públicas à prevenção de doenças, parece ser um caminho menos penoso para os governos que pretendem diminuir despesas na área da saúde e melhorar a qualidade de vida da sua população.

Tudo isso reforça a importância do papel da Geografia como uma ciência que supera a visão de um território frio e inerte, utilizado meramente para quantificar dados geográficos, mas entende e analisa que a produção de doenças pode ser desencadeada por variáveis culturais, sociais, econômicas e políticas. A visão de totalidade atribuída à Geografia engloba muitos aspectos que são eficientes quando se quer observar o perfil epidemiológico do território.

O município de Novo Hamburgo apresenta um papel importante para a economia da região do Vale dos Sinos, além de ser um pólo urbano em crescimento demográfico. É uma cidade média que tem observado o crescimento do seu setor terciário, oferecendo mais serviços especializados, uma vez que as fábricas e indústrias de couro e calçado têm apresentado declínio em suas atividades. Também, tem atraído muitas pessoas (principalmente das zonas rurais próximas), após a recente expansão do trem urbano que liga a cidade a Porto Alegre e outras cidades da região metropolitana. A composição social e étnica da população indica como sucederam as territorialidades na cidade. Os atores econômicos e políticos da cidade ditaram a produção do espaço urbano, que refletiram no aparecimento de espaços desiguais.

O bairro Santo Afonso apresenta uma paisagem marcada por contrastes ambientais e sociais. A diferenciação socioespacial do bairro é notória. É um bairro populoso e por isso muitas ruas aparecem como centralidades onde se encontra um comércio variado e fábricas de pequeno e médio porte.

O setor norte/noroeste do bairro apresenta edificações em melhores condições se comparado as moradias do setor sul/sudeste, que é cortado por um córrego (que está sendo canalizado) e delimita-se a um bairro da cidade de São Leopoldo. Algumas famílias residentes em ruas limítrofes a um bairro da cidade de São Leopoldo relataram os prejuízos causados em época de chuvas intensas, como por exemplo, perda de móveis, roupas e alimentos, até mesmo uma mudança terem que sair de suas casas por causa das enchentes. As casas com estrutura frágil, obriga muitas famílias a ficarem nas casas de parentes ou vizinhos.

Desta maneira, estudar as dinâmicas das enfermidades dentro de um território contribui para a busca de equidade social e permite que profissionais da área de saúde e governos adotem políticas e programas que entendam o processo saúde/doença como uma questão social e não somente biológica. Analisamos a produção de doenças na perspectiva de reprodução e apropriação do espaço e que de acordo Carlos (2012, p.62) revela-se uma prática social que é e se realiza espacialmente, o que implica pensar na relação dialética sociedade/espaço (um se realizando no outro e através do outro e as mediações entre eles).

Para entender a evolução da concepção de saúde ao longo da história humana, faz-se necessário utilizar-se de um aporte histórico que situe nossa caminhada ao longo das épocas e como desenvolvemos práticas e habilidades para manutenção e sobrevivência da sociedade, assim como nossa relação com espaço (natureza) foi se modificando. É interessante notar que a cada momento na história transforma-se a percepção de espaço nas civilizações, reconfiguram-se territorialidades e como a (re) produção do espaço incide diretamente nas dinâmicas espaciais das doenças.

O objetivo geral deste trabalho consiste em compreender como as dinâmicas territoriais podem estar relacionadas com processos saúde/doença de populações específicas.

- Compreender como as dinâmicas territoriais dos moradores do Bairro Santo Afonso, podem interferir no processo saúde/doença dos mesmos.
- Caracterizar o bairro Santo Afonso através da perspectiva social/ambiental.
- Estabelecer as variáveis ambientais/sociais como parâmetros de avaliação do processo saúde/doença.
- Descrever como as enfermidades estão distribuídas no bairro Santo Afonso.
- Analisar como a relação com o território pode desencadear o processo saúde/doença dos moradores e o perfil de morbidade a partir dos dados coletados.

Para visualizar melhor as dinâmicas do processo saúde/doença, utilizamos neste trabalho a categoria geográfica do território, pois esta concepção permite entender como as dinâmicas cotidianas de parte população estão associadas a apropriação e dominação sócio-político, cultural e econômica e o seu impacto nas

relações homem-ambiente, homem-patologia e ambiente-patologia. Monken (2008, p.144) ressalta a relevância da observação do território para a compreensão e análise de enfermidades pois:

[...]implica uma coleta sistemática de dados que informam sobre situações-problema naquela população e naquele território, indicando suas inter-relações espaciais. Identifica vulnerabilidades, populações expostas e a seleção de problemas prioritários para as intervenções. Permite a escolha de ações mais adequadas, apontando estratégias e atores que foram identificados no processo de pesquisa, que melhor as operacionalizem e viabiliza o uso da epidemiologia como ferramenta poderosa para o planejamento através da microlocalização dos problemas de saúde (MONKEN, 2008, p.144)

A problemática deste trabalho envolve as seguintes indagações: Como as dinâmicas dentro do recorte territorial analisado, interferem no processo saúde/doenças dos moradores do bairro Santo Afonso? O quão relevante o ambiente aparece como um fator capaz de desencadear certos tipos de doença? Quais são as doenças que mais aparecem no bairro?

A partir daí, elaboramos o perfil de morbidade do bairro. Para isso, foi realizada uma revisão bibliográfica utilizando-se obras e artigos de geógrafos, autores de outras áreas que estudam saúde dentro do contexto social, pesquisa de campo e entrevistas com os moradores do bairro e lideranças, aplicação de questionários para moradores situados em diferentes regiões do bairro, consulta de documentos em sites oficiais e nos órgãos municipais da cidade referida. Nosso estudo está embasado em discussões e abordagens sobre os conceitos do processo saúde e doença, nos conceitos de território, espaço, práticas e dinâmicas sociais. Além disso, explanamos sobre a origem e evolução da cidade de Novo Hamburgo. Para uma melhor contextualização e visualização dos processos estudados, foram confeccionados mapas, tabelas e gráficos.

Deste modo, este trabalho também apresenta-se como um recurso científico para os pesquisadores de diversas áreas que buscam, sob à luz da Geografia, entender este processo. O estudo do processo de adoecimento em determinadas populações, mediante perspectiva geográfica, gera discussões e análises de como as transformações e as dinâmicas do território acontecem, o que as provocam e

quais as consequências na vida das pessoas. A partir de trabalhos como este, gestores públicos e cidadãos podem pensar em soluções e estratégias que mitiguem os impactos ocasionados por um ambiente propício ao surgimento de patologias e/ou agentes etiológicos.

Para que os objetivos da pesquisa se sustentassem, buscamos através de referencial teórico, entrevistas, incursões ao bairro, mapas, informações no banco de dados de instituições públicas, desenvolver um quadro das características do processo saúde doença naquele lugar.

Para dar maior embasamento neste trabalho, foram feitas pesquisas de campo, incursões ao bairro e aplicação de questionário semiestruturado, que conseqüentemente tornou-se instrumento de análise para geração de dados quantitativos.

A pesquisa de campo foi realizada com 200 pessoas que moram em diversas localidades do bairro. Através de questionários foram efetuados tabelas e gráficos que se constitui na principal fonte de análises dos dados. Também foram levados em consideração conversas e comentários obtidos de modo informal durante as visitas junto as líderes da Pastoral da Criança e durante a aplicação do questionário.

Para enriquecer o trabalho, foram obtidos dados via Secretaria Municipal de Saúde e informações complementares a partir de uma entrevista com a Coordenadora regional da Pastoral da Criança, que permitiram caracterizar as microáreas mais suscetíveis a doenças.

Os questionários foram aplicados com a ajuda das líderes da Pastoral da Criança que atendem ao bairro e que também são moradoras de lá, possibilitando melhor acesso as casas e as pessoas entrevistadas, considerando que elas trabalham e conhecem grande parte dos moradores e a realidade do lugar.

Consideramos importante informações obtidas durante conversas informais com os moradores e com algumas lideranças. Entendemos a relevância de suas opiniões, declarações, histórias e interpretações sobre o lugar onde vivem e realizam suas ações. Estruturamos o questionário em treze perguntas. Através dos conteúdo das perguntas verificamos o sentimento de pertencimento, percepção do meio em que vivem, concepção de saúde e tipos de enfermidades por eles citadas. Nas perguntas do questionário avaliamos os aspectos sociais dos entrevistados como: escolaridade, idade, sexo, naturalidade, etc., necessários na delimitação da compreensão do processo de adoecimento dos moradores do bairro. Os

questionários foram aplicados dentre Julho e Novembro de 2016. Observando que as perguntas contidas nos questionários contemplavam a investigação das condições sociais, a percepção dos entrevistados acerca dos temas saúde e doença (além dos tipos de enfermidades que os entrevistados disseram possuir), concluímos não ser preciso submetê-lo ao Comitê de Ética, uma vez em que foram preservados todos e qualquer dado que pudesse ocasionar algum tipo de transtorno ou constrangimento às pessoas que voluntariamente responderam aos questionários. Nenhum dado ou informação que pudesse expor os entrevistados foram mencionados.

Foram realizados também, coleta de informações históricas do bairro a partir de notícias veiculadas nos jornais da região e da cidade, encontrados na biblioteca pública que também disponibilizou livros de autores da cidade, que descrevem muitos eventos históricos. Com a Secretaria de Saúde, a partir da plataforma virtual do Sistema de Informação de Agravos de Notificação -SINAM, conseguimos alguns dados de saúde sobre o município.

Esses dados foram filtrados pelo programa TABWIN que os cruzou resultando em informações específicas. Esses dados são referentes ao período de 01/01/2016 a 31/12/2016, esse período se justifica pela dificuldade em disponibilidade dos dados, portanto, esses foram os dados que conseguimos. Especificamente as doenças entre notificadas entre essa data estão: sífilis, tuberculose, caxumba, HIV+, doenças diarréicas e dengue clássica.

Na etapa analítica, foram utilizados dados encontrados na Pesquisa Nacional de Saúde do ano de 2013 e dados da pesquisa sobre aglomerados subnormais do IBGE, 2010. Ainda pela prefeitura, tivemos acesso ao Plano Municipal de Saúde - PMS- (2014-2017) e ao Relatório Anual de Gestão - RAG- (2015). Propiciando desta maneira, delinear o perfil de saúde dos moradores a partir de suas relações no “seu território”.

Em uma das perguntas do questionário e durante o desenvolvimento do texto, a categoria ambiente apareceu no sentido de algo externo ao homem. É aqui, oposto ao sentido de naturalista, mas o lugar de transformação antrópica e de realizações cotidianas. De acordo Silva; Santos (2002), o centro de informações multieducação (CIM) define o meio ambiente como:

[...]um lugar determinado e/ou percebido, onde estão em relações dinâmicas e em constante interação com os aspectos naturais e sociais, cujas relações acarretam processo de criação cultural e tecnológico, assim como processos históricos e políticos de transformação da natureza e da sociedade (SILVA;SANTOS, 2002, p.18)

Entendemos que o meio-ambiente esteja integrado ao processo saúde/doença, pois as transformações externas aos sujeitos podem ser associadas à saúde. Para a saúde coletiva o ambiente se apresenta como uma realidade explicável ao estado físico ou mental do sujeito. Esta constatação faz parte da totalidade a ser pesquisada pelo processo saúde/doença ou durante o diagnóstico médico, assim como o território, territorialidade e o espaço. Nesta pesquisa, também investigamos os conceitos de topofobia e topofilia, entendemos ao consideramos o sentimento de pertencimento e o sentimento de não pertencimento referentes ao lugar onde de vive, pode ser relevante pois indica como cada pessoa consegue (ou não) manter a integridade do seu estado físico e mental em um ambiente que ele considera ser aprazível ou não. Na introdução do seu livro "Topofilia- um estudo da percepção: atitudes e valores do meio ambiente", Ty-Fu Tuan (1980), explica que o autoconhecimento pode levar a soluções de problemas ambientais e estes problemas por sua vez têm origem em problemas humanos de ordem econômico, político ou social e estes problemas tem origem psicológico. Com isso, queremos demonstrar que entre a múltiplas causas de uma pessoas se tornar enferma, está o fato de como ela percebe o mundo e suas reações e as consequências dessas reações à sua saúde.

A complexidade do perfil de morbidade pesquisado demonstra o caráter polissêmico deste ramo de estudo, permitindo que, além das ciências biológicas, as ciências humanas corroborarem para essa discussão. É imprescindível e relevante para a Geografia discutir os temas que envolvam o processo saúde/doença, pois é cada vez mais evidente o papel do geógrafo na contribuição de estudos que elucidam como os fatores sociais podem estar relacionados a casos de enfermidades. Além de propor ideias que mitiguem as problemáticas sociais, melhorem a vida das pessoas e cooperem para sua cidadania. Guimarães (2015, p. 11) endossa "Um dos compromissos primordiais da Geografia da Saúde no Brasil é

contribuir para a consolidação da política nacional de saúde (SUS) e a redução das desigualdades sociais”.

2. CONCEPÇÕES SOBRE SAÚDE E DOENÇA ATRAVÉS DOS TEMPOS

A preocupação com a saúde inquieta os seres humanos desde os primórdios dos tempos. Curar feridas de guerra ou atender quaisquer indivíduos, que necessitassem de socorro para sarar moléstias sem explicação aparente, obrigaram muitos a procurarem formas de cura e prevenção as enfermidades que frequentemente os assolavam. Os cuidados com a integridade física foram essenciais para a sobrevivência de um grupo. Sobre a atenção com os cuidados com a saúde Westphal (2009) revela:

A história da humanidade, os documentos paleontológicos ou escritos existentes e em poder dos homens indicam que sempre houve preocupação com a promoção da saúde do ser humano, seu crescimento, seu desenvolvimento físico e mental e a prevenção das doenças (CZERESINA, 2003 *apud* WESTPHAL, 2009).

Ao longo da existência humana, muitas sociedades tinham em sua cosmologia o entendimento que o aparecimento de doenças estava relacionado a castigos enviados pelos deuses ou feitiços maquinados por seus inimigos. A necessidade de abrandar esses "castigos" ou desfazer os "feitiços" fez com que determinados indivíduos se aprofundassem nos saberes da natureza ou desenvolvessem uma ligação com o "sobrenatural", com a finalidade de solucionar os problemas relacionados à saúde de seu povo. Curandeiros, Xamãs, Magos ou Sacerdotes formavam uma classe ou casta de pessoas com grande prestígio e influência nas civilizações. O contexto sobrenatural ou mágico das doenças fazia parte das representações que muitas civilizações tinham do espaço que os cercavam. Sevalho descreve um exemplo disso na sociedade egípcia: "Os egípcios que habitaram o vale do rio Nilo há cerca de 5.000 anos desenvolveram certa naturalização da saúde e da doença, junto às suas crenças sobrenaturais, mágicas e religiosas" (SEVALHO, 1993, p.352).

As forças da natureza entendidas como divindades eram responsáveis por acometer por vezes alguns ou vários indivíduos por pestes, moléstias, debilidades ou qualquer tipo de infortúnio, tornando-os mais temerosos aos reveses da natureza. Os doentes ou os mortos eram vistos como agouros, deveria manter-se em certa

distância destes. Lugares considerados sagrados, adereços ou bebidas, eram frequentemente requisitados para afastar os "maus espíritos" e impurezas. Sobre as crenças e costumes, Martins(1997) destaca o procedimento a ser executado quando uma pessoa se encontrava enferma:

Sempre que surgia alguma doença "estranha", que não podia ser curada pelos meios domésticos comuns, supunha-se que a causa era sobrenatural. Supunha-se que ela pudesse ser enviada por demônios, por feiticeiros ou pelos deuses. Em qualquer caso, acreditava-se que essas doenças estavam associadas também a algum tipo de infração cometida pelo doente ou por alguém de sua família. Essa infração poderia ter sido algum tipo de pecado ou ofensa a um ser sobrenatural, ou algum comportamento errôneo para com outras pessoas - uma transgressão social ou moral. Para determinar o tipo exato de doença, o curandeiro precisava também atuar como confessor, fazendo com que o doente procurasse se lembrar de todo tipo de falta cometida, que pudesse ter desencadeado a doença como castigo. Também se recorria a práticas de adivinhação com ossos, conchas, etc., para determinar a causa da doença (MARTINS, 1997 p.8).

Entretanto, a mentalidade de saúde ou doença que estava relacionada a poderes sobrenaturais foi subvertida pelos Gregos. Alcmeon de Crotona, um notável discípulo de Pitágoras, lançou as bases da medicina holística, que mais tarde seria absorvida por Hipócrates. Alcmeon concebia em sua filosofia que atitudes moderadas resultariam em uma vida plena e que o ambiente poderia interferir no estado de saúde das pessoas. Hipócrates por sua vez, imbuído das ideias de Alcmeon, as desenvolve e as aprimora. Hipócrates mantinha uma visão cética em uma sociedade em que tudo acontecia por ações dos deuses. Hipócrates entendia que os poderes sobrenaturais não interferiam na saúde dos indivíduos, mas sim que o desequilíbrio da relação dos seres humanos com o ambiente, desencadeava o surgimento de doenças. Barros (2002) resume o pensamento hipocrático:

A escola hipocrática aprofunda estratégias de recuperação da saúde, mas, sobretudo, de prevenção das doenças e que se podem extrair dos fragmentos, reunidos sob a epígrafe *corpus hipocraticum* nos quais se

pode notar a valorização do ambiente de trabalho, da habitação ou da dieta, na determinação do bom estado de saúde (BARROS, 2002 p.70).

Para Hipócrates, corpo, mente e o ambiente deveriam estar em harmonia. Ele acreditava que os seres humanos e a natureza estavam conectados, o que acontecia com um alterava o outro. O pensamento holístico aprimorado por Hipócrates logo foi introduzido aos conceitos médicos da época. A filosofia hipocrática entendia que o homem deveria compreender que o mundo era uma totalidade e que não havia sentido em pensar em dualidades, tais como corpo e alma, mundo inteligível e mundo sensível, razão e emoção (Vietes e Freitas, 2007).

Seja no ocidente ou no oriente, por muito tempo a natureza era entendida não só como o lugar de onde vinham os recursos de que precisavam, mas como um elemento integrante na vida do indivíduo. Ela não era inerte, ela era viva. A natureza exercia influência sobre suas vidas, determinavam início de uma plantação e colheita, pesca, abate de animais, festas. O apreço pela observação da natureza incluía também o apreço pelos astros, pelo tempo, pela paisagem. Muitas civilizações acreditavam no respeito pela natureza era o modo de viver em paz e em equilíbrio com os deuses. Por muito tempo, era impossível dissociar o homem da natureza. Um entendimento holístico de que tudo estava interligado (homem e ambiente) era um pensamento comum, que perdurou por muito tempo. Todavia, em outras civilizações, como o exemplo dos habitantes da Ilha de Páscoa, os recursos naturais foram utilizados indiscriminadamente, o que provocou tempos depois à extinção de sua população (Diamond, 2005). O que aprendemos destes episódios é a experiência de como viver em equilíbrio, construindo um ambiente saudável que proporcione a todos qualidade de vida.

Erros e acertos foram essenciais para o acúmulo de experiências e saberes empíricos que atravessaram os séculos através da oralidade e que mais tarde foram desenvolvidos, registros em papiros ou pedras, depois sistematizados. A necessidade de sobrevivência em uma época inóspita obrigou o homem a criar e aprimorar técnicas no intuito de fortalecimento do grupo. A territorialidade exercida com o meio resultou em um sentimento de afetividade com a natureza que lhe fornecia moradia, alimento e segurança.

A manipulação da natureza proporcionou aos seres humanos desvendarem seus segredos, criarem e produzirem práticas e habilidades que os impulsionaram a atingir outros patamares na história da evolução humana. Essa vontade de entender o que acontece a nossa volta é um sentimento inerente ao ser humano e que nos dizeres de Claval (2010, p.11), a Geografia sempre esteve presente no cotidiano do ser humano: "Desde a origem dos tempos, todo homem é geógrafo. Ele o segue sendo ainda hoje". E ainda, que a Geografia é resultante das experiências renovadas e de procedimentos imaginados pelos seres humanos para responder aos imperativos de sua vida cotidiana.

Todavia, com o passar dos séculos, as relações humanas com a natureza se configuraram simplesmente em exploração irracional de seus recursos. A eclosão do Renascentismo no ocidente impulsionou as ciências a se reformularem. O terreno se tornava fértil para o advento do capitalismo. O pensamento mecanicista desenvolvido por René Descartes no século XVII se espalhou na universidade e na sociedade. O pensamento mecanicista entendia o Universo como uma máquina e que sua organização seria segmentada em partes. Mas não era somente o Universo que era visto assim, o corpo humano também era. Nessa concepção mecanicista, o corpo, mente e meio eram absolutamente separados e distintos. Identificado o problema no corpo do indivíduo o médico deveria ter como meta solucioná-lo. Barros exemplifica com o caso do diabetes.

Em 1889, se descobre que a alteração metabólica, essência dessa enfermidade, podia ser reproduzida removendo-se o pâncreas, em 1921 detectando-se que a administração de insulina aliviava os sintomas. Estava-se diante de mais uma clara demonstração de como uma deficiência na "máquina" provocava doença que podia ser "curada" através do emprego de uma substância específica (BARROS, 2002, p.75).

A filosofia cartesiana foi assimilada por Isaac Newton, que o inspirou a formular suas teorias matemáticas. As Ciências médicas incorporaram os conceitos da filosofia cartesiano-mecanicista e lograram muito sucesso nos estudos em bacteriologia, microbiologia e fisiologia e foram responsáveis por várias descobertas de vacinas e doenças. Impossível não admitir a contribuição do pensamento cartesiano-mecanicista para os avanços da medicina. Todavia, isso colaborou para

que os médicos desconsiderassem os aspectos sociais em que cada pessoa estava envolvida no momento do diagnóstico.

A teoria microbiana passa a ter, já nos fins do século XIX uma predominância de tal ordem que, em boa medida, faz obscurecer concepções que destacavam a multicausalidade das doenças ou que proclamavam a decisiva participação, na eclosão das mesmas dos fatores de ordem socioeconômica (BARROS, 2002, p.74).

A Revolução Industrial marcou o século XIX e as relações de trabalho expandiram suas atividades industriais rapidamente pelo mundo. Sem sombra de dúvidas, a mudança da concepção do papel do homem na natureza, não mais como parte de um todo, mas como agente transformador da natureza influenciou na degradação do ambiente através de suas intervenções nas paisagens.

Fábricas e indústrias lançavam gases e partículas tóxicas na atmosfera e espessas fumaças marcavam a tonalidade acinzentada daquela época. A paisagem da Europa transformou-se na mesma velocidade do crescimento das indústrias. As florestas nativas foram devastadas, observa-se um relevante aumento demográfico nas cidades que associado á falta de higiene e as longas horas de trabalho sem descanso, culminou em altos de morbimortalidade.

A partir de então, o que visualizamos é uma economia capitalista que se alastra por quase todo mundo e define a política e cultura em diversos países. Sob o estandarte da globalização, longas distâncias não são mais obstáculos. O sistema técnico atual permite a circulação de pessoas e mercadorias de forma mais rápida. A tecnologia que proporciona a onipresença humana nos quatro cantos do mundo e produz bens de consumo em grande escala, no entanto, não é capaz de atender às necessidades de cada indivíduo que habita o planeta. Mas porque ainda há pessoas que morrem de fome? Porque ainda há famílias sem um teto para morar? Porque o desemprego ainda assombra muita gente? E entre outras perguntas uma que é constante no noticiário: porque doenças ceifam vidas todos os dias em todas as partes do mundo? Grande parte dessas doenças poderia ser evitada por políticas de saúde básica e por uma urbanização mais eficaz que atenda às necessidades de todos. No Brasil, em 1986, a Conferência Nacional da Saúde elaborou o conceito de saúde ligado à cidadania.

[...] em seu sentido mais abrangente, a saúde é resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse de terra e acesso aos serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar desigualdades no nível de vida (BRASIL Conferencia Nacional, 1986, p.04).

A Geografia está apta para analisar e pesquisar os processos que envolvem saúde e doença, pois ao entender que as interações socioespaciais são capazes de influenciar no processo de produção de doenças, a Geografia pode contribuir nas pesquisas e debates, além de propor estratégias que mitiguem enfermidades e desigualdades sociais, e que melhorem a vida dos cidadãos. Sabendo que grande parte das patologias têm como determinantes fatores ambientais, sociais, econômicos, culturais e psicológicos, fica explícito que o espaço geográfico é o palco de todas essas ações, destarte, abordar os conceitos de espaço e território se faz necessário para entender a manifestação social do processo saúde/doença.

2.1 OS DESAFIOS DA SAÚDE EM TEMPOS DE GLOBALIZAÇÃO

Vislumbrar o futuro depende dos acontecimentos presentes, da atual conjuntura. E para o futuro da saúde pública, precisamos compreender e avaliar se a racionalidade dominante a qual estamos sujeitos é a que queremos para as próximas décadas. É necessário que os indivíduos saibam as quão intrínsecas questões de ordem política, econômica, cultural e ambiental refletem em sua saúde. A seguir veremos o modelo global contemporâneo tem efeitos na sociedade, sua relação com o reaparecimento de moléstias e alternativas para se alcançar cidadania e qualidade de vida.

Inicialmente, lembramos que o fenômeno globalização já era conhecido há muitos séculos. O ponto de partida se deu com a colonização e exploração (século XV) dos continentes americano, africano, Oceania e alguns países da Ásia pelas potências europeias da época. Isso significou uma integração de realidades distintas em escala global e que ao longo dos séculos transformou o espaço e conectou inúmeras sociedades. É um processo que nunca parou, mais do que isso, se

intensifica cada vez mais. Portela; Monticelli; Nazário (2002) sintetizam este fenômeno:

Desde os grandes descobrimentos e com a ampliação do mercantilismo, o mundo começa a encurtar suas distâncias - exigência primordial para o estabelecimento de circulação de riquezas e mercadorias. Inicia-se, já nesta época, o processo de internacionalização do capital, que teve continuação com a expansão dos empréstimos e financiamentos e, em seguida, generalizou o deslocamento do capital industrial através do desenvolvimento das multinacionais. Este incremento foi favorecido pelos meios de comunicação e de transporte, que permitem a distribuição espacial da produção, de uma maneira nunca pensada antes (PORTELA; MONTECELLI; NAZARIO, 2002, p.104).

E será que todo esse progresso técnico atual que dá suporte à economia de muitos países, também equivale para o social? Todos estão inseridos efetivamente na "aldeia global"? Ao mesmo tempo em que houve o aumento de riqueza e prosperidade em alguns países, outros acentuaram a pobreza e a miséria. Se de um lado a expectativa de vida aumentou, por outro a indústria farmacêutica e o consumo de remédios (com receita ou por automedicação) crescem cada vez mais. A globalização permitiu a troca de informações e ideias, fortalecimento de manifestações sociais e ambientais, opções de vias de transportes que por sua vez proporcionou a rápida circulação de mercadorias e pessoas pelo mundo. Para Carvalho (1996), emerge uma configuração complexa desses avanços:

O prolongamento da vida, com o conseqüente aumento da idade média da população, traz em si novos problemas sanitários. De um lado, produz de imediato um aumento dos eventos/doenças de natureza crônico-degenerativa, próprio do processo natural de envelhecimento biológico. De outro, provoca, em termos mediatos, um aumento da exposição de fatores e situações patogênicas típicos de vertiginosas transformações sociais e culturais ocorridos na sociedade humana na modernidade, fortemente marcadas pela (oni)presença da tecno-ciência-industrialização, urbanização, etc. São os agravos de natureza social, como a violência, o uso de drogas e grande parte dos distúrbios mentais, assim como aqueles decorrentes do contato ou consumo de produtos químicos ou físicos próprios dos grandes aglomerados urbano-industriais (CARVALHO, 1996, p.106)

Em uma matéria publicada pelo Informe ENSP de 2008, O diretor do programa de mestrado do Departamento de Políticas e Administração em Saúde da Universidade de Carolina do Norte, Bruce Fried, numa palestra no Centro de Estudos (CEENSP), exemplificou as características contraditórias da globalização. Ele pontuou alguns aspectos relacionados à saúde que trouxeram facilidades como: o aumento do comércio de bens e recursos, a circulação de ideias, pacientes e profissionais da área. Mas também chamou atenção para o risco da movimentação populacional que acontece em maior escala e velocidade, que carrega consigo vários microrganismos causadores de doenças. De acordo a matéria, Fried enfatizou que "existem muitos outros riscos que ultrapassam fronteiras. O mal-uso de antibióticos nos EUA acaba gerando cepas mais resistentes e isso, de alguma forma pode afetar a saúde de milhões de pessoas em outras partes do mundo".

As transformações estruturais no mercado econômico, na política, nas relações de trabalho demonstram um padrão onde o bem-estar e saúde das pessoas não parecem ser prioridade. O grande número de indivíduos com algum tipo de doença mental indica a atual fase desse processo. Buss (2007), traz a posição da Comissão Mundial sobre as Dimensões Sociais da Globalização, instituída pela Organização Internacional do Trabalho acerca deste assunto.

O processo de globalização atual está produzindo resultados desiguais entre os países e no interior dos mesmos. Está criando riquezas, mas são demasiados os países e as pessoas que não participam dos benefícios [...]. Muitos deles vivem no limbo da economia informal, sem direitos reconhecidos e em países pobres, que subsistem de forma precária e a margem da economia global. Mesmo nos países com bons resultados econômicos muitos trabalhadores e comunidades têm sido prejudicados pelo processo de globalização (BUSS, 2007, p. 1576).

Os países pobres e em desenvolvimento são os que mais sofrem as consequências. Esses impactos são sentidos em dimensões sociais e ambientais. Além das cíclicas crises econômicas, o mundo assiste a conflitos e catástrofes

naturais que geram milhares de refugiados e de mortos. Sobre isso Buss (2007) reflete e questiona:

As pessoas que não morrem nestes desastres apresentam logo a seguir saúde mais frágil e condições sociais e ambientais que favorecem a ocorrência de doenças. Os “novos refugiados” constituem um dos novos problemas de saúde pública, cuja responsabilidade é dos governos nacionais e locais e, em escala global, do sistema das Nações Unidas. Estão os sistemas de saúde preparados para organizar e prestar a atenção sanitária devida aos mesmos? (BUSS, 2007).

Para a gestão pública, a saúde e serviços derivados compreendem uma de suas maiores despesas. Os recursos despendidos para o setor de saúde, a influência da macroeconomia no setor, os problemas estruturais que contribuem para um custo crescente, geram gastos para o Estado e para as famílias, podendo até desequilibrar o orçamento doméstico. A macroeconomia influencia no setor de saúde, quando a situação econômica de um país afeta os recursos públicos e privados destinados a saúde. Em época de crise a arrecadação cai, empresas e a renda das pessoas reduzem e geram aumento na demanda por serviços de saúde. O aparecimento de doenças mentais em momentos de crise econômica é frequente, a consequência disso é a procura por atendimento médico. A diminuição da renda pode prejudicar as condições de vida e favorecer o aparecimento de outras doenças (Couttolenc, 2002)

Todo esse conjunto de fatores resulta em iniquidade social, atribuído por Santos (2008) pela imposição de uma globalização perversa. Para ele, a base ideológica deste sistema (formado pela emergência tirânica do dinheiro e da informação) legitima as ações de construção de um novo *ethos* para as relações sociais, influenciando-as em seu cotidiano. Para Santos (2008), o sistema de informação é o principal instrumento de persuasão de alguns atores detentores de poder para tentar efetivar seus objetivos particulares. Excluindo ainda os mais carentes. Pois sem dispor do controle dos meios de produção, acaba por aceitarem e acreditarem no que lhes é transmitido. Para o autor, a informação difundida é manipulada e tem o intuito de confundir. "Na medida em que o que chega às pessoas, como também às empresas e instituições hegemônicas, é, já, o

resultado de uma manipulação, tal informação se apresenta como ideologia", Santos (2008, p.39). A informação tem o papel de convencer e propagandear notícias, eventos, produtos, sem dar oportunidade de os indivíduos cotejarem o que é propagado, incitando o culto ao consumo, tornando as pessoas em consumidores não em cidadãos.

Toda técnica acumulada, evolução científica e ideias de cidadania, não foram suficientes para que todos sejam abrangidos pela justiça e bem-estar social. "Finalmente, quando esse progresso técnico alcança um nível superior, a globalização se realiza, mas não a serviço da humanidade", Santos (2008, p.65). Assim, países pobres, em desenvolvimento ou os bolsões de pobreza encontrados em países desenvolvidos, estão em condições sanitárias, sociais e ambientais precários. No Brasil, por exemplo, a desnutrição infantil está associada a renda, educação da mãe, condições do domicílio e a situação social da família (Buss,2007).

Sobre os corolários da globalização na saúde, está a ré emergências de doenças outrora controladas, até mesmo erradicadas. Com a evolução dos transportes e urgência da economia em efetivar seus negócios, a circulação de pessoas, animais, alimentos e demais mercadorias, criaram e fortaleceram rotas de tráfegos que estão ativos 24 horas por dia todos os dias do ano. Com isso a disseminação de vírus, bactérias e outros microrganismos acontecem também em escala global e muito mais rápida. O ebola por exemplo, parecia esquecido até que assustou o mundo há alguns anos, quando sua disseminação aconteceu de forma muito rápida em poucos dias. Outro exemplo foi o vírus da SARS (*Severe Acute Respiratory Syndrome*) em 2003, que quando chegou aos noticiários já tinha feito muitos mortos. A notificação de alguns óbitos relacionados a pneumonia no final de 2002 na província de Guandong, China, iria fazer vítimas ainda no Vietnã, Singapura e Canadá. A época descobriu-se que o vírus tenha se desenvolvido em animais no interior da China e logo adquiriu a habilidade de infectar humanos. Na ocasião, a rapidez da transmissão dessa doença fez com que a OMS impusesse medidas de desinfecção (Toledo Junior, 2006):

A OMS recomendou que as viagens a Hong Kong e Guandong na China só fossem realizadas em casos de extrema necessidade. Foram impostas medidas de desinfecção em aviões, controle de passageiros provenientes das áreas de risco de contaminação e controle de aeroportos. Devia-se evitar o uso de aviões nas viagens internacionais,

dando-se preferência aos meios de transporte "alternativos", como carro, trem ou navio. O SARS-CoVja havia ultrapassado fronteiras do continente asiático e chegou ao Canadá, utilizando o homem e o avião como seu meio de transporte (TOLEDO JUNIOR, 2006, p.130).

A facilidade de circulação de produtos e pessoas também favorece disseminação de doenças sexualmente transmissíveis. Em países pobres e em desenvolvimento deste tipo de doença ainda é mais perversa, pois o turismo sexual está relacionado DSTs em crianças e adolescentes. "A globalização do comércio sexual implica na disseminação de doenças sexualmente transmissíveis e os danos mentais e afetivos resultantes do abuso sexual contra crianças, adolescentes e, mesmo, pessoas adultas" (Buss, 2007, p.1581).

Para muitos pesquisadores, ainda podemos identificar outras relações negativas da globalização para a saúde e bem-estar, como o fato de mortes, doenças ou pessoas com algum tipo de incapacidade física ou mental estarem associados a esse processo. Podemos citar: violência ocasionada por tráfico de drogas; consumo de álcool e tabaco; trabalho escravo; consumo de alimentos industrializados; capitalização dos serviços de saúde e medicamento (saúde não vista como prevenção, mas como oportunidade de fazer negócios). Diante deste panorama como repensar em um conceito de saúde preventivo que se efetive? Como fazer com que o indivíduo marginalizado se enxergue como um cidadão atuante a partir de da sua dimensão local?

Parece claro que para estes questionamentos sejam contemplados, ações devem ser tecidas em escala local. Se a saúde é um direito instituído tanto pelo Estado quanto pela ONU, é principalmente através da educação escolar, que a apropriação desse direito e todas as dimensões que este conceito envolve será atingido. Por essa via, a saúde pode ser discutida e refletida desde tenra idade, contribuindo para uma geração mais consciente em relação ao exercício da cidadania. Também na escola os pais e comunidade local podem participar de atividades referentes ao tema, além de reforçar laços afetivos e de solidariedade na comunidade e no núcleo familiar. Fazê-los pensar em sua moradia, trabalho, bairro, lazer, relações de vizinhança, alimentação, hábitos, costumes,etc., é um meio para entender saúde, assim como bem-estar, cidadania, meio ambiente.

As reflexões e políticas sobre saúde em escala global estão centralizadas na OMS (Organização Mundial da Saúde), uma das muitas agências criadas pela ONU. As Nações Unidas e as agências globais ligadas a ela realizaram no ano de 2000, a Conferência do Milênio, onde foram propostas oito metas a serem cumpridas até 2015, aos quais estavam ligadas com a promoção de bem-estar e saúde. Lideranças mundiais têm agendas de ações integradas para obtenção de equidade social, acabando com a pobreza, proteger o meio ambiente, diminuição de emissão de poluentes na atmosfera, garantir um desenvolvimento sustentável, entre outros. Os países membros da ONU tiveram quinze anos para atingir oito metas, no entanto, como não foram cumpridas no prazo determinado, estipularam um novo prazo (até 2030) e mais metas a serem cumpridas. Nesta nova agenda os países membros da ONU, junto a sociedade civil e empresas tem 17 objetivos para executarem. Entre esses objetivos, o terceiro é bem incisiva sobre assegurar uma vida saudável e promoção do bem-estar para todas as idades (Nações Unidas, 2016).

Portanto, quando a ONU apregoa e postula por direitos universais que devem ser alcançados em cunho global, neste momento a idéia de aldeia global e cidadão do mundo parece fazer sentido, pois o indivíduo pode circular por qualquer lugar no mundo que terá seus direitos garantidos, já não será mais um indivíduo e sim um cidadão. Um imigrante, refugiado ou turista deve ter seus direitos garantidos e quando eles entendem e buscam por isso, aí então estão lançadas as bases que os forjam em cidadãos. Quando se trata de deslocamento humano, isso nunca deve ser um entrave de restrição de direitos. Se o processo de globalização tem a pretensão de unir povos e fazer do mundo sua casa, todos deverão ter sua cidadania garantida em qualquer parte do mundo e o atendimento deve ser assegurado em qualquer espaço que se circule.

A globalização também tem produzido uma mudança do padrão alimentar. O consumo de frutas, legumes, verduras não tem correspondido à recomendação da OMS, que ressalta a ingestão diária de pelo menos 400 gramas destes alimentos, equivalentes a cinco porções ao dia. Porém o mercado privilegia a produção industrial de alimentos e que por sua vez dificulta a introdução no mercado de agricultores familiares que utilizam o solo de modo mais racional e procuram não utilizar agrotóxicos em suas plantações e criações de animais.

Embora tudo isso entre outros aspectos não citados, a globalização pode ser um instrumento de oportunidade para a equidade social. Sociedade civil, setores privados e Estado, podem criar ações que incentive o consumo consciente de alimentos, pressionando cada vez a indústria de alimentos a disponibilizarem alimentos mais saudáveis, por exemplo. A medicina chinesa, referência em conhecimentos médicos alternativos e naturais, surge como uma possibilidade para a composição de ideias de um sistema que compreende a prevenção de doenças. Encontros e debates de povos e culturas diferentes para a socialização de saberes e práticas que envolva a saúde, parece ser um bom exemplo para construção de pontes globais de difusão de saberes populares e integração das pessoas. A globalização mais do que nunca tem permitido o engajamento das pessoas em debates a nível global.

2.2 SAÚDE PÚBLICA PARA A CIDADANIA

As ações governamentais que visam reduzir problemas sociais dentro do território nacional abrangem uma série de programas nas áreas de saúde, trabalho, educação, transporte, habitação, etc. A saúde pública está na constituição como um direito do cidadão e um dever a ser cumprido pelo Estado. O conceito de políticas públicas e de como a saúde é definida pela lei, aparece em Souza; Batista (2012) da seguinte maneira

Entende-se por política pública como o conjunto de ações realizadas pelo Estado e seus agentes, com a participação ou não da sociedade, visando garantir os direitos sociais previstos em lei. Para a Constituição federal de 1988, no Título VIII (Da Ordem Social), Capítulo II (Da Seguridade Social), Seção II (Da Saúde), artigo 196 (Brasil, 1988), Saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (SOUZA; BATISTA, 2012).

A preocupação com a saúde pública no Brasil, começa a ser efetivamente pensada entre o fim do século XIX e início do século XX, com o sanitarista Oswaldo Cruz, quando assumiu a Diretoria Geral de Saúde Pública (DGSP) do Ministério da Justiça e Negócios Interiores. Ações de combate a epidemias, vacinação e

saneamento básico foram efetuadas nas principais capitais brasileiras. Nunes (2000), diz que o campanhismo era o projeto de Estado da época criado por Oswaldo Cruz, e ressalta como a normalização de políticas de saúde pública foram tomando forma. Estas foram institucionalizadas em medidas sanitárias a partir da criação de diversos aparelhos estatais. Também menciona que a constituição de 1891 determinara que os Estados seriam os responsáveis pela saúde pública, o que mais tarde os levariam a gestão inúmeros órgãos sanitários (Nunes, 2000, p.258).

Carvalho (2013) lembra que no período do ciclo da borracha, principalmente, as regiões Norte e Nordeste, foram beneficiadas com um sistema de saúde que atendiam os trabalhadores, denominado "Serviços Especiais de Saúde Pública (Sesp), mais tarde transformado em Fundação Sesp. Foi o programa mais completo de atenção à saúde associada ao saneamento da história do país", (Carvalho, 2010.p7). Outra conquista marcante, aconteceu na III Conferência Nacional de Saúde em 1963, com a proposta de criação de um sistema de saúde universal e descentralizado. Porém, essa proposta foi lentamente diluída, quando em 1964 ascende a Ditadura Militar. Carvalho (2013), explica que somente em 1980, com a crise da previdência nascem as Ações Integradas de Saúde (AIS) e que mais tarde se converteram no atual Sistema Único de Saúde (SUS).

A crise da previdência na década de 1980 provocou que se levasse a cabo uma associação mais forte entre o Inamps e os serviços públicos de saúde. Nasce aí o que se denominou Ações Integradas de Saúde (AIS). O cerne: parceria da previdência com a saúde pública municipal e estadual; prestação de cuidados, principalmente primários ambulatoriais; transferência de recursos da previdência para que fossem realizadas essas ações pelos Estados e municípios. A partir de 1987, as AIS foram aprimoradas com o que se denominou Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (Suds), que durou até 1991 quando se implantou o Sistema Único de Saúde (SUS) (CARVALHO, 2013, p.9).

Somente com as várias pressões para a redemocratização do país, realizadas através de manifestações populares, nas Universidades, nos setores civis e privados por partidos de oposição, viabilizaram um projeto de reforma sanitária brasileira – RSB, que foi a base para a proposta de criação do Sistema Único de Saúde – SUS junto as AIS. Observamos a importância da participação dos cidadãos e de setores

da sociedade para que os seus direitos aos serviços de saúde fossem garantidos. Souza; Bastista (2012), descrevem a composição e a estruturação do SUS:

O SUS não possui um caráter institucional, ele é um complexo sistema, formado por centros de saúde, ambulatórios, laboratórios, hospitais da iniciativa privada e do poder público, bem como por outros órgãos da União, Estados e Municípios, tendo como gestor central o Ministério da Saúde, todavia participam também da sua gestão os estados, municípios e a comunidade. Portanto, pode-se definir SUS como um conjunto de ações e serviços públicos de saúde, compondo uma rede regionalizada e hierarquizada, organizada a partir das diretrizes da descentralização, integralidade e participação da comunidade

Todavia, a luta pela efetivação da cidadania e dos direitos ao acesso aos serviços públicos não acabou com a volta da democracia. Os direitos sociais devem ser garantidos e fiscalizados pelo Estado. Para Portela et. al (2002)

O Estado é a consequência da inter-relação das forças políticas, econômicas, sociais e culturais e também é o conjunto de organizações e leis que regulamentam e permitem a vida. Tem a finalidade de promover o bem comum, respeitando direitos e deveres do cidadão e assegurando o alcance das necessidades básicas da população (PORTELA;et.al, 2002, p.117)

No entanto, a corrupção, planejamento, falta de fiscalização no repasse e no gerenciamento do dinheiro público aos serviços de saúde são situações que colocam em risco a saúde coletiva, dificulta o projeto de universalização à saúde e afasta a consolidação em direção à equidade social. Garantir que a saúde pública seja sempre acessível, requer primeiro nossa participação na sociedade, para que consigamos levar informação para a construção de uma consciência política que traga a luz ao envolvimento político e inclusão dos sujeitos que estão marginalizados.

3. ESPAÇO, TERRITÓRIO E SUAS INTERFACES COM A PRODUÇÃO DE DOENÇAS.

A relação dialética entre as categorias geográficas espaço e território e o processo de desenvolvimento de doenças estão cada vez mais no cerne de debates das Ciências Humanas. Observar a realidade de onde se conformam, não somente as temáticas acerca da saúde urbana, mas todos os fenômenos sociais que culminam no desequilíbrio, injustiças ou qualquer carência social na vida dos cidadãos é identificar a origem das tramas que se articulam dentro da sociedade. Nesta perspectiva, este capítulo refletirá sobre a importância do espaço e território como campo de atuação do processo saúde/doença nas populações. Abordaremos, a seguir, às categorias espaço e território como substrato para eventos resultantes da apropriação e reprodução no lugar onde os indivíduos se estabelecem ou criam algum tipo de relação e as consequências da organização e hierarquização socioespacial na vida dos mesmos.

Por espaço geográfico entendemos as interações sociais expressas na natureza (dominada e apropriada) e materializadas através do trabalho. O espaço é o conjunto de objetos (naturais e artificiais) aos quais a sociedade realiza suas ações cotidianas. Santos (2014) define espaço geográfico como "um conjunto indissociável, solidário e contraditório, de sistemas de objetos e sistemas de ações, não considerados isoladamente, mas como quadro único na qual a história se dá". É, pois, um sistema articulado entre si, modificado e reproduzido pelo homem, lugar de ação de um indivíduo ou de coletividades. Induz e ao mesmo tempo é induzido por ele. Santos (2014), afirma:

Consideramos o espaço como uma instância da sociedade, ao mesmo título que a instância econômica e a instância cultural-ideológica. Isso significa que, como instância, ele *contém* e é *contido* pelas demais instâncias, assim como cada uma delas o contém e é por ele contida. A economia *está* no espaço, assim como o espaço *está* na economia. O mesmo se dá com o político-institucional e com o cultural-ideológico. Isso quer dizer que a essência do espaço é social (SANTOS, 2014, p.12).

Desta maneira, podemos concluir que o caráter biológico envolvido nos estudos de doenças também pode ser explicado pelas interações do homem com o espaço. Sobre a importância desta categoria Geográfica para o entendimento dos perfis epidemiológicos, Costa e Teixeira (1999, p.275) afirmam que o espaço geográfico apresenta-se para a epidemiologia como uma perspectiva singular para melhor apreender os processos interativos que permeiam a ocorrência da saúde e da doença na coletividade.

A organização social provoca alterações no espaço, que, por sua vez, estão impregnadas no tempo, revelam paisagens que estão sobrepostas e justapostas, indicando que tipo de territorialidade foi e continua sendo construída ali. Além disso, a cultura desta localidade é o reflexo das transformações ocorridas outrora por sujeitos que passaram neste lugar. A hierarquização e a organização de um lugar, não segue o mesmo ritmo que outro, e o espaço que vai se desenhando é fragmentado e plural.

Desde o momento em que determinado lugar é apropriado, o modo como foi ocupado e territorializado, refletirá no desenvolvimento de variáveis que marcarão o processo saúde/doença das pessoas que ali estão estabelecidas. A produção espacial deste lugar revela contradições da vida social dos indivíduos que lá residem. A realização cotidiana é coordenada por uma racionalidade imposta, de acordo com Carlos (2012) "pelo desenvolvimento da acumulação que produz o espaço como condição da produção". A contradição está justamente na atribuição desse espaço, que é simultaneamente lugar da realização do cotidiano e lugar agregado e agregador mercantil. Sobre essa racionalidade Carlos (2012) acredita que:

[...] é inerente ao processo que se realiza produzindo não só objeto/mercadorias, mas também a divisão e organização do trabalho, modelos de comportamento e valores e representações que induzem ao consumo, revelando-se norteadores da vida cotidiana. Desse modo, a vida cotidiana se apresenta tendencialmente invadida por um sistema regulador em todos os níveis, concretizada no espaço como norma -ditos interditos - que formaliza e fixa as relações sociais reduzindo-as a formas abstratas, autonomizando às esferas da vida e, como consequência, dissipando a consciência espacial(CARLOS, 2012, p.65).

Assim, o espaço geográfico é produto da racionalidade humana, criadora de um sistema de técnicas e objetos que favorece a apropriação e reprodução. É desse modo que se estabelecem o vínculo, domínio e controle do homem sobre a Terra, o tempo vai selando cada fato, movimento e transformações. Percebido através das paisagens múltiplas que guardam um pouco do que já foi, mas que seguem convergindo em novas reconfigurações que atendam os anseios das pretensões humanas. Somando a isso, Suertegaray (2000) afirma:

Dessa forma, num mesmo espaço coabitam tempos diferentes, tempos tecnológicos diferentes, resultando daí inserções diferentes do lugar no sistema/rede mundial (mundo globalizado), bem como resultando diferentes ritmos e coexistências nos lugares. Constituindo estas diferentes formas de coexistir, materializações diversas, por consequência espaço (s) geográficos (s) complexo(s) e carregado(s) de heranças e de novas possibilidades (SUERTEGARAY, 2000, p.18).

Quando esse território é carregado de cultura, identidade, sentimento e principalmente de poder, observa-se a estruturação do espaço como algo pertencente a um grupo. Identidade e topofilia são as características derivadas desta interação homem no espaço. Um grupo que domina e influencia esse espaço, detém o poder necessário para controlar o que eles lhe reivindicam por território. Souza ainda acrescenta que a definição de território está além do significado comumente associado a ele de território nacional.

Territórios existem e são construídos (e desconstruídos) nas mais diversas escalas, da mais acanhada (p. ex., uma rua) à internacional (p. ex., a área formada pelo conjunto dos territórios dos países-membros da Organização do Tratado do Atlântico Norte - OTAN); territórios são construídos (e desconstruídos) dentro de escalas temporais as mais diferentes: séculos, décadas, anos, meses ou dias; territórios podem ter um caráter permanente, mas também podem ter uma existência periódica, cíclica (SOUZA, ,p. 81).

Abrimos aqui, um parênteses dedicado para definir o conceito de topofilia, pois como já mencionado, entendemos que para este tipo de estudo devemos observar a totalidade resultante do processo saúde/doença. Assim, contemplar as

experiências e como o indivíduo percebe o ambiente pode ser também um recurso para norteador de ações sobre o ambiente, a partir da percepção cognitivas dos sujeitos em um determinado espaço e considerando que este mesmo sujeito é o protagonista das ações no ambiente. O geógrafo chinês Ty-Fu Tuan (1980), o descreve como sendo a percepção e representação social desenvolvidos a partir, a experiência de e cultura de determinada população. Ty-Fu Tuan(1980, p. 107) então considera topofilia como "laços afetivos dos seres humanos com o meio ambiente material", capaz de estimular sensorialmente o indivíduo. A subjetividade do entendimento pessoal do ambiente em que se vive, permite-nos observar como o indivíduo reage ao "mundo" que o cerca. A experiência ambiental aparece na interpretação das pessoas como algo negativo ou positivo, deste modo, este conceito aparece em nosso trabalho para que possamos inferir se de acordo a população investigada o ambiente pode impactar ou não em sua saúde. Para Melazo (2005,p.46) "O ambiente natural assim como os ambientes construídos são percebidos de acordo com os valores e as experiências individuais dos homens onde são atribuídos valores e significados em um determinado grau de importância em suas vidas". Sendo o processo saúde/doença um processo multicausal, faz-se relevante investigá-lo sob a ótica dos sujeitos. Melazo (2005) acrescenta

Assim, o estudo da percepção ambiental se torna fundamental para que possamos compreender melhor as inter-relações entre o homem e o ambiente no qual vive, suas expectativas, satisfações e insatisfações, valores e condutas, como cada indivíduo percebe, reage e responde diferentemente frente às ações sobre o meio (MELAZO, 2005, p.48)

Tratando o conceito de território e de espaço geográfico é apropriado (ocupado) por um grupo social que desenvolve sua identidade sociocultural. Sobre ele (o espaço geográfico) o território se assenta. Raffestin (1993) acredita que a formação de um território se dá a partir da apropriação e territorialização de um grupo social no espaço. Sobre isso ele explica:

O território se forma a partir do espaço, é resultado de uma ação conduzida por um ator sintagmático (ator que realiza um programa) em qualquer nível. Ao se apropriar de um espaço, concreta ou

abstratamente (por exemplo, pela representação), o ator "territorializa" o espaço. (RAFFESTIN, 1993, p.143).

A constituição de um território engloba diferentes relações, que são complexas e distintas no espaço e que se modificam ao longo dos tempos. Através do uso e controle do espaço geográfico (expressões de poder), pode ser entendido (por quem o controla) como seu território em um dado momento. Saquet (2015, p.50) define de maneira sucinta que o território é o "resultado da dinâmica socioespacial: a identidade, as relações de poder e as redes de circulação e comunicação ". Assim as atividades humanas que se estabelecem no interior do território territorializam e vínculos afetivos, redes e signos são tecidos ao longo do tempo. Saquet (2007) sintetiza esse conceito.

O território significa natureza e sociedade; economia, política e cultura; ideias e matéria; identidades e representações; apropriação, dominação e controle; descontinuidades; conexões e redes; domínio e subordinação; degradação e proteção ambiental; terra, formas espaciais e relações de poder; diversidade e unidade. Isso significa a existência de interações no e do processo de territorialização, que envolvem e são envolvidas por processos sociais semelhantes e diferentes, nos mesmos ou em distintos momentos e lugares, centradas na conjunção, paradoxal, de descontinuidades, de desigualdades, diferenças e traços comuns (SAQUET, 2007, p.24).

Essas duas categorias (território e espaço) se destacam nos trabalhos relacionados ao processo saúde/doença. Elas permitem focalizar onde se originam e disseminam determinados tipos de patologias. Ao considerarmos esses conceitos geográficos, podemos minimizar abordagens deterministas que estigmatizam lugares e pessoas, mostrando outra perspectiva que justifique o desenvolvimento de determinadas doenças. Neste contexto, o território ou o espaço explicam através das dinâmicas sociais, políticas, econômicas e culturais, como certas doenças são próprias de um lugar.

Observamos que o atual modelo de desenvolvimento - técnico - científico e informacional- característico do mundo globalizado, transforma o espaço e as

relações territoriais. A capitalização dos serviços de saúde produz uma cadeia mercadológica que reflete na saúde das pessoas. A crise da saúde pública e sua ineficiência em atender a todos, oportuniza a angariação de clientes para a saúde privada, que com seus planos de preços inacessíveis acaba por segregar as pessoas que não tem condições em pagar por um atendimento de saúde de qualidade. Sobre a unicidade técnica e o seu papel determinante no uso do tempo Santos (2008) destaca:

Ao surgir uma nova família de técnicas, as outras não desaparecem. Continuam existindo, mas o novo conjunto de instrumentos passa a ser usado pelos novos atores hegemônicos, enquanto os não hegemônicos continuam utilizando conjuntos menos atuais e menos poderosos. Quando um determinado ator não tem as condições para mobilizar as técnicas consideradas mais avançadas, torna-se, por isso mesmo, um ator de menor importância no período atual. (SANTOS, 2008, p.25).

Assim, entendemos que a evolução e aprimoramento técnico-científico e criação de objetos como dispositivos que dão suporte ao processo de reprodução espacial, ofereceram um grande salto à qualidade de vida e saúde. Todavia, não atendem às necessidades de todos. Em um território, por exemplo, pode-se verificar a existência de espaços fragmentados e realidades distintas, áreas onde as condições de saúde são satisfatórias e outras precárias. No caso do território (bairro) em questão, a heterogeneidade espacial e microterritorialidades, configuram em uma característica presente, indica-nos que devemos proceder nossas reflexões (projetos ou estratégias ligadas a saúde) com atenção e cuidado para não generalizar os processos envolvidos na saúde e doença das pessoas que residem nesse lugar.

Nessa perspectiva, o território é palco de conflitos de interesses. As práticas territoriais imprimem em nossas análises aspectos que vão além do social, pois revelam vários nuances de uma determinada área que está imersa em relações de poder, resistências, práticas, estratégias, que confere ao lugar peculiaridades que podem ser diferentes de outros.

Destarte, priorizar-se-á essa categoria geográfica (território), pois é nela que enxergaremos com maior clareza as dinâmicas da produção de patologias entre os sujeitos. A análise das dinâmicas das doenças viabilizará a promoção de saúde e controle de doenças, através de um planejamento territorial urbano mais eficiente e que atenda às necessidades de seus moradores. Sobre a importância de se levar em consideração o conceito territorial neste cenário, Faria e Bortolozzi, destacam que

[...] torna-se importante para o planejamento de ações que permitam diminuir os impactos dessa apropriação na vida das pessoas. Como exemplo importante pode -se citar o planejamento territorial urbano que pode tanto evitar a produção de doenças, controlando a ocupação de áreas inadequadas e criando uma estrutura ambientalmente saudável, quanto tornar mais eficaz a ação da saúde pública, instalando equipamentos e serviços que sejam condizentes com as realidades territoriais a que se destinam. (FARIA; BORTOLOZZI, 2009, p.36).

O caleidoscópio de possibilidades de perspectivas sociais, políticas, econômicas e culturais permitirá em nosso estudo, investigar e observar o porquê as pessoas adoecem, quais as doenças mais frequentes no bairro estudado e como estão distribuídas no território.

O perfil epidemiológico de um determinado recorte espacial, pode evidenciar as dinâmicas e circulação das doenças lá encontradas. Partindo destas premissas, as aplicações dessas informações em um sistema computadorizado de dados que permitam melhor visualização da área estudada contribuem para uma melhor gestão e fomento de estratégias de combate e prevenção de doenças, além de auxiliar no momento do planejamento urbano.

Por apresentar-se num espectro tão múltiplo de racionalidades, o território muitas vezes descrito por Milton Santos (2008) como “confuso” ou “esquizofrênico”, frutos de uma globalização desigual, incentiva práticas e estratégias que superem as dificuldades do cotidiano. Sobre os movimentos, fluxos e redes que os indivíduos desenvolvem frente às injustiças provocados pela globalização, Santos ressalta:

[...] essas pessoas não se subordinam de forma permanente a racionalidade hegemônica e, por isso, com frequência podem se entregar a manifestações que são a contraface do pragmatismo. Assim, junto a busca da sobrevivência, vemos produzir-se, na base da sociedade, um pragmatismo mesclado com a emoção, partir dos lugares e das pessoas juntos (SANTOS, 2008 p.114).

Essas relações dialéticas entre território e o processo saúde/doença, só evidenciam como as relações de poder segregam, fragmentam e até estigmatizam. Com toda certeza a população residente em lugares com uma infraestrutura precária e que não recebe os devidos atendimentos de serviços prestados pela administração pública, são os mais vulneráveis.

Entender a distribuição das doenças revelará como o perfil epidemiológico de cada área, sob a responsabilidade das Secretarias de Saúde, se transforma ao longo do tempo. As realizações cotidianas podem mostrar como se comportam os agentes etiológicos e seus focos de maior concentração, quais os gêneros e as faixas etárias mais afetadas. Como as transformações no território urbano podem alterar o habitat de muitos vetores e estes invadem e se proliferam em áreas urbanas.

O atual modelo mundial de desenvolvimento focalizado principalmente na esfera econômica, reproduz territórios e espaços desiguais, que segregam e marginalizam os indivíduos. Neste panorama os aspectos sociais para a consolidação de uma sociedade mais coesa têm tido pouca importância. Entretanto, nos lugares onde criam-se resistências e estratégias de indivíduos ou de uma coletividade que não se subordina as racionalidades impostas pela lógica político-econômica vigente.

A partir deste mosaico, as questões de morbimortalidade aparecerão com mais frequência dentro de espaços urbanos mais carentes e que não recebem assistência e serviços públicos integralmente. A infraestrutura e serviços públicos precários acarretam consequências negativas, que refletem na saúde das pessoas.

No caso do controle de patologias, por exemplo, é quase impossível existir uma região livre de doenças. O espaço deve ser entendido e pensado na sua totalidade.

A (re) territorialização de indivíduos pode provocar a (re) territorialização de enfermidades, ou seja, quando novas áreas incorporadas ao espaço urbano são ocupadas, possivelmente o habitat de alguns vetores são destruídos. E o que constatamos é a adaptação e a migração desses vetores para esses lugares de ocupação urbana. É possível também, que devido ao rápido crescimento urbano, muitos bairros ainda não possuam infraestrutura básica e/ou várias residências são construídas em áreas de risco, lugares propícios ao aparecimento de doenças, resultando deste modo em um quadro social e epidemiológico preocupante. Monken e Barcellos (2008) dão um exemplo que ilustra esse tipo de situação.

As transformações afetam a todos do lugar. Mas elas não são feitas por todos e para todos. Existem mudanças que beneficiam um grupo de pessoas, mas prejudicam outras. Basta ver os problemas gerados com a construção de represas, por exemplo. A decisão de construí-las surge porque existe uma demanda de energia ou de água, isto é, a sociedade precisa deste produto para realizar suas atividades cotidianas. Mas quem mora perto da área que vai ser alagada geralmente sofre com esse tipo de obra. Durante a construção, existem trabalhadores (migrantes) vindos de toda parte do país que modificam a vida da cidade. Depois de construído, o lago pode servir de criadouro para caramujos da esquistossomose e mosquitos da malária. Outras pessoas que passam a usar esse mesmo lago para turismo ou pesca podem melhorar de vida com essa obra. Além disso, a obra pode ser feita em vários lugares e de diversas maneiras (MONKEN; BARCELLOS, 2008.).

O Brasil apresenta em seu território urbano um contraste bastante acentuado observado a partir da década de 1950. As disparidades sociais acentuaram a segregação urbana, que culminaram em problemas de ordem social, ambiental e de saúde. A seguir, trataremos como os conceitos de espaço e território direcionam-se ao encontro da epidemiologia no auxílio de uma compreensão e explicação dos fenômenos do processo saúde e doença.

Para dar prosseguimento ao entendimento da relação das categorias espaço e território ao processo saúde/doença, iremos primeiramente delinear as

consequências de suas dinâmicas e transformações no cotidiano dos indivíduos. Em seguida, abordaremos a relevância da observação dessas "metamorfozes" como suporte de análises da processualidade do adoecimento em uma coletividade.

Entendemos que a frequência de abordagens sobre o espaço nos trabalhos em Geografia da Saúde, seja devido sua essência basilar, para além de um mero substrato. Pois sua dimensão espacial é inesperada da dimensão temporal. O que acontece no espaço ocorre em simultâneo no tempo. Há também a dimensão natural e social do espaço. Portanto, notamos que a noção de totalidade desta categoria, permite ao Geógrafo (ou qualquer pesquisador) avaliar a "metamorfose" dialética que aí ocorre. O espaço é resultado da ação do humana na natureza e onde se circunscrevem vários conjuntos de sistemas (ação, produção, objetos). Ademais, para refletirmos com eficiência sobre as questões do território e suas dinâmicas, não podemos olvidar que a partir do espaço se constrói o território.

Atualmente na Geografia o conceito de espaço é defendido como lugar onde se estabelecem as relações sociais e temporalidades. Ou seja, quando o homem transforma a natureza (meio), invariavelmente a conduz para um estado de artificialidade, via trabalho, propiciando a realização da vida humana. No espaço coexistem tempos e ritmos diferentes, observados a partir das paisagens e de como as técnicas estão distribuídas.

Corrêa (2000) entende o espaço como sendo "morada do Homem" e ainda elenca e enfatiza a importância da multidimensionalidade observada do conceito de espaço:

Absoluto, relativo, concebido como planície isotrópica, representado através de matrizes e grafos, descrito através de diversas metáfora, reflexo e condição social, experienciado de diversos modos, rico em simbolismos e campo de lutas, o espaço geográfico é multidimensional. Aceitar esta multidimensionalidade é aceitar por práticas sociais distintas que, como HARVEY (1973) se refere, permitem construir diferentes conceitos de espaço. (CORREA, 2000.p. 33).

De acordo Raffestin (1993), há que se reconhecer que o espaço não é equivalente ao território, pois o espaço é anterior a ele. Ele utiliza a expressão:

"prisão original" para caracterizar o espaço. Podendo assim ser entendido lugar onde se projetam as realizações sociais e a partir daí conformar um território.

O espaço é, portanto, anterior preexistente a qualquer ação. O espaço é, de certa forma, "dado" como, se fosse uma matéria-prima. Preexiste a qualquer ação. "Local" de possibilidades, é a realidade material preexistente a qualquer conhecimento e a qualquer prática dos quais será o objeto a partir do momento em que um ator manifeste a intenção de dele se apoderar. (RAFFESTIN, 1993, p. 144).

Santos (2007) trata do espaço como um conjunto de objetos geográficos em movimento, pois seu conteúdo (a sociedade) é quem o anima, o modela, figurando assim em um conjunto de possibilidades. Para Santos (2007, p. 31), "a sociedade seria o ser, e o espaço seria a existência", ou seja, a metamorfose deste ser acontece no espaço via suas próprias ações.

Para Santos (2008), no espaço (natural e artificial) se encontram conjuntos de sistemas de objetos e sistemas de ações articulados de maneira indissociável. Ele considera que o espaço contém e é contido por instâncias de ordem econômica e cultural-ideológica, ratificando sua essência social. Sobre o espaço, Santos (2008) acrescenta:

Nesse caso, o espaço não pode ser apenas formado pelas coisas, os objetos geográficos, naturais e artificiais, cujo conjunto nos dá a Natureza. O espaço é tudo isso, mais a sociedade: cada fração da natureza abriga uma fração da sociedade atual (SANTOS, 2008, p.12).

Essa fração da sociedade é ao mesmo tempo forma e conteúdo do espaço. Assim entendemos que a medida que a sociedade se transforma o espaço também é transformado, ou metamorfoseado como Santos (2008) sugere. A forma está sempre em mudança e o conteúdo quando se encaixa na forma ganha nova significação. Atentemo-nos para o fato de que Santos (2008) está sempre a lembrarmos do movimento (metamorfose) do/no espaço:

O movimento dialético entre forma e conteúdo, a que o espaço, soma dos dois, preside, é, igualmente, o movimento dialético do todo social,

apreendido na e através da a realidade geográfica. Cada localização é, pois, um momento do imenso movimento do mundo, apreendido em um ponto geográfico, um lugar. Por isso mesmo, cada lugar está sempre mudando de significação, graças ao movimento social: a cada instante as frações da sociedade que lhe cabem não são as mesmas (SANTOS, 2008, p.13).

Temos, portanto, um espaço que se metamorfoseia por meio da sociedade e uma sociedade sujeita a mudanças no espaço. Uma atividade infinita e dialética. Então, todos os objetos geográficos circunscritos no espaço são animados por processos sociais. Estes processos por sua vez investem de função e formas esses objetos e os insere em uma estrutura (em um dado momento histórico), pois sendo os processos sempre contínuos, as estruturas estão sempre a mudar junto. E a cada momento de mudança histórica espacial, facilita a compreensão da organização dos indivíduos aí estabelecidos. Santos (2007), recorda Kant, quando diz que a sociedade uma é "pluralidade considerada como unidade", isto significaria que a unidade é um ato que conduz a sociedade para movimento, evolução, que está incorporada nas formas geográficas, é o próprio espaço. Neste cenário, qualquer espaço pode conter determinantes naturais ou sociais. Silva (1997), faz a seguinte leitura sobre o espaço geográfico.

[...] um espaço mutável e diferenciado cuja aparência visível é a paisagem. É um espaço recortado, subdividido, mas sempre em função do ponto de vista segundo o qual o consideramos. Espaço fracionado, cujos elementos se apresentam desigualmente solidários uns aos outros ... Por conseguinte, surge o espaço geográfico como o esteio de um sistema de relações, algumas determinadas a partir do meio físico (arquitetura dos volumes rochosos, clima, vegetação), outras provenientes das sociedades humanas responsáveis pela organização do espaço em função da densidade demográfica, da organização social e econômica, do nível das técnicas; numa palavra: de toda essa tessitura pejada de densidade histórica a que damos o nome de civilização (DOLLFUS, 1972 *apud* SILVA, 1997, p.588).

A profícua perspectiva do espaço geográfico como categoria de análise no processo saúde-doença, indica uma gama de possibilidades investigativas. Por

exemplo: distribuição espacial das doenças, reprodução do espaço urbano e seu impacto no padrão de morbidade. Ramos (2014) traz uma classificação de possibilidades que Nossa (2008) propôs como linha de investigação.

[...] (1) padronização espacial da morbidade e da mortalidade, onde se insere a cartografia temática, os estudos ecológicos e os estudos de difusão; (2) padronização espacial da provisão dos serviços; (3) abordagem humanista; (4) abordagem estruturalista, materialista, crítica; e (5) abordagem cultural. Ao tratar de padrões espaciais de morbimortalidade e de estudos de associação, a Geografia da Saúde estabelece uma forte relação com a epidemiologia analítica e a estatística espacial, além de apresentar modelos descritivos, preditivos e de interdição (NOSSA 2008 *apud* RAMOS, 2014, p. 177).

Observados alguns conceitos sobre espaço geográfico e a possibilidade de ser uma categoria de análise sobre saúde e doença, destacamos e enfatizamos a superação do olhar sobre o espaço apenas como substrato e estático das ações humanas, outrora entendidas pela epidemiologia clássica (SILVA, 1997). As ações no espaço acontecem, principalmente, devido aos processos de organização e reorganização, produção e reprodução com mais intensidade no espaço urbano. Silva (1997, p.589) sugere que a investigação do processo de organização do espaço "permite uma visão dinâmica do processo saúde-doença", portanto, um recurso teórico a mais para a epidemiologia. Ele pondera acerca da análise da interação de uma coletividade e a natureza:

A epidemiologia se preocupa com o processo de ocorrência e distribuição das doenças nas coletividades, portanto o eixo de análise é a coletividade e seu comportamento. Se desviarmos ligeiramente nosso olhar e passarmos a analisar não mais a coletividade em si, mas o processo de interação desta com a natureza e a maneira como o meio é transformado, organizado para sustentar a atividade econômica, ganharemos uma perspectiva histórica da doença, fundamental para a compreensão do momento atual (SILVA, 1997, p.589).

Durante o processo de organização espacial, um indivíduo ou coletividade pode vir a ocupar um habitat natural de algum patógeno ou vetor e isto pode

conduzir a ocorrência de doenças. Silva (1997) enfatiza que neste momento deve ser feita a análise do processo de organização do espaço que culminou em um sistema de relações dos seres humanos com o ambiente e o denominou de "espaço nosológico". Ele afirma que a partir do entendimento da interação sociedade-natureza e nos modelos de interação humana dela decorrentes, é que se consegue entender o processo saúde/doença em um recorte espacial, ou seja, as doenças devem ser analisadas através das condições que as criaram.

O espaço supõe ações de um grupo de pessoas, que estão sempre a se movimentar e organizar. Sobre isso Corrêa (2000), define:

No longo e infindável processo do espaço, o Homem estabeleceu um conjunto de práticas através das quais são criadas, mantidas, desfeitas e refeitas as formas e as interações espaciais. São práticas espaciais, isto é, um conjunto de ações espacialmente localizadas que impactam diretamente sobre o espaço, alterando-o no todo ou em parte ou preservando-o em suas formas espaciais. (CORRÊA, 2000, p.35).

Desta forma, as transformações no espaço perpassam pela subjetividade e percepção dos sujeitos e que se concretizam por meio das práticas de (re) produção do espaço. A circulação e mobilidade no território traça redes de consumo, trabalho, etc. e também de enfermidades, pois as ações coletivas ou individuais podem levar a práxis que resulta em estilos de vida, comportamento e cultura que podem provocar o aparecimento de doenças. Temos então ações e dinâmicas que configuram o território e o território que incide nas práticas cotidianas e vice-versa. São ações e transformações cíclicas, que no contexto das doenças, devem ser repensados de maneira que tais ações sejam para a promoção de saúde e não para a reprodução de doenças (reprodução de doenças no sentido do desenvolvimento de relações que estimulem sua disseminação ou ambiente propício a sua proliferação).

3.1. MEIO-AMBIENTE E O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

As enfermidades com mais ou menos intensidade ceifam vidas todos os dias em alguma parte do mundo. Nem mesmo o avanço da tecnologia e das ciências

médicas, foram capazes de eliminar os transtornos ocasionados por doenças. Ao contrário, à medida que a sociedade se modifica, muitas patologias sofrem mutações para resistir aos efeitos dos novos medicamentos. Mas não foram somente os comportamentos e os hábitos culturais na sociedade que ditaram as dinâmicas epidemiológicas (ou vice-versa), a degradação ambiental, aquecimento global, os fluxos migratórios, urbanização, também estão associadas a surtos e endemias de algum agente etiológico. As cidades dos países em desenvolvimento (preocupados somente com o desenvolvimento econômico) investem pouco em saúde, educação, segurança, urbanização de qualidade que atenda às necessidades de todos dentro da cidade. A vulnerabilidade que se encontra à população, aumenta significativamente as chances de contrair alguma moléstia.

No que se refere em alternativas para mudar este quadro, acrescentamos os dizeres de Basso (2000, p.40) que acredita que a melhoria da qualidade ambiental nos centros urbanos exige uma série de medidas: vontade política, recursos humanos e financeiros, democracia, tecnologia, etc.

No Brasil, como em vários países, os problemas relacionados à saúde dentro do território urbano sofrem grande influência das consequências ambientais causadas pela industrialização e urbanização desordenada. Sobre a urbanização no Brasil e suas consequências, Fujimoto destaca:

O crescimento rápido, espontâneo e desordenado provocou o inchaço de muitas cidades, caracterizado pela ocupação de áreas periféricas, na maioria impróprias para o meio ambiente, com a perda significativa da qualidade de vida dentro desses espaços urbanos (FUJIMOTO2000, p. 53)

Casas construídas em áreas de risco, distúrbios alimentares, doenças associadas à poluição, zoonoses, doenças virais e parasitárias, marcaram o perfil de morbimortalidade no país no início do século XX. Destacamos aqui Oswaldo Cruz e Carlos Chagas, pelo combate de doenças que assolavam o país. O primeiro foi responsável por coordenar a vacinação para a erradicação da varíola e controle da febre amarela, que assolavam as principais metrópoles do Brasil, principalmente a cidade do Rio de Janeiro. Respectivamente, temos Carlos Chagas, responsável pelo controle da malária e da doença de Chagas.

Lembramos também a figura do pesquisador Josué de Castro, reconhecido mundialmente por suas diversas obras, entre elas o seu famoso livro intitulado *Geografia da Fome* (1946), onde mapeou e dividiu o Brasil de acordo com o regime alimentar de cada área. Josué de Castro foi responsável por alertar e sensibilizar as autoridades brasileiras sobre as péssimas condições de vida que eram impostas às camadas mais pobres. Segundo o médico epidemiologista Djalma Agripino de Melo Filho.

[...] Josué de Castro com o propósito de alcançar a dimensão Inter e transdisciplinar, procurou integrar, do ponto de vista teórico-metodológico, conhecimentos advindos, pelo menos, da geografia, biologia, medicina, nutrição, higiene, epidemiologia, história, sociologia, antropologia, ecologia, economia e política (MELO FILHO, 2003, p.510).

Esses pesquisadores citados se tornaram referência, pois observaram os fatores de multicausalidade que propiciaram a disseminação de tais patologias. O aparecimento e disseminação de algum agente etiológico pode estar relacionado à determinantes que vão além dos biológicos. De fato, determinantes de caráter socioeconômico, ambiental, cultural compõem o quadro de variáveis de como um determinado contingente populacional adoece ou se mantém saudável. No território urbano, as dinâmicas territoriais podem nos indicar quais os grupos socioeconômicos, faixas etárias e gêneros mais afetados, lugares onde há maior incidência de doenças e os tipos de doenças mais frequentes. As análises e pesquisas sobre a incidência de um determinado tipo de doença, requer analisar também quais são os determinantes que atuam na sua disseminação das mesmas. Segundo Buss e Filho (2007, p.81), a importância em considerar tais determinantes permite "identificar onde e como devem ser feitas as intervenções, com o objetivo de reduzir as iniquidades de saúde, ou seja, os pontos mais sensíveis onde tais intervenções podem provocar maior impacto". Esses fatos (ou determinantes) estão em constante mudança e interligados, construindo um processo que frequentemente culmina em um indivíduo ou uma parcela ou grupo populacionais enfermos. Barata (2009) assinala o processo saúde/doença como:

[...] resultante das possibilidades normativas dos indivíduos em relação ao mundo social e biológico. Suas relações com os diferentes

agentes sociais posicionados no espaço social determinam os diferentes riscos de adoecer e morrer. As atividades humanas no ambiente, estilo de vida, interações e dinâmicas no território urbano. (BARATA, 2009, p.460)

Sob o foco das dinâmicas territoriais que costuram o espaço, o território retrata uma paisagem heterogênea, fragmentada, que é caracterizada por ações das pessoas que ali interagem e estabelecem vínculos. Construindo, dessa forma, espaços diferenciados que indicam quais e que tipos de relações de poder e produção existem naquele lugar. A leitura dessa paisagem suscita reflexões acerca dessas ações e dinâmicas, além de apontarem para outros elementos capitais dessas ações que estão distribuídas diferencialmente na matriz territorial de nossas análises.

O cenário de relações sociais que o território apresenta, de alguma maneira impacta na vida dos indivíduos lá inseridos. O emaranhado de redes e nós, fluxos, percepções, identidades é intrínseco às dinâmicas e ações, forjados a partir da apropriação social e espacial, que, por sua vez, estão estruturados e articulados mediante a vida cotidiana, essas realizações da vida cotidiana são compreendidas por Carlos (2012) como "um modo de apropriação (o que envolve espaço e tempo determinados), bem como construção de uma história individual como história coletiva". Deste modo, é válido considerar em nossa pesquisa as várias possibilidades e realidades impressas em um mesmo território e seus inúmeros determinantes no processo saúde/doença.

A racionalização do território urbano supõe a funcionalidade e usos de cada espaço dentro da cidade. O Estado cria estratégias para a produção e acumulação do capital, controla e decide o ritmo das instituições. Todavia, alguns indivíduos em sua vida cotidiana descobrem maneiras de contornar essa racionalidade, invertem lógicas políticas e de mercado, atribuem valor aquilo que lhes é palpável, buscam "atalhos" e "caminhos" que escapam ao traçado original, instituído. Desconsideram o poder panóptico ao qual estão envolvidos, realizam suas vidas em lugares não reconhecidos pelo modelo político e econômico vigente, criando assim em um único território urbano de espaços contraditórios, que contorna a lógica da ordem capitalista.

Certeau (1998) denomina as práticas sociais desses indivíduos de "cegas" e "opacas", pois mesmo sem poder ler ou enxergar o "texto" urbano, se embrenham dentro da cidade. Sobre esses indivíduos Certeau (1998) afirma:

Esses praticantes jogam com espaços que não vêem; têm dele um conhecimento tão cego como no corpo-a-corpo amoroso. Os caminhos que se respondem nesse entrelaçamento, poesias ignoradas de que cada corpo é um elemento assinado por muitos outros, escapam a legibilidade. Tudo se passa como se uma espécie de cegueira caracterizasse as práticas organizadoras da cidade habitada. As redes dessas escrituras avançam e entrecruzam-se, compõem uma história múltipla sem autor, nem espectador, formados em fragmentos de trajetórias e em alterações de espaços: com relação às representações ela permanece cotidianamente, indefinidamente, outra (CERTEAU, 1998, p.171).

As práticas e as dinâmicas realizadas em um território estão vinculadas aos diferentes modos de uso do espaço. Isso pode nos indicar não somente como o processo saúde/doença é desenvolvido, mas compreender o desenvolvimento e inter-relação desse processo em diferentes escalas. Podemos observar, por exemplo, como um grupo (em esfera local) se mantém imune ou dissemina algum tipo de enfermidade para um contingente maior a partir de sua territorialidade. Faria e Bortolozzi (2009) evocam a idéia de que esses lugares seriam “espaços não cidadãos”, pois não oferecem e nem cumprem com os direitos básicos de cidadania, e indagam se a (re) produção desses espaços não cidadãos seriam “a explicação para os eventos de doença na cidade? Em outras palavras, não seria a produção de territórios de 'não cidadãos' a razão para determinados comportamentos biológicos da sociedade”?

O entendimento dessas dinâmicas requer nossa atenção acerca de imprevisibilidade, que por vezes nos surpreende ao revelar quadros de morbidade diferentes, comprovando a polissemia que movimenta o processo saúde/doença. A saúde urbana é o reflexo dos contrastes sociais que marcam a paisagem da cidade e do acelerado ritmo de suas redes e conexões, produção e consumo, que por sua vez estimulam os problemas sociais que afetam a saúde como: estresse, doenças

crônicas, respiratórias, infectocontagiosas, enfim, muitas enfermidades se tornam ainda mais graves quando se vive em um ambiente propício ao seu aparecimento. E é devido a essas transformações da sociedade e de onde ela está circunscrita, que se deve ao fato de sempre o quadro epidemiológico (do território em que se está estudando) também seguir as mudanças na sociedade e de tempo em tempo apresentar perfis diferentes. O perfil de morbimortalidade de uma metrópole, por exemplo, pode apresentar taxas altas para doenças infectocontagiosas em um ano e em dois ou três anos depois apresentar seu quadro de morbimortalidade para doenças genéticas.

Deste modo, o processo saúde/doença é também um processo social, e não somente biológico. Todos os elementos que constituem as dinâmicas territoriais, atuam direta ou indiretamente como variáveis ou determinantes, validando o conceito de multicausalidade na contração de alguma patologia. Laurell (1982, p.6) afirma que a natureza social da doença não se verifica no caso clínico, mas no modo característico de adoecer e morrer nos grupos humanos. Laurell (1982) ainda demonstra com o exemplo da tuberculose. Para ela, existem diferenças de como as pessoas contraíam tuberculose antigamente e como elas contraem a mesma doença hoje em dia. A autora afirma que essa diferença pode ser buscada nos perfis patológicos dos grupos sociais que contraíram a doença e não no sujeito tuberculoso. O território urbano em seus diversos níveis de desenvolvimento e de desigualdade apresenta também diversos quadros epidemiológicos. O caráter social da doença revela a distribuição e o acesso aos serviços de saúde. Sobre isso Laurell (1982) afirma:

Para demonstrar o caráter social da doença é necessário, também, estudar o tipo, a frequência e a distribuição da moléstia nos diversos grupos sociais que constituem a sociedade. Existindo uma articulação entre o processo social e o processo de saúde e doença, este deve assumir características distintas conforme o modo diferencial com que cada um dos grupos se insere na produção e se relaciona com os grupos sociais restantes (LAURELL, 1982, p.7).

A história natural das doenças revela que grande parte das doenças que atualmente conhecemos, estão erradicadas ou controladas e que outras ressurgem

e se espalham com muita facilidade de tempos em tempos. Existem vírus, bactérias, fungos e parasitas nocivos à saúde e que se manifestam de acordo aos estímulos externos e podem se tornar surtos epidêmicos difíceis de controlar. Podemos citar o caso da dengue, no Brasil, como um caso onde as dinâmicas territoriais urbanas aparecem com fatores de propagação do mosquito *Aedes Aegypti*. A infestação do mosquito *Aedes Aegypti*, (vetor da dengue e outras patologias) tem sido motivo de bastante preocupação das autoridades no Brasil e no mundo. Desde o início do século xx, o combate ao mosquito transmissor da dengue vem sendo travada. As condições climáticas favorecem a proliferação do mosquito, mas desde meados dos anos 1970 a progressão de incidência e sua evolução (dengue hemorrágica), representam um desafio aos gestores em saúde pública. (MENDONÇA; SOUZA E DUTRA, 2009) destacam que:

A partir dos anos cinquenta, com a exacerbação dos processos de periferização, mais intensamente nos últimos trinta anos, passaram a ocorrer dois movimentos simultâneos: a intensificação das intervenções na rede de drenagem (obras de retificação e canalização de rios, aterramento das várzeas e sua incorporação à malha urbana) e explosão na abertura de loteamentos de periferia. Assim, a dinâmica da urbanização, pela expansão de áreas suburbanas produziu um ambiente urbano segregado e altamente degradado, com efeitos graves sobre a qualidade de vida de sua população (MENDONÇA; SOUZA; DUTRA, 2009, p.260 *apud* JACOBI, 2004).

Vale lembrar que a urbanização não é um problema, ao contrário, ela é capaz de promover e desenvolver um território que auxilie na equidade social e qualidade de vida. O problema está em como os gestores e as autoridades planejam e coordenam ações de serviços de infraestrutura e urbanização. O território urbano deve ser entendido e pensado em sua totalidade, pois ao beneficiar apenas uma parte em detrimento de outras, possivelmente isso acarretará em consequências envolvendo a todos que compartilham do mesmo território urbano. No caso da dengue, sabemos que todos os focos de proliferação devem ser eliminados, o controle e/ou erradicação de vetores deve estar baseado em sua eliminação por completo e não por áreas, para que não haja casos de reincidência da dengue e outras doenças transmitidos pelo mesmo vetor.

A configuração do território urbano provoca indagações acerca de como a organização do espaço e suas contradições socioespaciais estão relacionadas com a distribuição de serviços de saúde e serviços urbanos. Atingindo diretamente as comunidades mais carentes. Como visto *a priori*, sabemos que as causas que levam um indivíduo a adoecer são múltiplas, isso reforça nossa análise de que o território e as dinâmicas sociais estão articulados, legitimando desse modo a luta por direitos ao atendimento e serviços de qualidade a todos.

3.2 TERRITÓRIO URBANO E SAÚDE

A Revolução Industrial além de imprimir um ritmo novo à sociedade, também desencadeou várias alterações ambientais que refletiram negativamente dentro do território urbano. A industrialização provocou o aumento populacional nas principais cidades europeias, as atividades industriais intensificaram a produção e o consumo, as péssimas condições de trabalho e de moradia tornaram o ambiente propício para a proliferação de muitas doenças infecciosas e epidêmicas. Os níveis de insalubridade e falta de higiene atingiam quase todos os estratos sociais. Santos (2010) ressalta o quão grave foram as epidemias na Europa, "constata-se que as epidemias foram altamente responsáveis pelas taxas elevadas de mortalidade urbana na Europa, até o século XIX."

As aglomerações nas cidades industriais obrigaram muitas pessoas a viverem em condições sub-humanas, além disso, as noções de higiene ainda eram desconhecidas por muitos. Na incipiente industrialização nos países em desenvolvimento, o êxodo rural foi responsável pelo crescimento desordenado de muitas cidades. A periferização, subemprego e marginalização nas metrópoles, se tornaram consequências de um modelo político e econômico que não atendia as necessidades das camadas mais carentes da sociedade.

A globalização aumentou ainda mais a distância econômica entre os países desenvolvidos em desenvolvimento. A natureza começou a ser explorada de forma abusiva e a mentalidade consumista era uma máquina de fazer dinheiro (embora ainda hoje essa mentalidade vigore). Desde 1947, a OMS vem pensando em estratégias para melhorar a qualidade de vida no mundo. Buss e Filho (2007)

explicam que a própria história da criação da OMS, nasce com o conceito de que há muitas variáveis que interferem na saúde devem ser levadas em consideração.

A própria história da OMS oferece interessantes exemplos dessa tensão, observando-se períodos de forte preponderância de enfoques mais centrados em aspectos biológicos, individuais e tecnológicos, intercalados com outros em que se destacam fatores sociais e ambientais. A definição de saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não meramente a ausência de doença ou enfermidade, inserida na Constituição da OMS no momento de sua fundação, em 1948, é uma clara expressão de uma concepção bastante ampla da saúde, para além de um enfoque centrado na doença (BUSS; FILHO 2007, p.80).

O modelo econômico de consumo explorava os recursos da natureza sem controle, para alimentar sua necessidade de consumo quase instantâneo. A respeito das transformações sociais, ambientais, econômicas e culturais do início da década de 1960, Basso completa:

É nesse contexto mundial, centrado no individualismo, no consumo e no poder econômico (os indivíduos valem mais pelo seu poder de compra do que pelo seu caráter), que uma "minorias engajada" dos países centrais, formada basicamente pelas organizações não governamentais (ONGs), grupos comunitários, agências estatais de controle e fiscalização ambiental, empresários, instituições de pesquisa ambiental, entre outros, vai preocupar-se com as relações sociedade-natureza e tentar encontrar um modelo novo de desenvolvimento, que associe crescimento econômico/progresso com qualidade de vida/sustentabilidade dos recursos (BASSO, 2000, p.36).

No ano de 1972 na cidade de Estocolmo, pela primeira vez, a comunidade Internacional discutiu sobre os prováveis impactos nocivos da ação antrópica no planeta. Os questionamentos avançaram e nos anos seguintes o que se viu foi o crescimento de debates que buscassem uma solução para da crise ambiental naquele momento. O esforço da sociedade de colocar em prática um estilo de vida

mais consciente que pudesse minimizar os problemas de ordem social, econômico, político e ambiental, era um dos apelos da pauta em debate.

As repercussões dessas discussões levaram a ONU criar uma Comissão Mundial sobre o Meio Ambiente e Desenvolvimento (CMMAD) conhecida também como “Comissão Brundtland”. No relatório desenvolvido pela comissão Brundtland os principais problemas que podem ser observados estão situados nas cidades e principalmente nas cidades dos países periféricos, Basso (2000, p.36) resume o relatório destacando que o crescimento e proliferação de moradias ilegais, “expressiva mortalidade decorrente da insalubridade do ambiente, rede de transporte precária, escassez de água e falta de saneamento básico, presença de indústrias poluidoras que contaminam o ambiente, entre outros” foram alguns fatores que tornaram as cidades dos países em desenvolvimento em um caos. Para tentar reverter esse quadro caótico, a comunidade internacional se articulou e mobilizou. Sobre a mobilização da comunidade internacional Silva e Santos (2002) comentam:

Isto aconteceu em decorrência das discussões sobre os riscos da degradação do meio ambiente. Tais discussões ganharam tamanha repercussão que levaram a ONU a instituir, em 1983, uma comissão mundial sobre o meio ambiente e desenvolvimento (CMMAD), com a finalidade de criar propostas para harmonizar as questões de meio ambiente e desenvolvimento (SILVA e SANTOS, 2002, p.15)

É a partir da organização desta comissão que é formulado o famoso relatório: “Nosso Futuro Comum”, que lança as bases sobre o conceito de desenvolvimento sustentável. Em 1992, norteados pelo relatório da Comissão de Brundtland, o documento intitulado Agenda 21 foi aprovado. Sediada na cidade do Rio de Janeiro a Eco 92 reverberou em todo mundo, chamando atenção para o compromisso que muitos países fizeram para diminuir a pobreza, fome, desemprego, degradação ambiental, aquecimento global entre outros. A partir de então, incentivados pela ONU e OMS, várias nações têm por objetivo observar as metas do milênio e da agenda 21, a fim de assegurar melhor qualidade de vida e por consequência a saúde de todos. A agenda 21 brasileira desenvolveu ações importantes para melhorar a saúde e qualidade de vida no país, Minayo (2009, p.

191) destaca algumas dessas ações, “a terceira delas é promover a saúde e evitar a doença; a oitava é universalizar o saneamento básico; a décima terceira é melhorar a qualidade e a quantidade da água e combater a poluição do ar e do solo”.

A Revolução Industrial é mencionada em muitos relatórios como um fenômeno responsável por impactos negativos na sociedade e na natureza. O processo de industrialização foi fundamental para desenvolver o tipo de urbanização que hoje se conhece nos países em desenvolvimento (serviços urbanos e de infraestrutura precários). A mundialização da economia teve grande importância na reconfiguração da organização urbana e transformar as dinâmicas territoriais. Ao evocarmos estes acontecimentos, entendemos que as transformações no território urbano interferem na economia e na política, além de repercutir de alguma maneira em nosso cotidiano, em nossa saúde. Essas transformações e suas consequências envolvem atores distintos entre si, conflito de interesse e poder. A construção de territorialidade e as dinâmicas territoriais, compreendidas através de vivência, símbolos, identidade, estabelece um ritmo próprio ao lugar. É através dessas interações e dinâmicas com o território que podemos delinear como determinada população enfrenta os problemas relacionados à sua saúde, como essas dinâmicas podem influenciar o indivíduo a contrair algum tipo de doença. A complexidade destas relações (re) produz ações que por vezes pode resultar em um ambiente fragilizado, colocando em risco os indivíduos aí inseridos.

As famílias que moram em casas construídas em terrenos frágeis somados a condições financeiras e a falta de infraestrutura produz um ambiente de vulnerabilidade, afetando principalmente crianças e idosos. Neste sentido, para Silva e Santos (2002), o ambiente “é a entidade que existe externamente ao ser humano, concebida como um todo ou contendo muitos elementos distintos, pois muitas das condições de saúde humana estão associadas com os fatores ambientais”.

Circunscrito nessa realidade dramática, o território urbano apresenta uma paisagem fragmentada, em ritmo frenético e um emaranhado de redes e nós que ascende ou se dissolve de acordo os interesses de seus atores. A saúde urbana, portanto, seria fruto dessas relações sociais e representaria os processos de superação ou dificuldade dos indivíduos que integram à sociedade. O processo saúde/doença aqui entendido como um fenômeno social é, nos dizeres de Tancredi; Barrios; Ferreira (1998):

[...] um processo social caracterizado pelas relações dos homens com a natureza (meio ambiente, espaço, território) e com outros homens (através do trabalho e das relações sociais, culturais e políticas) num determinado espaço geográfico e num determinado tempo histórico (TANCREDI; BARRIOS; FERREIRA, 1998, p.29)

O território urbano pode ser entendido através da perspectiva do processo saúde/doença, como um receptáculo de produção e reprodução das doenças. A história confirma que desde a fixação do homem em um espaço, vários tipos de enfermidades acompanham a sociedade. Muitas doenças se reproduzem de acordo com as dinâmicas culturais e ambientais do homem no espaço. Toledo Junior (2006) na apresentação do seu livro "Pragas e Epidemias: História de doenças infecciosas", descreve as dinâmicas das doenças infecciosas sempre associadas as dinâmicas territoriais urbanas:

O surgimento das cidades propiciou a propagação das doenças infecciosas que, em alguns casos, passaram a ser endêmicas, Observa - se uma relação clara das doenças infecciosas não apenas com as cidades, mas com guerras e as grandes peregrinações religiosas. O aglomerado de pessoas, a falta de condições mínimas de higiene e a desnutrição observada nessas situações propiciam condição ideal para a transmissão de doenças infecciosas (TOLEDO JUNIOR, 2006)

As mudanças características do território urbano induzem e são induzidos pelos atores nele inseridos e comporta espaços desiguais em diversos níveis de precariedade. Sendo assim, marca no tempo e no espaço, a sociedade, e o tecido urbano pela desigualdade econômica e segregação social. Para Spósito (2012) essa configuração desde o início do domínio do modo capitalista de produção apresenta-se em detrimento à "não valorização de diferentes sociedades historicamente construídas, com seus valores, suas práticas, suas formas de viver e produzir no espaço." Ela ainda acrescenta que a "produção da desigualdade é condição e expressão desse movimento". O território urbano é um produto histórico, impregnado de racionalidades desiguais que submete a saúde e o bem-estar do cidadão a segundo plano.

As relações entre os seres humanos e o espaço geográfico por eles produzidos têm adquirido, atualmente, uma complexidade cada vez maior, traduzindo em muitas implicações à natureza. No contexto urbano, a degradação

ambiental, a cultura de consumo, insuficiência de serviços, estabelecem um novo paradigma no uso e controle de recursos dentro do território urbano, onde não é valorizada a criação e a manutenção de espaços salubres dentro da malha urbana, a construção de casas sustentáveis, onde a descartabilidade de produtos é moda. Paradigma este, que não tem por principal objetivo o bem-estar dos cidadãos e o próprio cidadão é cada vez mais alheio ao lugar onde está inserido.

As demandas populacionais nas cidades provocadas pelo êxodo rural e pela industrialização, somado a falta de planejamento urbano teve como consequências uma urbanização marcada de contrastes e desigualdades nas cidades. Uma nova dinâmica no território urbano e o crescimento populacional repercutiram de forma irregular no ritmo do desenvolvimento urbano. A hegemonia das cidades hoje pode ser traduzida por sua capacidade de oferecer serviços, é um espaço percebido por sua essência mercantil. A assimetria da paisagem urbana, indica uma apropriação do espaço totalmente hierarquizado, envolvido por práticas e relações sociais que modelam o território. Ou seja, transformações no perfil social e cultural do território urbano refletem também no perfil de morbidade dos indivíduos envolvidos desse território. Sobre as características sociais e culturais podemos citar: costumes e crença, desemprego, escolaridade e outros, que em diferentes grupos sociais, também revelam diferentes perfis de morbidade.

Relegados a não participarem efetivamente das benesses que o "progresso" urbano oferece, os indivíduos marginalizados criam estratégias e resistências de apropriação do espaço. Dentro do território urbano, as áreas mais carentes estão mais suscetíveis à proliferação de patologias de todas as categorias. Para Silva (2002, p.15) as pessoas que habitam esses lugares "são obrigados a viver em circunstâncias que os fazem sofrer mais de doenças mentais e físicas do que os restos da população. Nas camadas socioeconômicas mais baixas as pessoas têm doenças diferentes e com mais incidência do que nas camadas média e superior". Estes fatos de ordem social incidem diretamente na problemática da saúde urbana. A exclusão social aparece aqui como um fator determinante para o aparecimento de determinadas doenças.

Ainda hoje existe uma dificuldade no atendimento das necessidades básicas da população brasileira. Em muitas cidades é possível encontrar situações de pessoas vivendo em estado de miséria. Habitações deterioradas, acúmulo de lixo em terrenos baldios, esgoto a céu aberto, analfabetismo funcional, distúrbios

alimentares, são alguns dos diversos problemas urbanos, que estão diretamente relacionados aos problemas de saúde das pessoas. Importante salientar que dentro deste perfil de doenças que aparecem no território urbano, não só doenças que afetam o corpo, todavia, as doenças mentais caracterizam o quadro patológico urbano. Estresse, ansiedade e depressão são capazes de alterar a imunidade e assim tornar os indivíduos mais suscetíveis a contraírem algum tipo de patologia.

4. CONFIGURAÇÃO TERRITORIAL E SOCIAL DO BAIRRO SANTO AFONSO EM NOVO HAMBURGO

O município de Novo Hamburgo está inserido na Região Metropolitana de Porto Alegre (RMPA) e possui população de 238.940 mil habitantes de acordo com o censo do IBGE de 2010. Para ano de 2016 o IBGE estimou uma população de 249.113 mil habitantes. Sua área territorial possui 223,821km², como observado no figura 01.

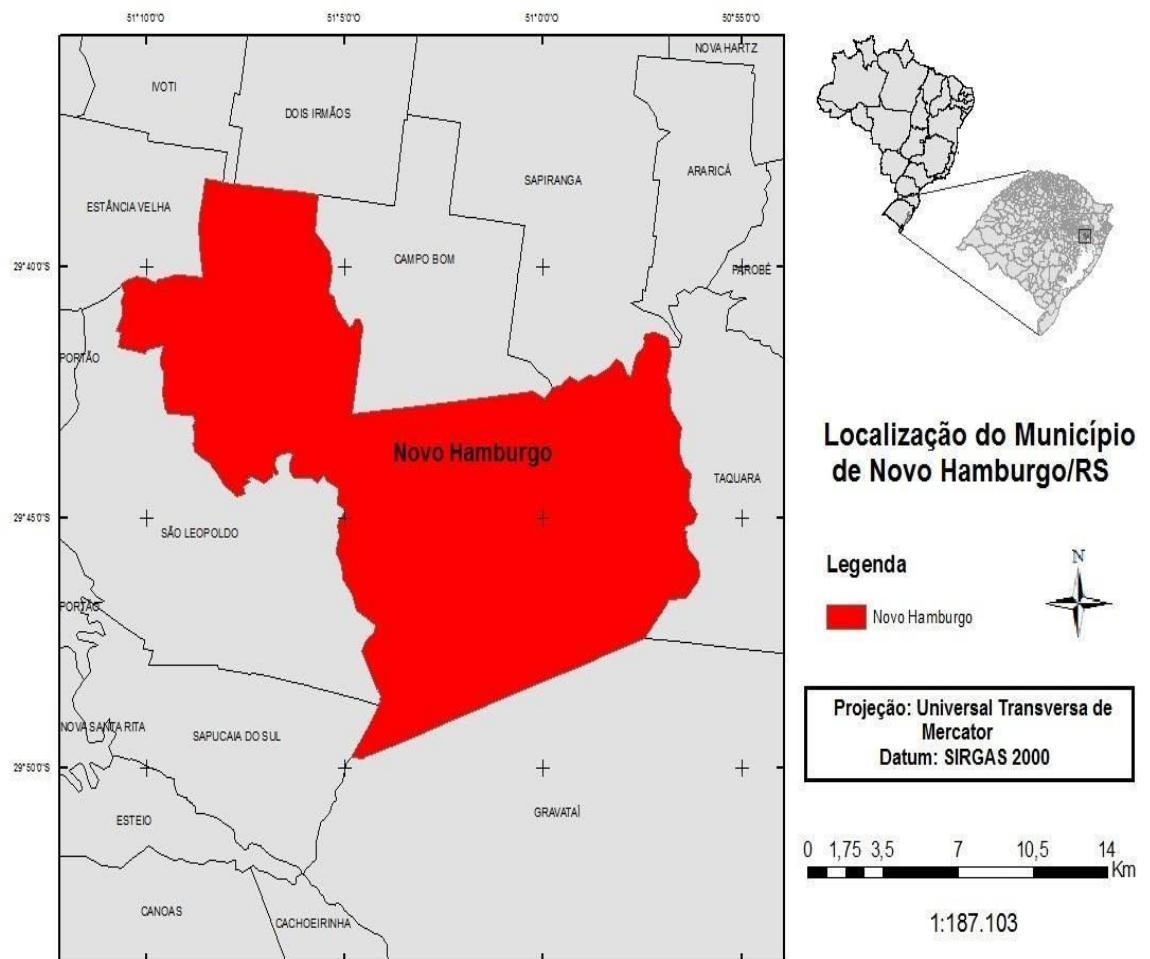


Figura 1 Localização do município de Novo Hamburgo, RS

Autor e Org.: SANTOS, S 2017.

A cidade possui vários arroios que compõem a bacia do rio dos Sinos: Arroio Luís Raul que é totalmente canalizado, o arroio Marcelino, arroio Preto, arroio Gauchinho, arroio Peri. É ligado as cidades da região metropolitana pela BR - 116 e pela RS - 239. O trem urbano, TRENSURB, que tem sua estação final localizada na região central da cidade, próximo ao Shopping Center, também liga a cidade a outros municípios da região metropolitana. O PIB per capita do ano de 2014 foi de R\$ 31.444.93, segundo informações extraídas do IBGE. A cidade faz limite com os seguintes municípios: São Leopoldo, Ivoti, Dois Irmãos, Estância Velha, Gravataí, Taquara, Campo Bom, Sapiranga e Sapucaia do Sul.

Nas últimas décadas o município teve destaque no setor coureiro-calçadista, entretanto, as atividades neste setor estão em franco declínio na cidade. O crescimento urbano esteve ligado à indústria calçadista, principalmente entre os anos de 1970 e 1990 onde a área ocupada foi tomando o contorno que é hoje. A história da ocupação do município está ligada à colonização de imigrantes alemães que se estabeleceram primeiramente onde hoje é o conhecido bairro de Hamburgo Velho. Logo, por localizar-se em uma rota que era caminho para quem ia em direção as cidades do Planalto ou a Porto Alegre. O crescimento urbano e comercial consolidou-se para atender às necessidades de quem por ali passava. Chites (2015) lembra que a característica calçadista que consagrou o município, deve-se ao fato de que muitos colonos realizam trabalhos artesanais e manufaturas aprendidos na Europa, principalmente o trabalho com o couro, com a produção de tamancos, arreios de cavalo etc., que culminou no desenvolvimento de curtumes na região.

Por muito tempo o setor de calçados foi o responsável por impulsionar o crescimento econômico e demográfico da cidade. Chites (2015) aponta que a construção da estrada de ferro de Porto Alegre a Novo Hamburgo (ainda como sendo um distrito de São Leopoldo), concluída em 1876, foi vital para o desenvolvimento econômico do município. Chites (2015) acrescenta:

A estrada de ferro, na época, deveria ter sido construída até onde hoje se situa Hamburgo Velho, centro comercial do distrito, porém problemas financeiros e na construção da obra acabaram impedindo que chegasse até seu destino, e o ponto final acabou sendo onde hoje se situa a rua 1 de Março. Esse fato deslocou o centro comercial da cidade para sua localização atual (CHITES, 2015, p.128).

Com a emancipação do município de São Leopoldo em 1927, muitas indústrias coureiro-calçadistas surgiram e a economia prosperava. A partir da década de 1960 as exportações de calçados principalmente para os Estados Unidos junto aos incentivos fiscais expandiram as indústrias. O crescimento econômico do município (com o ajuda do Estado) atraiu muitos trabalhadores - de vários lugares do estado - na busca por emprego. Todavia, na década de 1990, um misto de políticas neoliberais, falta de apoio do governo e a concorrência com a China, induziram ao declínio da economia no setor calçadista. Logo, os compradores dos Estados Unidos começaram a importar da China e muitas empresas foram à falência.

O rápido crescimento da cidade culminou em muitos bairros que se originaram a partir de ocupações irregulares. Esses bairros apresentam casas construídas em áreas de risco, como por exemplo, em encostas de morros ou da BR-116, outras casas estão localizadas à beira de arroios ou banhados e que frequentemente são assoladas por enchentes. As residências mais vulneráveis, são as que foram feitas de restos de materiais de construção. O processo de urbanização da cidade é marcado pela segregação socioespacial. Schaab (2015), explica como isso se deu:

Seguindo os moldes do urbanismo fordista, o zoneamento funcional do espaço, orientado pelos interesses da indústria e das classes dominantes locais, acabou por afastar das áreas mais valorizadas e centrais aqueles indivíduos oriundos das classes sociais subalternas, sobretudo operários da indústria calçadista, consolidando a segregação tanto nos padrões de localização residenciais como nas práticas cotidianas da cidade. De tal modo, a segregação espacial, desde a origem do município, foi acentuada por prerrogativas étnicas e sociais, dividindo a cidade em grandes áreas que carregavam, em suas toponímias, a referência, por vezes, pejorativas, da origem étnica dos seus residentes (SCHAAB, 2015, p.15)

A configuração desigual do território urbano em Novo Hamburgo é constatada pelo grande crescimento populacional, consequência de fluxos migratórios principalmente no auge do setor calçadista, que gerou habitações irregulares. Selbach (1999) apud Chites (2015) destacam a situação do bairro à periferia da cidade "[...] as construções populares, próprias dos operários, estavam proibidas na

área central. [...] os bairros, destinados aos operários, demoraram sair do papel. Os loteamentos irregulares cresciam mais rapidamente" (SELBACH, 1999, p. 45 apud CHITES, 2015, p.52). A característica desse território permite relacionar como certas enfermidades se conformam nestes espaços. Sobre o impacto que a urbanização pode trazer, Minc (2005) destaca como as doenças aparecem em um ambiente onde a urbanização foi feita sem infraestrutura adequada.

Nesses espaços saturados o acúmulo de lixo e de dejetos humanos provocou surtos de doenças. A peste e outros males foram expressão desses desequilíbrios ambientais, como o são hoje a malária, a dengue, a leptospirose e a hepatite, consequências dos desmatamentos, das valas de esgoto, da água contaminada. (MINC, 2005, p.34).

Em relação ao bairro Santo Afonso, podemos afirmar que a sua história faz parte da história da formação da cidade. A ocupação do local é bastante antiga e, segundo Braun (2016), Leopoldo Petry, um dos líderes emancipacionistas do município, nasceu no bairro Santo Afonso no dia 15 de julho de 1882. Na residência da família Petry tinha um moinho (o primeiro moinho da cidade) e era bem próximo à estrada que mais tarde foi transformada em umas das principais de Novo Hamburgo, a Avenida Pedro Adams Filho. Essa estrada já era antiga na época, pois era um caminho utilizado pelos tropeiros de São Leopoldo a Novo Hamburgo. A casa da família Petry, que estava localizada em frente ao terreno onde anos depois foi construída a principal igreja católica, Igreja do Sagrado Coração de Jesus.

Localizado na região sul da cidade, faz divisa com os seguintes bairros: Liberdade, Industrial, Rondônia Canudos e Lomba Grande, também se limita ao município de São Leopoldo, onde o arroio Gauchinho é o marco desta divisa. Na figura 02 podemos visualizar a localização do bairro Santo Afonso.

Afonso. Ela explica que o bairro surgiu efetivamente no ano de 1949, a partir do loteamento feito pelos donos Aloysio Schmidt e Emília Schmidt. O nome Santo Afonso é uma referência ao irmão dos donos, que era padre e se chamava Afonso. O loteamento foi dividido em sessenta e uma quadras dentre as quais alguns lotes foram doados pela família para a construção de praça, escola e creche. Schutz (2001), chama atenção para a venda do primeiro lote, que foi para a instalação da filial das “Máquinas Enko”. Provavelmente isto deve ter contribuído para que grande parte da população do bairro seja de trabalhadores industriais, pois existem muitas fábricas de médio e pequeno porte no bairro e adjacências, favorecendo o estabelecimento de residências próximas ao local de trabalho.

O bairro apresenta dois terços de sua área inserida na zona especial de preservação ambiental com o área de banhado. Nessa área de preservação encontra-se os domicílios erigidos ilegalmente e em alguns pontos servem para o descarte de resíduos orgânicos domésticos.

Enfim o bairro apresenta em sua composição ambiental e social, elementos que nos levam a refletir como as pessoas contornam situações que podem comprometer sua saúde e qualidade de vida. Como seus direitos são assegurados diante desses problemas? Como as paisagens e signos são entendidos pelos moradores e que tipo de sentimento elas têm com este lugar? É preocupante notar que ainda existem muitas famílias cujas residências não oferecem o mínimo de estrutura e segurança, padecendo principalmente em dias de tempo mais extremo. O descaso dos gestores públicos no atendimento de algumas áreas do bairro, está se naturalizando no consciente das pessoas que ali vivem.

4.1 CARACTERÍSTICAS DO BAIRRO

O bairro foi ocupado em sua maior parte por pessoas vindas de área rural das cidades do Vale dos Sinos e de outras regiões em busca de emprego. Os espaços ociosos no bairro favoreceram o surgimento de residências irregulares. Porém, a área desse bairro encontra-se dentro da Zona Especial - ZE - de preservação, definida pela prefeitura e sustentada pela lei orgânica da cidade. Filo-fitoecossistema de brejo ou banhado do Rio dos Sinos, como é popularmente conhecido, tem solo pantanoso, corpos d'água onde se verifica a presença de aguapés, maricás,

tartarugas, garças, marrecos, entre outras variedades de animais e plantas. Muitos moradores relatam avistar frequentemente tartarugas e ratões do banhado na área urbanizada do bairro. Lembrando que dois terços do bairro estão inseridos no banhado, e que esse ecossistema é responsável pela purificação de rios (neste caso o Rio dos Sinos), pois detém dejetos orgânicos e inorgânicos. Há também um balneário destinado ao lazer, que possui uma área de 25 hectares e que faz limite com a área rural de Lomba Grande. Denominado de Balneário Municipal Vitor Mateus Teixeira, também conhecido como Prainha, é muito visitado pelos moradores nos dias de verão.

Há também um dique de contenção que foi construído para evitar e minimizar enchentes nas áreas urbanizadas. Todavia, muito próximo ao dique há casas que foram erguidas, e muitas casas estão situadas a beira do rio. Nessa área, a rede de esgoto é inadequada e o lixo depositado no rio ou em terrenos de banhado, fazendo especialmente deste lugar uma área de vulnerabilidade social e ambiental.

O depósito de lixo orgânico domiciliar em terrenos ociosos, em valões, arroios e no rio dos Sinos ou na área verde é uma prática comum no bairro. Alguns moradores desconhecem o quão prejudicial esse lixo descartado de qualquer maneira pode ser nocivo. Há indivíduos que descartam mobília velha ou estragada na beira de valões, que quando transbordam em épocas de chuva causam bastante transtornos. Muitos moradores reclamam (em conversas informais) que os próprios vizinhos ou pessoas de outros lugares jogam lixo em terrenos baldios ou a beira dos arroios. Outros afirmaram terem visto pessoas jogando animais mortos como cachorro e cavalo nesses lugares (Figuras 3 e 4)

Outra questão, que não é só ambiental, mas também de saúde pública, é o abandono de antigos lixões sem o tratamento necessário, como o lixão da vila Kroeff (bairro Santo Afonso) que apresenta formação de chorume a céu aberto, atingindo terrenos vizinhos, gerando odores insuportáveis e procriação de vetores, como ratos e moscas (PMS, 2013).



Figura 3: Imagem de "valão" não canalizado

Autor: SANTOS, S. 2017



Figura 4 : Imagem de depósito de lixo doméstico em terreno baldio

Autor: SANTOS, S. 2017

A configuração social e urbana do bairro é bem heterogênea. É organizada por várias vilas e loteamentos, onde muitas delas se deram de maneira irregular. A história da COOBASA (Cooperativa de Consumo do Bairro Santo Afonso) é um exemplo das diversas transformações sociais e urbanas acontecidas no bairro. Na década de 1970, algumas famílias ocuparam uma área privada, situada em um local não valorizado, pois era próximo de afluentes do Rio dos Sinos e sempre alagavam nos períodos de cheia do rio (lembrando que dois terços do bairro se inserem em uma Zona Especial de preservação protegida pela lei orgânica municipal). Porém, com o passar do tempo, já estava densamente povoado. O fato de seus imóveis não ter sido legalizados pela prefeitura, geravam conflitos entre os moradores e a gestão pública da época. Em 1985, os moradores decidiram organizar a COOBASA, para poderem regularizar a situação de seus imóveis, pois sofriam bastante com as ordens de despejo que já passavam de 200. Eles teriam que pagar em 144 meses para receber a escritura da casa. Assim a entidade comprou uma área de 41 hectares de um total de 61 hectares, para sua legalização, os outros 20 hectares foram desapropriados em 1989 pela prefeitura. Através da organização da COOBASA, foi possível a criação de uma creche, inaugurada em 4 de abril de 1998.

Com o destaque e a experiência da COOBASA, outras cooperativas se constituíram. A partir de 20 pessoas as cooperativas são constituídas e podem pleitear melhoramentos urbanos. Algumas vilas possuem suas próprias associações, como por exemplo: Associação dos Moradores da Vila Medianeira; da Vila Schmidt; do Bairro Integração; da Vila Santa Terezinha; da Vila Marte; da Vila Triângulo; da Vila Odete; do bairro Santo Afonso; da Vila Palmeira; da Vila Kroef; da Capanema; Associação dos Moradores (Comissão) Pedro Alves; da Vila Dique.

No bairro Santo Afonso, podemos identificar as áreas de interesse social que passam por um projeto de regularização fundiária e urbanística: Vila Capanema, Vila Ana Nery, Vila Dique, Vila Palmeira, Vila Kroef, Dique invasão, Arroio Gauchinho, Loteamento Prado, Loteamento Prado II, Loteamento Novo Nações Unidas, Triângulo, Santa Terezinha, Mayer, algumas das vilas citadas são consideradas aglomerados subnormais, de acordo com um estudo do IBGE, tendo como base o censo de 2010. Na figura 5, conseguimos identificar 2 tipos de áreas de interesse social (marcação tracejada de rosa) dentro das delimitações do bairro, de acordo com o estudo da Prefeitura.

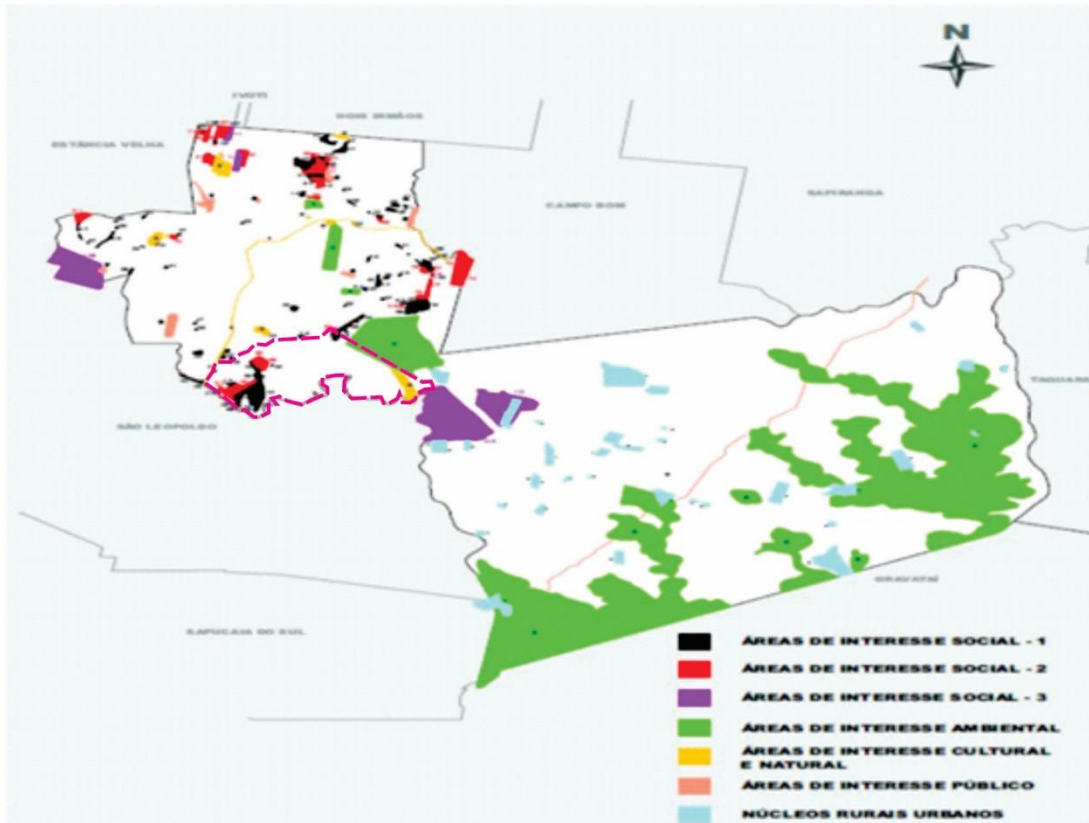


Figura 5 : Mapeamento de áreas de interesse social de Novo Hamburgo

Fonte: Prefeitura de Novo Hamburgo. Org: SANTOS, S 2017

O IBGE (2010) publicou um estudo com os resultados sobre aglomerados subnormais no país, para melhor conhecimento das condições de vida nos recortes territoriais intramunicipais. O IBGE (2010) define os aglomerados subnormais como:

Um conjunto constituído de, no mínimo, 51 unidades habitacionais (barracos, casas, etc.) carentes, em sua maioria de serviços públicos essenciais, ocupando ou tendo ocupado, até o período recente, terreno de propriedade alheia (pública ou particular) e estando dispostas, em geral, de forma desordenada e densa. a Identificação dos aglomerados subnormais deve ser feita com base nos seguintes critérios: a) Ocupação ilegal da terra, ou seja, construção em terrenos de propriedade alheia

(pública ou particular) no momento atual ou em período recente (obtenção do título de propriedade do terreno há 10 anos ou mais) ; e b) Possuírem pelo menos uma das seguintes características: urbanização fora dos padrões vigentes - refletido por vias de circulação estreitas e de alinhamento irregular, lotes de tamanhos e formas desiguais e construções não regularizadas por órgãos públicos; ou precariedade de serviços públicos essenciais (IBGE, 2010).

De acordo com IBGE (2010), o município de Novo Hamburgo possuía 19 aglomerados subnormais, o terceiro no ranking de municípios no Estado. Desses 19, quatro estão inseridos no bairro Santo Afonso: Capanema com 995 domicílios particulares ocupados, totalizando em 3481 pessoas; Loteamento Nações Unidas com 335 domicílios, com 1180 pessoas; Vila Neri, com 414 domicílios e 1275 pessoas e Vila Palmeira com 1455 domicílios particulares ocupados, com 5134 pessoas.

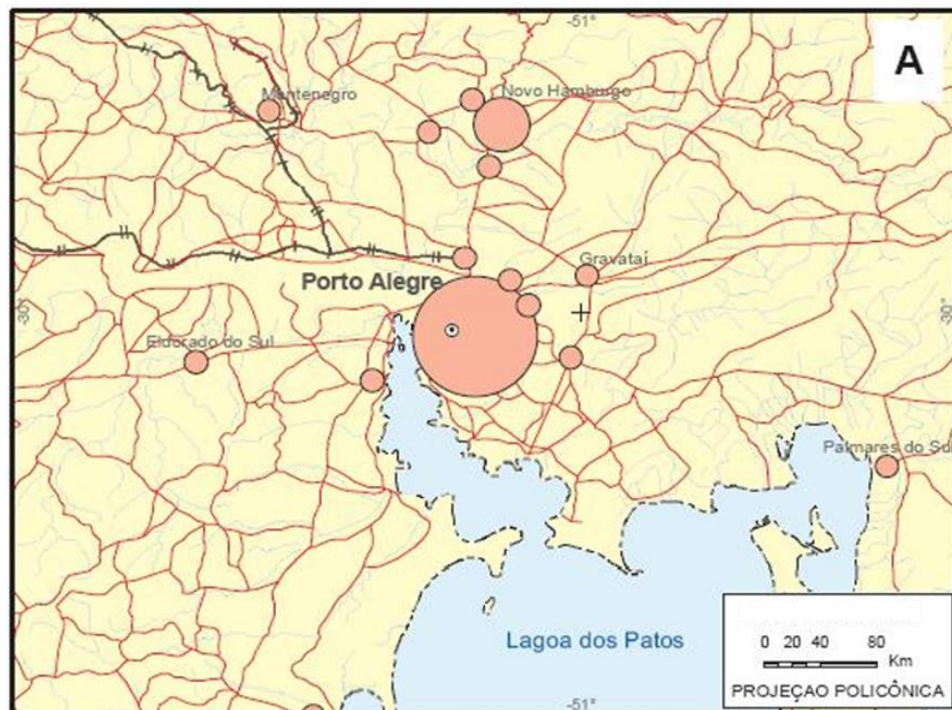


Figura 6 :Mapeamento da região metropolitana de Porto Alegre com aglomerados subnormais

Fonte: Censo 2010. Org.: SANTOS, S 2017

As regiões que foram ocupadas próximo a área de banhado são as que mais sofrem em períodos de chuvas. Os alagamentos de ruas, bueiros entupidos, transbordamento dos arroios, causam danos todos os anos. As águas das ruas alagadas invadem muitas casas, danificam móveis e a estrutura dos imóveis construídos de madeira. A autoconstrução, aliás, é uma realidade ainda muito presente na configuração urbana do bairro. Muitas casas foram construídas pelos próprios moradores de forma precária, utilizando restos de outras construções. Esses são domicílios mais suscetíveis quando acontece as enchentes. Acrescentamos a esta constatação a afirmação de Sampaio e Pereira (2003):

Considerando-se a habitação não somente em relação às condições do imóvel em si, mas também no que se refere a seu entorno e ao que ele disponibiliza em termos de equipamentos de saúde, educação e cultura, lazer, transportes, vemos que a precariedade habitacional abrange contingentes ainda maiores da população (SAMPAIO; PEREIRA,2003, p.167).

Em um mesmo lote, podemos encontrar várias casas construídas, na qual o dono cedeu um pedaço para algum parente erguer sua casa ou mesmo alugar para terceiros. O Plano de Saúde Municipal (PMS) para o ano de 2014/2017, destaca o bairro em questão (e outros) com infraestrutura e vulnerabilidade social precária.

Podemos verificar o quão complexo é esse sistema habitacional originado a partir da informalidade por indivíduos (que também são agentes), que enxergam nesses espaços a possibilidade de ter sua moradia ou sua fonte de renda (alugando e construindo casas). Um crescente e constante rearranjo urbano é observado nesses lugares. Muitos moradores do bairro construíram pequenas empreiteiras com preços acessíveis e facilidade de pagamento para quem quer construir uma casa simples e de maneira rápida, Figura 7.



Figura 7 :Imagem de anúncios de construção de casas populares

Autor: SANTOS, S, 2017

As ocupações irregulares continuam a acontecer. O caso mais recente em que houve intervenção policial nas negociações de desocupação, ocorreu em 2015 e foi noticiado pela imprensa local. Algumas famílias ocuparam uma área verde do Loteamento Nações Unidas, onde cerca de dez barracos foram edificados, porém, constatou-se que nenhuma família morava nos barracos. Muitas vezes, há uma ação conjunta para ocupação de certas áreas na cidade. As famílias constroem casas, ficam por algum tempo, mas logo colocam a casa para aluguel.

Em relação aos serviços de saúde pública, o bairro apresenta uma Unidade de estratégia de saúde da família (ESF), Centro de Atendimento Psicossocial (CAPs) e Unidade Básica de Saúde (UBS). De acordo com os dados da Secretaria de Saúde do município referente ao ano de 2012, a UBS e a EFS do bairro atenderam a um total de 78.822, lembrando que a UBS do bairro também atende pessoas de bairros próximos. Observado por trimestre (ano 2012) aconteceram 22.189 atendimentos no primeiro trimestre, 34.786 atendimentos no segundo trimestre, 11.013 no terceiro trimestre e 10.834 no quarto trimestre.

A pastoral da criança também atua no bairro, no sentido de educar as famílias de crianças cadastradas entre a idade de 0 a 6 anos e gestantes. Com visitas mensais a cada casa de criança cadastradas, as líderes orientam e conversam com os responsáveis pela criança, afim de saber sobre seu desenvolvimento cognitivo e de sua saúde. Acontecem também encontros mensais no salão da igreja católica (Igreja Aparecida ou Igreja Medianeira) com todas as famílias juntas. Conhecida como a Celebração da Vida, ocorre nesse dia a verificação de pesagem e altura das crianças, além de brincadeiras recreativas e merenda para todos, Figuras 8 e 9.



Figura 8 :Imagem do dia da visita das líderes da Pastoral da Criança

Autor: SANTOS, S. 2017



Figura 9 : Dia da pesagem das crianças cadastradas pela Pastoral da Criança

Autor: SANTOS, S. 2017

4.2 PERFIL DOS ENTREVISTADOS

Os dados dos gráficos, a seguir, apresentam o perfil social dos moradores que responderam ao questionário. O gráfico 01 mostra o percentual de homens e mulheres entrevistados, na qual constata-se que a maioria entrevistada é composta por mulheres, representada por 56%, restando 44% dos homens. Realidade verificada também no município, que de acordo com a pesquisa PMS de 2014, estimava-se a partir de projeções do IBGE (2010) que a população masculina do município era de 115.969 e feminina de 123.386, 49% e 51%, respectivamente, totalizando 239.355 no ano de 2012, seguindo a tendência do município. Desse total, 21.969 habitavam o bairro em questão.

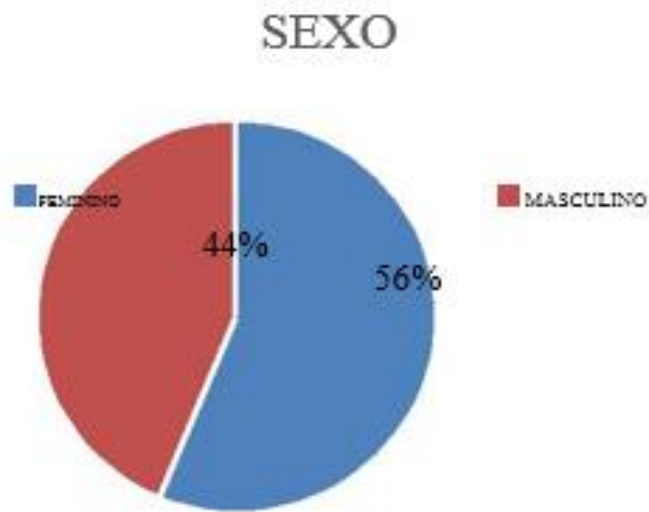


Gráfico 1: Percentual de entrevistados por sexo

Fonte: Pesquisa Direta, 2017. Org: SANTOS, S, 2017

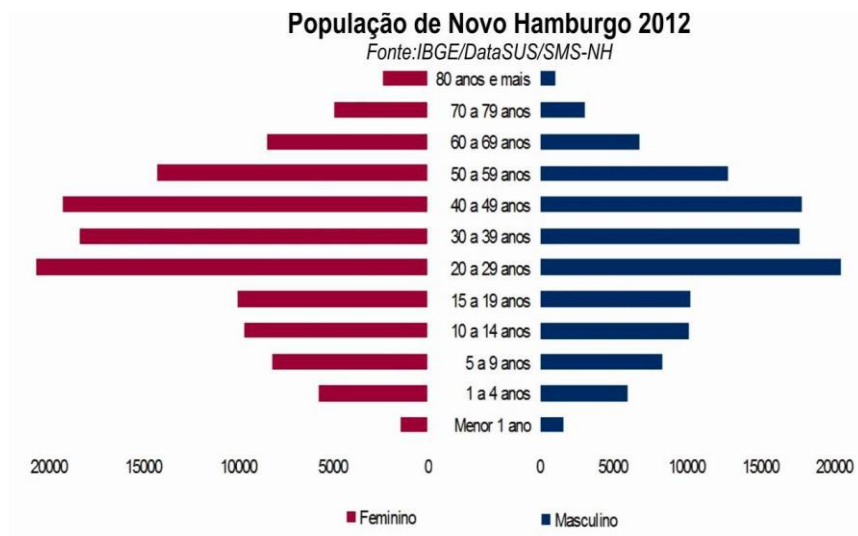


Gráfico 2: População de Novo Hamburgo em 2012

Fonte: PMS/NH, 2013. Org.: SANTOS, S, 2017

A maior parte dos entrevistados, 60%, foi constituída por indivíduos na faixa etária acima dos 50 anos. Dos entrevistados 40% estavam na faixa etária entre 20 a 49 anos de idade, Gráfico 02. Essa porcentagem pode ser explicada pelo fato de que a aplicação do questionário acontecia durante a semana, em turno diurno e as pessoas acima dos 50 anos (muitas já aposentadas) se encontram em casa, cuidando de afazeres domésticos. Também podemos considerar que a população mais idosa vem crescendo, não somente no município, mas em todo o país, revelando uma mudança na pirâmide etária brasileira. Com isso, aumenta a necessidade de que os serviços de saúde e os serviços urbanos se adaptem a essa nova realidade.

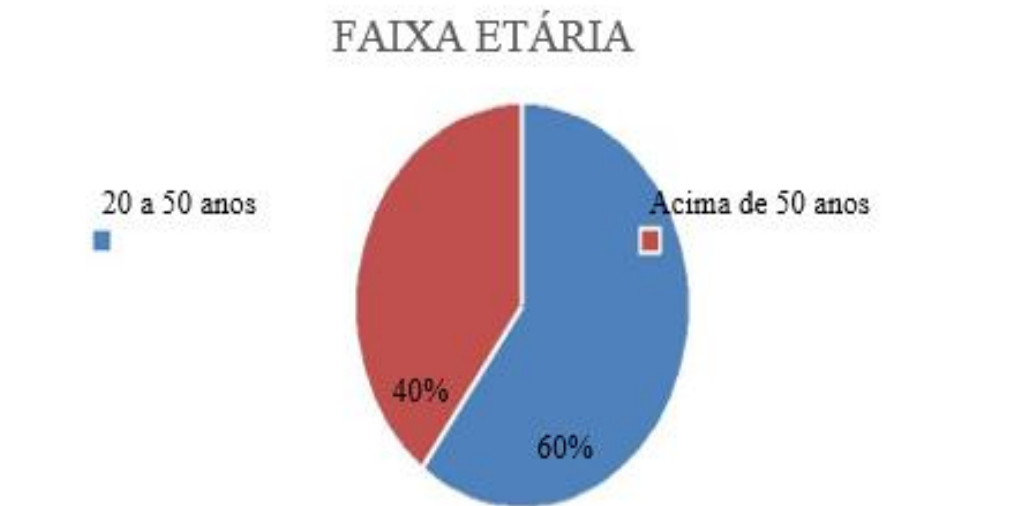


Gráfico 3: Percentual de faixa etária

Fonte: Pesquisa Direta, 2017. Org: SANTOS, S. 2017

O gráfico 04 representa o tempo de residência dos moradores no bairro. A maior parte dos entrevistados reside no bairro há mais de 10 anos representados por 56%, os que residem no bairro em um período de 5 a 10 anos são representados por 32% dos entrevistados e os que moram há pouco tempo no bairro, até 5 anos são 12%. Portanto, a maioria dos entrevistados presenciaram as transformações no bairro no mínimo por uma década.

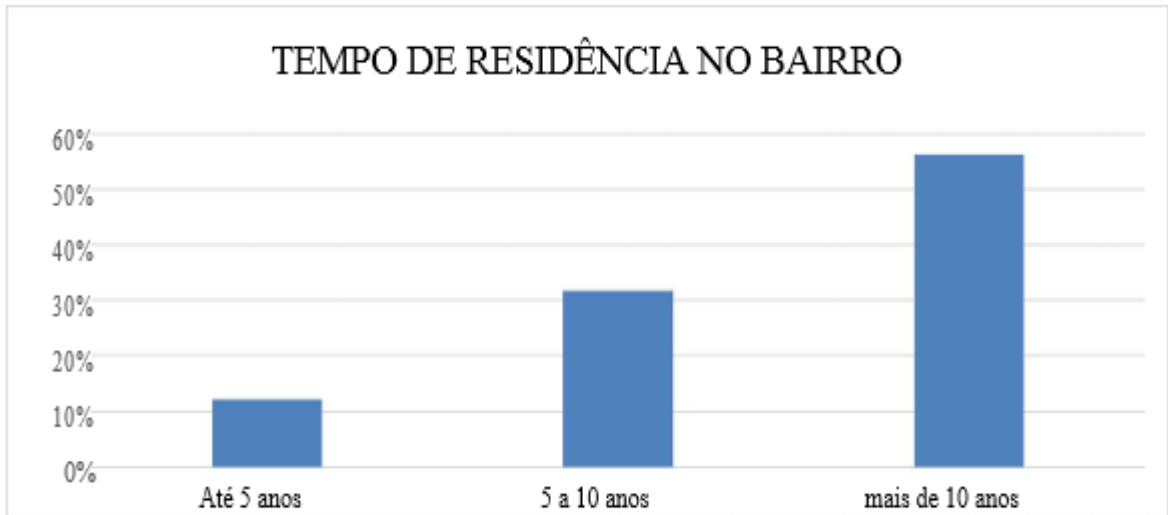


Gráfico 4: Percentual de tempo de residência no bairro

Fonte: Pesquisa Direta, 2017. Org.: SANTOS, S. 2017

No gráfico 05, foi perguntado a naturalidade dos entrevistados. A maioria respondeu que é natural de Novo Hamburgo, com 62%, os entrevistados que vieram de outras cidades representam 38%.

Durante a entrevista identificamos muitas pessoas que vieram de cidades como Santo Antônio da Patrulha e Ivoti, famílias que vieram de cidades do sul do estado como, Pelotas e Rio Grande, pessoas que vieram de cidades de Santa Catarina e, até mesmo, uma família argentina que mora no bairro há poucos anos. Das pessoas que afirmaram ser de outras cidades da região, grande parte migraram há décadas, em busca de trabalho, no auge da economia calçadista da cidade e se instalaram no bairro.

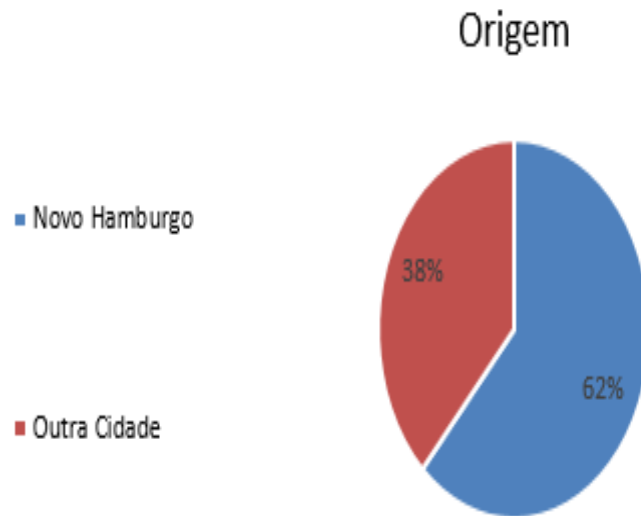


Gráfico 5: Percentual de moradores que vieram de outra localidade

Fonte: Pesquisa Direta, 2017. Org.: SANTOS, S. 2017

Em relação há escolaridade (gráfico 7), 56% afirmaram ter o ensino fundamental incompleto, seguidos de 18% que completaram o ensino fundamental. Depois, temos 14% dos entrevistados afirmando terem o ensino médio completo, 10% de analfabetos e 2% de entrevistados com o ensino superior incompleto.

No gráfico 8, investigamos a situação dos entrevistados e sua moradia. Entendemos que o primeiro vínculo afetivo com os lugares, costumes, crenças, símbolos, também acontece no lar. Morar é uma necessidade como outras, é ter abrigo para descansar, sentir-se seguro, guardar pertences. Os fatos que descrevemos estão diretamente ligados como o indivíduo se sente quando possui uma casa. E esse sentimento pode estar relacionado ao estado de saúde, principalmente saúde mental. As casas que estão emprestadas, por exemplo, situam-se normalmente nos fundos de um terreno onde existem mais casas. Geralmente a casa foi emprestada por algum membro da família. Os que moram com os pais, estão nessa situação temporariamente, porque não tem condições de arcar com as despesas de um aluguel, nessas casas duas famílias residem em um mesmo domicílio.

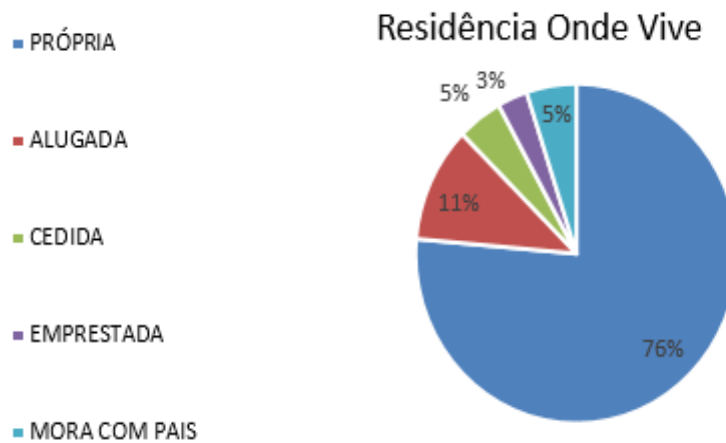


Gráfico 6: Percentual sobre a situação de domicílio

Fonte: Pesquisa Direta, 2017. Org.: SANTOS, S. 2017.

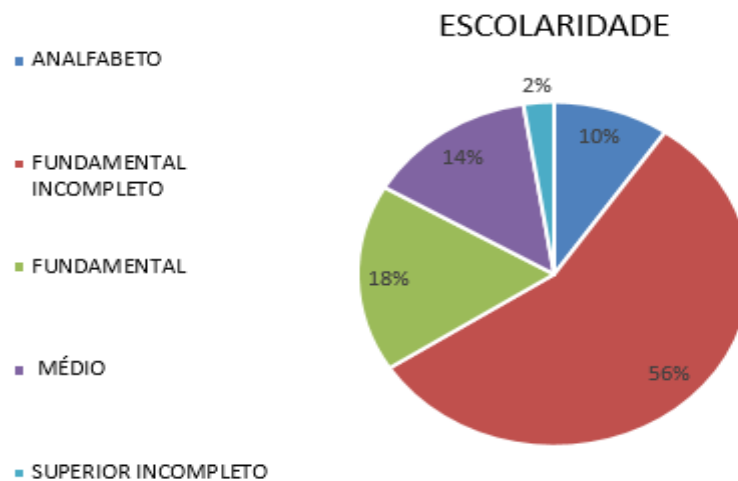


Gráfico 7: Percentual do nível de escolaridade

Fonte: Pesquisa Direta, 2017. Org.: SANTOS, S. 2017.

Ao investigarmos os níveis de escolaridade dos entrevistados, pretendemos relacioná-los com a percepção e os conceitos que eles detêm a respeito da saúde e de doença. A partir dessas informações, pode-se inferir que o conhecimento (e experiência) aproxima significações de como prevenir e curar doenças. A educação pode estimular a reflexão das pessoas para questões do cotidiano e que afetam de alguma maneira seu estado de saúde. Porém, chamamos a atenção para o fato de que há pessoas que nunca foram à escola ou não chegaram a concluir o ensino primário, mas que compreendem a relação de um corpo saudável com as

dimensões sociais, ambientais e econômicas. O gráfico 8 se relaciona com os próximos, quando verificaremos adiante a percepção dos moradores em relação ao bairro, lugar onde moram e sobre o conceito de saúde. Vejamos o gráfico a seguir.

ESCOLARIDADE DAQUELES QUE ACREDITAM QUE O AMBIENTE NÃO INFLUENCIA NA SAÚDE

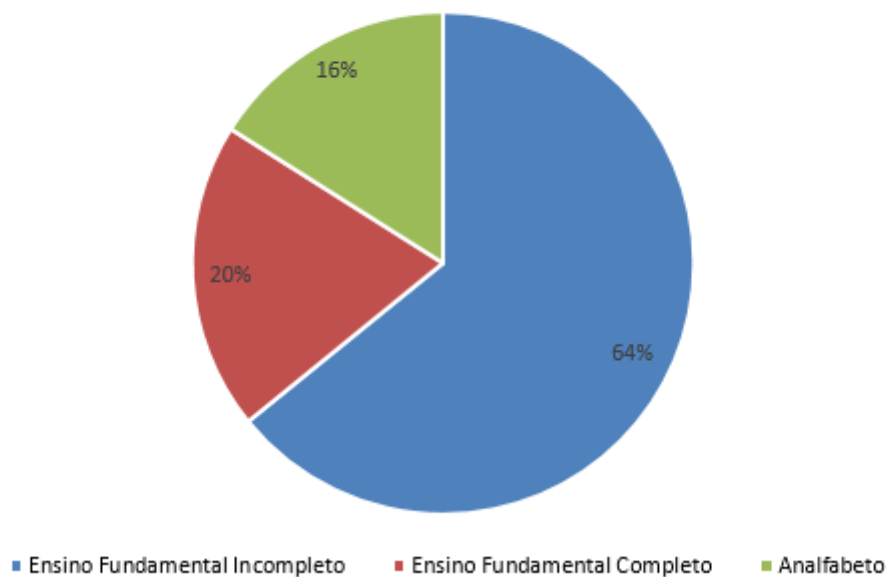


Gráfico 8: Percentual de Escolaridade x Ambiente

Fonte: Pesquisa Direta, 2017. Org.: SANTOS, S. 2017

4.3 PERCEPÇÃO DOS ENTREVISTADOS EM RELAÇÃO À SAÚDE

Os próximos gráficos demonstram os sentimentos e as interpretações dos entrevistados acerca de questões relacionadas a sua saúde. Com estes quesitos pretende-se investigar como eles avaliam sua saúde e o quão distante ou consciente sua percepção, mediante eventos ligados ao seu processo de adoecimento. Entendemos que ao identificarem as razões as quais adoecem ou se mantêm saudáveis, é o começo para motivar a comunidade a discutir os problemas que encontram em seu cotidiano. Aqui também observaremos os sentimentos de topofilia

e topofobia, quando perguntamos se eles gostam do lugar onde eles moram. Assim podemos identificar como o lugar (onde a vida se realiza e imerso em subjetividade) é por eles indiferente, aprazível ou não e como os entrevistados fazem desse espaço um lugar de produção ou não de saúde.

Questionados se o lugar onde moram interfere em sua saúde, sim ou não, 53% disseram que sim, o meio influencia em sua saúde e 47% negaram a interferência do meio em sua saúde, gráfico 9. Constata-se, assim, que a maioria dos entrevistados considera os aspectos ambientais e sociais para uma saúde plena, que é a proposta da Organização Mundial de Saúde - OMS-. Todavia o conceito saúde é muito mais abrangente, engloba diferentes aspectos na medida em que a sociedade evolui e adquire outras concepções. Para Rey apud Silva (2010), saúde é uma condição em que um indivíduo (ou grupo de indivíduos) é capaz de realizar suas aspirações, satisfazer suas necessidades e mudar o ambiente. A saúde é um direito a ser efetivado todos os dias, pois é um processo incorporado em todos os aspectos da vida. Todavia, 47% representam uma porcentagem expressiva, pois não entendem o meio como um fator determinante para saúde. Por isso é um pouco preocupante notar uma "negação" deste aspecto (seu local de realização cotidiana) no processo saúde/doença. Os gráficos de escolaridade podem sustentar esta relação.

Acha que o local influencia na saúde?

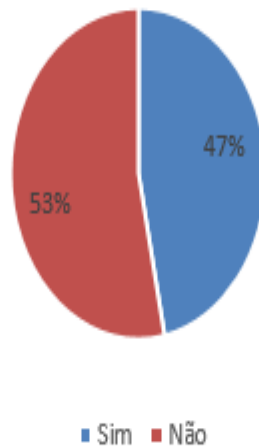


Gráfico 9: Percentual Meio influencia na saúde

Fonte: Pesquisa Direta, 2017. Org.: SANTOS, S. 2017

Desses que não consideram o lugar onde moram (e onde estabelecem ações cotidianas) como um possível fator determinante em seu estado de saúde, não completaram o ensino fundamental, seguido de entrevistados que não prosseguiram com os estudos para ensino médio, e o restante são analfabetos, (observáveis no gráfico sobre a escolaridade daqueles que não acreditam que o meio influencia na saúde). A educação, como já mencionado, é um grande trunfo para o desenvolvimento de uma cidadania integradora e participativa. A educação é um recurso que permite conhecimento e informação. Identificando seus problemas e entendendo seus direitos, a comunidade pode buscar junto à gestão pública, condições adequadas para seu bem-estar. Os entrevistados, cujo o ensino fundamental era incompleto, ou eram analfabetos e que responderam que o lugar onde viviam como um possível determinante no processo saúde/doença, reconheciam o fato de sua moradia ou entorno de sua casa como um aspecto de influência em suas vidas. Algumas pessoas disseram que vizinhos de ruas afastadas jogavam lixo perto de suas casas e isso atraía ratos e baratas. Como já mencionado, alguns entrevistados mesmo sem os estudos completos, buscavam em sua experiência ou em informações apreendidas via terceiros ou algum veículo de comunicação, uma maneira de evitar doenças e ambientes insalubres.

O próximo quesito permite-nos saber como os entrevistados percebem sua saúde de modo geral, gráfico 10. Embora muitos avaliassem sua saúde boa, alguns sempre se queixavam de uma condição mental instável. Percebe-se que estes não conseguiam visualizar saúde mental integrada a um estado de saúde plena e dizendo ter boa saúde. Vejamos: 63% avaliaram como possuidores de uma boa saúde e 37% avaliaram como detentores de uma saúde ruim.

COMO VOCÊ AVALIA SUA SAÚDE?

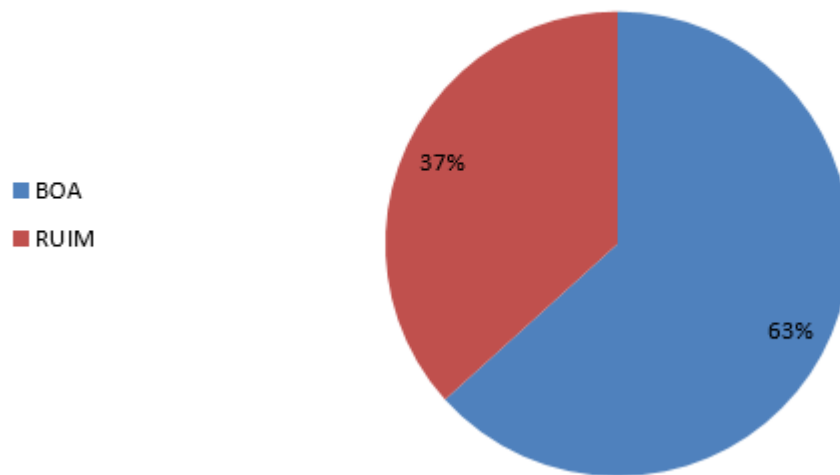


Gráfico 10: Percentual de entrevistados avaliando a própria saúde

Fonte: Pesquisa Direta, 2017. Org.: SANTOS, S. 2017

Em 2013, a Pesquisa Nacional de Saúde - PNS (integrante do Sistema Integrado de Pesquisas Domiciliares - SIPD), coletou informações sobre saúde por amostragem, a partir de dados do Censo de 2010. Nesta pesquisa foi perguntado como os brasileiros (de diferentes faixas etárias) avaliavam sua saúde, tendo como opções: muito boa; boa; regular; ruim ou muito ruim.

Em relação ao sexo, 70,3% dos homens consideraram sua saúde como boa ou muito boa, contra 62,4% das mulheres. Em relação aos grupos de idade, quanto maior a faixa etária menor o percentual, que variou de 81,6%, para aqueles de 18 a 29 anos de idade, a 39,7%, para as pessoas de 75 anos ou mais de idade. Em relação à escolaridade, observou-se que, conforme maior o grau de instrução, maior o percentual daqueles que consideraram sua saúde boa ou muito boa. Entre as

peças sem instrução ou com o fundamental incompleto, o percentual foi de 49,2%, enquanto para aquelas com superior completo foi de 84,1% (PNS,2013).

Sobre o conceito de saúde em nossa pesquisa, obtivemos dados interessantes. O resultado mostra que 49% dos entrevistados acreditam que saúde é a ausência de doenças e 51% consideram que saúde é o completo bem-estar físico, mental e social, gráfico 11. Esse resultado complementa os gráficos sobre escolaridade e sobre a influência do lugar. Pois muitos ainda acreditam que o fato de não estarem fisicamente enfermos é o bastante para estarem com saúde. E mais uma vez vamos afirmar: educação é a matriz para reflexão e compreensão da totalidade dos eventos que os cercam, é fundamental para a promoção e produção de saúde. A participação da comunidade no diálogo sobre saúde e educação em seu território, pode transformar em lugar de produção de saúde onde serão compartilhados saberes, experiências, haverá troca de informações, apreensão de conhecimento, e também um espaço de promoção de saúde, pois a partir dessas ações educativas criar-se-á redes de informação e solidariedade, fortalecimento da cidadania e transformação de hábitos para uma vida saudável.

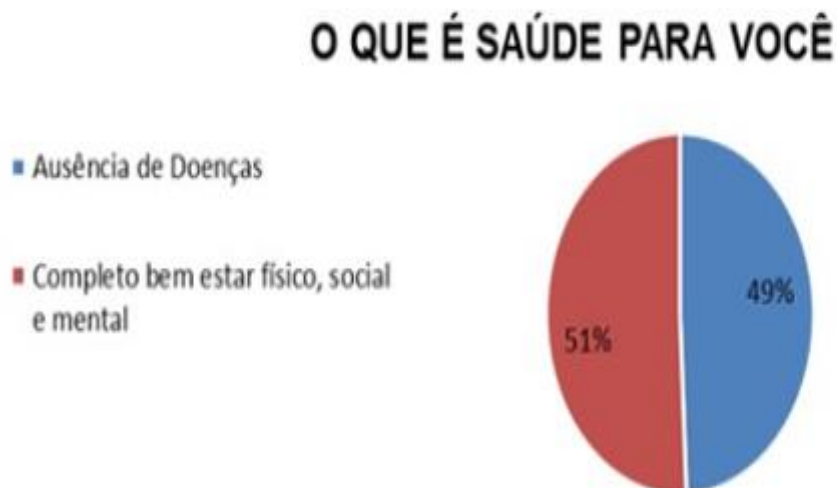


Gráfico 11: Percentual sobre o conceito de saúde

Fonte: Pesquisa Direta, 2017. Org.: SANTOS, S. 2017

Sobre possuir algum problema de saúde, 53% dos entrevistados disseram não ter nenhum tipo de doença contra 47% que estão passando por algum tipo de

enfermidade. E os três problemas de saúde mais citados foram: diabetes, hipertensão e algum tipo de câncer, gráfico 12 e 13. Por esse item, podemos rastrear as principais enfermidades relatadas, servindo-nos de um indicativo norteador do quadro de saúde da população do bairro.

TEM ALGUM PROBLEMA DE SAÚDE?

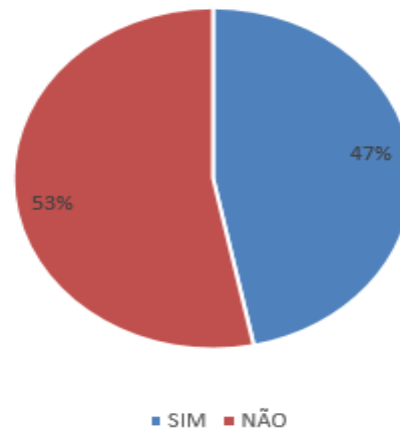


Gráfico 12: Percentual dos entrevistados que disseram ter algum problema de saúde

Fonte: Pesquisa Direta, 2017



Gráfico 13: Percentual de tipos de doenças citadas pelos entrevistados

Fonte: Pesquisa Direta, 2017. Org: SANTOS, S. 2017

O diabetes (alteração de nos níveis de glicose no sangue) foi o item mais mencionado pelos entrevistados que afirmaram ter algum tipo de doença,

aparecendo com 34%, seguidos por hipertensão 17%. Os dois tipos de doenças mais mencionados, são consideradas doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), junto com outras enfermidades (doenças cardiovasculares, câncer, diabetes, enfermidades respiratórias crônicas e doenças neuropsiquiátricas), representam mais de 70% de mortes no país (PNS/IBGE, 2013). "Principais DCNT, têm respondido por um número elevado de mortes antes dos 70 anos de idade e perda de qualidade de vida, gerando incapacidades e alto grau de limitação das pessoas doentes em suas atividades de trabalho e de lazer" (PNS/IBGE, 2013).

De acordo a PMS (2014), do município, o bairro estudado é o segundo em número de indivíduos diabéticos e hipertensos. Hipertensos totalizavam 4354 e diabéticos eram 935. Esses dados seguem os resultados obtidos em nossa pesquisa no bairro.

Estimativa Baseada Pop. Censo 2010: 239.051 Fonte.: IBGE/Datasus/SMS			
BAIRRO	Hipertensos	Diabéticos	Total
Canudos	11695	2511	14206
Santo Afonso	4354	935	5289
São Jorge	2439	524	2963
Rondônia	2387	513	2899
Liberdade	2077	446	2523
Ideal	2024	435	2459
Primavera	1906	409	2315
São José	1639	352	1991
Boa Saúde	1496	321	1817
Centro	1472	316	1788
Rincão	1458	313	1771
Guarani	1424	306	1730
Vila Diehl	1391	299	1690
Lomba Grande	1343	288	1632
Vila Nova	1205	259	1464
Roselândia	1172	252	1424
Jardim Mauá	1067	229	1296
Industrial	1048	225	1273
Rio Branco	934	201	1134
Operário	919	197	1117
Pátria Nova	910	195	1105
Ouro Branco	867	186	1053
Boa Vista	757	163	920
Petrópolis	748	161	908
Hamburgo Velho	538	116	654
Vila Rosa	367	79	446
TOTAL	47636	10230	57866

Tabela 1: Números de indivíduos hipertensos e diabéticos por bairros- NH

Fonte: PMS, 2014. Org.: SANTOS, S. 2017

Sobre o quadro de DCNTs que se delinea no país, A PNS (2013) destaca práticas que estão associadas ao aumento desse tipo de doença:

Pesquisas têm mostrado a forte associação das principais doenças crônicas não transmissíveis a fatores de riscos altamente prevalentes, destacando-se o tabagismo, consumo abusivo de álcool, excesso de peso, níveis elevados de colesterol, baixo consumo de frutas e verduras e sedentarismo. O monitoramento destes fatores de risco e da prevalência das doenças a eles relacionados é primordial para definição de políticas de saúde voltadas para prevenção destes agravos (PNS, 2013).

No gráfico 14, observamos a relação de doenças de acordo com o sexo. Diabetes e hipertensão em homens se destacam em nossa pesquisa. A diferença é muito grande entre homens e mulheres com relação a esse tipo de doença. No quadro geral brasileiro para hipertensão, a região sul figura em segundo lugar, com 22,9% , perdendo para o sudeste do país com 23,3%. Diabetes aparece em terceiro lugar para a região sul, em número de porcentagem de DCNTs, atrás das regiões sudeste e centro-oeste respectivamente. Lembrando que o diabetes pode agravar quadros clínicos de pessoas que contraem outro tipo de doença. Na pesquisa nacional relacionam a diabetes e hipertensão, as mulheres foram a que mais apresentaram esse tipo de DCNT, contrariando nossa pesquisa. Deste modo, o quadro nacional ou regional nem sempre irá ao encontro com o que acontece nos interstícios de uma localidade. O território local apresenta características próprias, fundamentando a relevância para o desenvolvimento de políticas locais e incentivando profissionais de saúde a observarem e compreenderem o território e a territorialidade onde estão circunscritos.

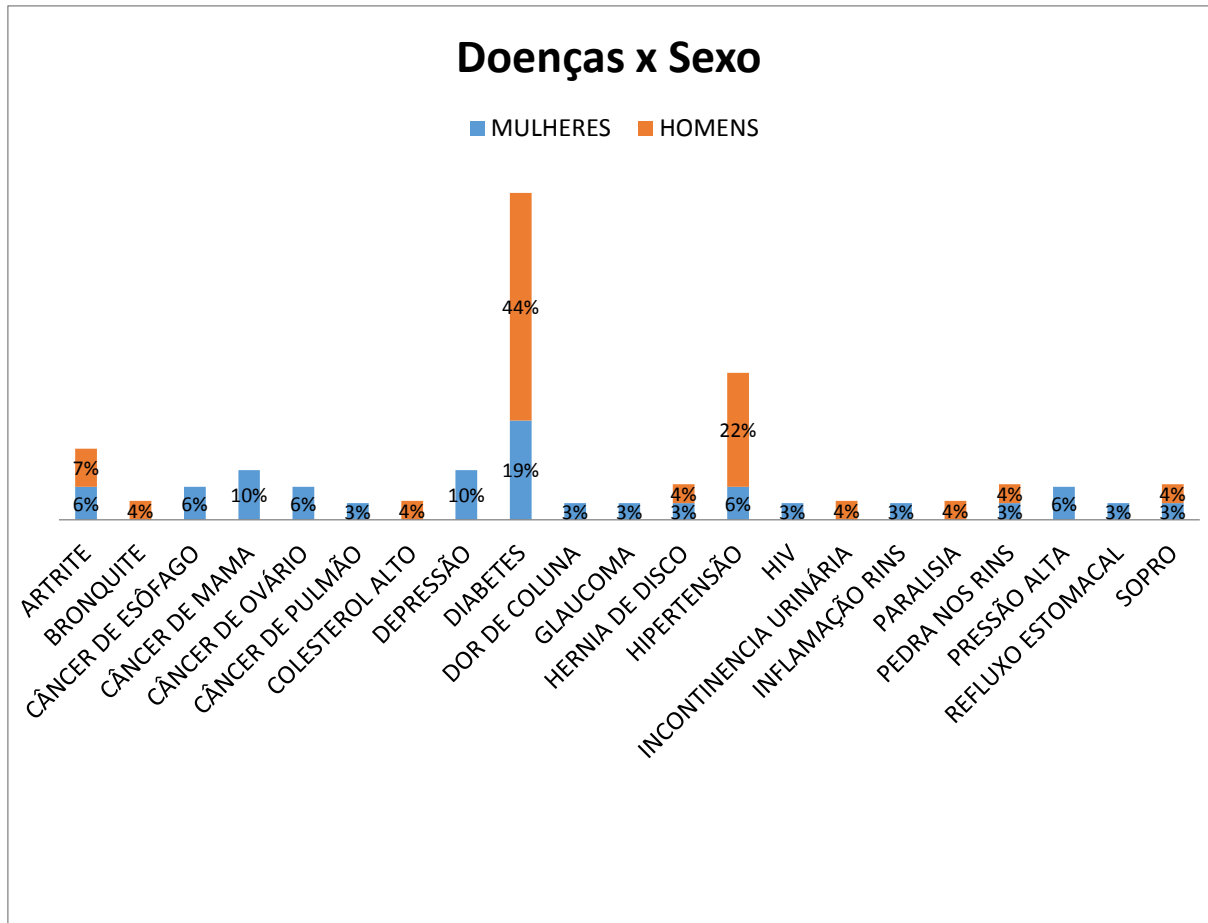


Gráfico 14: Percentual de doenças x sexo

Fonte: Pesquisa Direta, 2017. Org.: SANTOS, S. 2017

As dores na coluna citada pelos entrevistados são caracterizadas como dor crônica e por isso não estão trabalhando no momento. A dor os impossibilita de fazerem parte do mercado de trabalho. O problema crônico na coluna atinge grande parte dos brasileiros, de acordo a PNS (2013), que revelou a região sul com o maior percentual, com 23,3%, superando os 18,5% da média nacional. Em nossos dados somente mulheres disseram apresentaram esta enfermidade. Enquanto a dor de coluna aparece sendo citado apenas por mulheres, o colesterol alto foi mencionado apenas por homens em nossos dados. "O consumo exagerado de gorduras na alimentação pode levar à elevação do colesterol total. O excesso de colesterol é prejudicial à saúde, pois, aumenta o risco de desenvolver doenças cardiovasculares" (PNS,2013). A região sul ficou em segundo lugar em taxa de percentual de indivíduos que tinham colesterol alto, com 13,0%.

Destacamos também nessa parte da entrevista, as menções de neoplasias, artrite e depressão. Segundo a OMS, a depressão é um tipo de transtorno mental, caracterizando redução da energia e diminuição das atividades. É a principal causa de incapacidade em seguir com atividades cotidianas. A organização pan-americana de saúde (PAHO), afirma que a depressão afeta mais as mulheres que os homens e pode levar ao suicídio e estima que 350 milhões de pessoas de todas as idades sofrem com esse transtorno. Durante as entrevistas com os moradores ou numa simples conversa, muitas pessoas idosas admitiram estar em depressão ou com sintomas dela. No Relatório Anual de Gestão (RAG) de 2015, as ações de acolhimento para a saúde mental no CAPS Santo Afonso, foi primeiro em números de pessoas acolhidas e o terceiro no atendimento a pessoas que foram recolhidas ao centro de assistência, tabela 2. Naquele ano foi o CAPS com o maior total de usuários vinculados ao serviço, com 2.416 pessoas assistidas.

ACOLHIMENTO	CAPS AD	CAPSi	CAPS Centro	CAPS Canudos	CAPS Sto. Afonso	OGR	Ambulatório AD	Total
Pessoas Acolhidas	290	194	337	293	351	22	645	2.132
Pessoas Recolhidas	56	15	49	13	42	1		176
Demanda Espontânea	239	15	34	13	33	6	22	362
Emergência (Hospital)	26	9	63	61	37		3	199
Atenção Básica	28	111	164	135	261	3	533	1.235
Assistência Social	5	12	5	11	8	2	1	44
Justiça	4	15	3	4	3		3	32
Educação	1	11				3		15
Conselho Tutelar	5	12	5	2	2		4	30
RAPS	7	9	18	14	6	7	54	115
Urgência (PA e UPA)	10	8	40	34	13		2	107
Outros	21	7	32	28	27		23	138
Total de Usuários vinculados ao Serviço	1.059	623	1.210	892	2.416	158	6.427	12.785
Usuário atendidos pelo Serviço	807	802	985	1.192	972	207	2.823	7.788

Tabela 2: Pessoas acolhidas pelo CAPS no município - NH

Fonte: PMS 2014. Org.: SANTOS, S. 2017

As neoplasias (câncer), também se destacam em nossas entrevistas. As mulheres foram as que mais afirmaram ter algum tipo de neoplasia. Câncer de mama, esôfago e ovário foram os mais citados, como observado no gráfico 14. O conceito de neoplasia para a PNS (2013) é descrito nas linhas que se seguem: ,

Câncer é o nome dado a um conjunto de mais de 100 doenças que têm em comum o crescimento desordenado de células que invadem tecidos e órgãos. Dividindo-se rapidamente, estas células tendem a ser muito agressivas e incontroláveis, determinando a formação de tumores malignos, que podem se espalhar para outras regiões do corpo. Trata-se de uma doença de causa variada, entre elas: hábitos ou costumes próprios de um ambiente social e cultural, como tabagismo e hábitos alimentares; fatores genéticos e o próprio processo de envelhecimento (PNS, 2013).

Em sua pesquisa, a PNS (2013) registrou o maior percentual de diagnóstico médico para câncer na região sul, 3,2%. Câncer de mama e câncer de colo de útero correspondem, respectivamente, a 39,1% e 11,8%. No caso dos homens, o câncer de próstata apresenta 36,9%. Dados do município listam as principais neoplasias malignas estimadas a partir de dados para o Estado e para Porto Alegre, no ano de 2013, com a taxa bruta calculada com base em 100.000/habitante/ano. Nas mulheres a taxa bruta para câncer de mama foi de 81,07, nos homens, a taxa bruta para o câncer de próstata foi de 79,27.

Localização Primária Neoplasia Maligna	Estimativa de casos novos Novo Hamburgo 2013			
	Homens		Mulheres	
	Estados		Estados	
	Casos	Taxa Bruta	Casos	Taxa Bruta
Próstata	92	79,27	0	0,00
Mama Feminina	0	0,00	100	81,07
Colo do Útero	0	0,00	19	15,05
Traquéia, Brônquio e Pulmão	60	51,64	30	24,71
Cólon e Reto	27	23,04	31	25,38
Estômago	16	14,09	10	8,19
Cavidade Oral	14	11,78	4	3,31
Laringe	12	10,68	0	0,00
Bexiga	12	10,29	5	3,76
Esôfago	21	18,01	8	6,60
Ovário	0	0,00	11	9,27
Linfoma não Hodgkin	10	8,35	8	6,14
Glândula Tireoide	0	0,00	14	11,50
Sistema Nervoso Central	9	7,67	9	7,20
Leucemias	8	6,88	6	5,20
Corpo do Útero	0	0,00	8	6,39
Pele Melanoma	8	6,71	8	6,36
Outras Localizações	79	68,03	69	55,85
Subtotal	367	316,16	340	275,71
Pele não Melanoma	91	78,69	77	62,66
Todas as Neoplasias	458	394,83	417	338,34

Tabela 3: Estimativa de casos de neoplasias

Fonte: PMS 2014. Org.: SANTOS, S. 2017

Com base nos dados obtidos durante as entrevistas, separou-se os dados referentes às pessoas que apresentavam algum tipo de doença. Feito isso, isolou-se as ruas que residem essas pessoas formando, assim, uma coluna com o nome da rua e a quantidade de moradores enfermos por rua. Através dessa tabela, utilizou-se uma ferramenta do Microsoft Excel chamada Mapa 3D que nos possibilitou gerar uma mancha (ou mapa de calor) com a quantidade de ocorrências de doenças por logradouro no bairro Santo Afonso. Analisando a mancha, percebe-se que cores mais avermelhadas no mapa estão relacionadas à maior quantidade de pessoas doentes nessa rua enquanto que manchas mais claras apresentam menos registros de doentes, possibilitando até em um investigação mais detalhada, descobrir a origem das enfermidades.

Para examinar o sentimento de pertencimento dos entrevistados, perguntamos se apreciavam morar naquele lugar. As opiniões ficaram praticamente divididas, 46% responderam não gostar do lugar em que vivem, 47% gostavam e 7% relataram, às vezes gostar, às vezes não. Uma das entrevistadas justificou às vezes gostar de morar naquele lugar, baseando-se na experiência dramática das enchentes. Segundo ela, quando chove muito, isso, causa transtorno em sua casa e na sua rua.

Os sentimentos e as sensações envolvidos podem induzir a um determinado tipo de comportamento. As reações ou indiferença daquilo que nos cerca perpassa por valores, educação e cultura, apesar das dificuldades de infraestrutura em algumas partes do bairro. Muitos disseram que gostam de morar lá, para eles ficar perto da família e dos amigos já torna o lugar agradável. Os que disseram não gostar, uns se queixavam da violência, outros de enchentes, outros ainda o desejo de mudar de bairro.

VOCÊ GOSTA DE MORAR NESSE LUGAR?

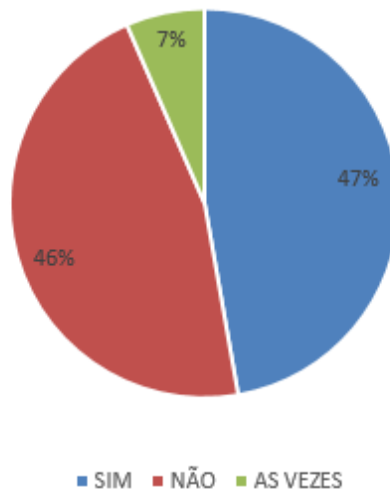


Gráfico 15: Topofilia

Fonte: Pesquisa Direta, 2017. Org: SANTOS, S. 2017

As pessoas que declararam não terem problemas de saúde, em sua maioria gostam de morar no bairro. Desta maneira, concebemos a possibilidade dos declarantes que disseram não gostarem do lugar onde vivem, terem o

reestabelecimento de sua saúde um pouco mais demorada que os demais. Um exemplo desse sentimento de topofobia, é o caso de uma moradora cujo seu esposo é acamado e necessita da cadeira de rodas para sair de casa e ir às consultas médicas. Esta senhora reclama pelo fato de ter que levar seu marido e passar por ruas não asfaltadas e a longa distância até a parada de ônibus. Ela ainda destacou que a situação piora no período de chuva e que gostaria de se mudar do bairro.

Com os dados obtidos pela Secretaria de Saúde por meio da Vigilância Sanitária, conseguimos visualizar mais enfermidades que não apareceram em nossa coleta de dados, somando mais informação a nossa pesquisa. Os tipos de doenças incidentes no bairro durante o período de 01/01/2016 a 31/12/2016 aparecem como casos notificados positivos, ou seja, foram confirmadas. Esses dados foram extraídos a partir do cruzamento de tempo (período, data) + município de residência + bairro (Santo Afonso). Como vemos na tabela 4.

Doenças	Notificações confirmadas
Sífilis adquirida (diagnóstico laboratorial)	26
Tuberculose (diagnóstico laboratorial)	18
HIV+ (diagnóstico laboratorial)	56
Caxumba (diagnóstico clínico)	9
Doenças diarreicas	95
Dengue clássica (diagnóstico laboratorial)	2

Tabela 4: Notificações de doenças confirmadas em 2016

Fonte: PMS 2014. Org: SANTOS, S. 2017

No que se diz respeito à tabela 4, teceremos algumas considerações principalmente para as enfermidades que verificamos através de conversas informais com a população do bairro. Percebemos que há um número expressivo de indivíduos com HIV positivo, há casos de crianças soropositivas. Se compararmos com o gráfico de percentual de escolaridade e levamos em consideração a

realidade do bairro, o HIV aparece com números bem significativos nos segmentos mais vulneráveis da sociedade. Durante as entrevistas, também foi possível constatar que haviam crianças soropositivas. Elas provavelmente foram contaminadas pela mãe durante a gestação, parto ou amamentação, conhecido como transmissão vertical. Gomes; Cabral (2009) refletem acerca da complexidade de convivência com o vírus HIV.

As crianças soropositivas para o HIV têm ganhado importância no contexto da epidemia em função de diversos fatores. O primeiro, pelo seu crescimento epidemiológico em decorrência do processo de feminização da síndrome observado nos últimos anos; o segundo, pelo aumento da sobrevivência daquelas que foram contaminadas através da transmissão vertical, chegando à adolescência e à fase adulta; e o terceiro, pelo sofrimento psíquico, emocional e moral dos familiares e/ou cuidadores, oriundo da presença objetiva da morte no seio familiar ou de um forte processo de culpabilização quando se pode identificar a pessoa responsável pela transmissão da doença. (GOMES; CABRAL, 2009, p.332).

Em relação à sífilis adquirida, segundo Franco (2010), o nível de escolaridade e de acesso ao conhecimento, é diretamente atrelado ao acesso e capacidade socioeconômica de cada segmento social e que isso tem relação direta com a lógica desigual de distribuição de renda. No caso da sífilis adquirida, é uma realidade de âmbito nacional. A sífilis, uma doença sexualmente transmissível, que volta ao quadro epidemiológico do país. O negligenciamento em prevenção durante o ato sexual e número de parceiros, pode ter contribuído para ter elevado as notificações da doença no país. Além dos jovens, muitos idosos também apresentam o diagnóstico para sífilis. Notamos que muitas pessoas têm receio de falar a respeito. Mas, através das lideranças do bairro, ouvimos histórias de mulheres acima dos 50 anos com a doença.

Quanto à tuberculose, é considerada uma doença normalmente negligenciada por quem é acometido, por enxergar nos sintomas de tosse como um sintoma não relevante e que não precisa passar por cuidados médicos. Para Hijjar *et al.* (2005, p.312) a tuberculose está "ligada ao aumento da pobreza, à má distribuição de renda

e à urbanização acelerada". Pois assim como a AIDS, a tuberculose contribui na manutenção da pobreza visto que retira esses indivíduos do mercado de trabalho. É muito frequente sua infecção por indivíduos com AIDS, que são vulneráveis a qualquer tipo de doença, por ser de fácil transmissão. Durante as visitas ao bairro, ouvimos casos de pessoas que contraíram tuberculose, neste caso, pessoas mais idosas. Hino *et. al* (2011) tecem algumas considerações a respeito da Tuberculose.

O problema da Tb no Brasil reflete o estágio de desenvolvimento social do país, onde os determinantes do estado de pobreza, as condições sanitárias precárias, as fraquezas de organização do sistema de saúde e as deficiências de gestão limitam a ação da tecnologia e, por consequência, inibem a queda de doenças marcadas pelo contexto social (HINO *et.al.*2011, p.).

Ainda há várias outras enfermidades que afligem os moradores do bairro, mas essas foram as mais recorrentes citadas em nossa pesquisa e que conseguimos via Secretaria da Saúde. Todavia, esses dados forneceram informações importantes que iluminam nossa compreensão para a realidade do bairro. Ao cotejar dados de âmbito local, municipal e regional depreendemos que houve dados em nossa pesquisa que seguiam em consonância aos níveis municipal e regional, e dados (pesquisa direta) que se contradiziam quando comparados as PNS, PMS ou RAG. O fato de não seguirem as tendências dessas outras pesquisas, indica-nos que realmente o bairro é um território heterogêneo e de contraste no que tange à saúde de seus habitantes. É um território em transformação, no qual seus atores e grupos sociais territorializam este espaço de acordo com influências exógenas (processo de produção capitalista) e endógenos (base cultural). Nos lugares de maior vulnerabilidade social e/ou ambiental doenças oportunistas apareceram, entretanto, haverá indivíduos que mesmo em sua posição vulnerável atual, saberão lidar com tais dificuldades. Mas para isso é necessário que a informação e o conhecimento cheguem a eles. A gestão pública não pode omitir a existência deste processo de territorialização. A partir da compreensão do processo social, econômico, político e cultural essa direção, que devemos pautar um diagnóstico, programas e ações de saúde pública.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa buscou compreender como a territorialidade pode ser um fator determinante no contexto do processo saúde/doenças do bairro Santo Afonso, a partir da identificação e investigação no território de realizações cotidianas, ambiente e os aspectos socioeconômicos. Os resultados deste trabalho destacam-se pela análise das doenças encontradas, a percepção do ambiente e sua relação com a saúde e a comparação com os dados da Pesquisa Municipal de Saúde e a Pesquisa Nacional de Saúde.

No bairro Santo Afonso, muitas áreas situadas em alguns dos dezenove aglomerados subnormais ainda permanecem em estado de abandono e sem a cobertura dos serviços públicos. Constatamos que, mesmo com os serviços de urbanização que vêm acontecendo nos últimos anos, o esgotamento sanitário inadequado, por exemplo, ainda é uma realidade. As recentes praças implantadas já estão depredadas, com alguns itens furtados e sem serviço de capinação, por isso, são vistas como depósitos do lixo doméstico por alguns moradores, pois não há fiscalização nem o envolvimento dos moradores em seu cuidado. Na Vila Palmeira, considerada um aglomerado subnormal, por exemplo, que está sendo urbanizada, observamos uma praça abandonada, com o mato alto e lixo. Para Branco (2001, p.167), "o estado de saúde de uma coletividade é a expressão de uma vasta gama de características e fatores próprios de seu meio socioeconômico e ambiental". Ou seja, saúde ambiental se refere à salubridade do lugar onde um grupo habita, porém, quando este lugar não atende os requisitos de manutenção para uma vida saudável, observa-se a precarização da saúde das pessoas que lá vivem. No mapa de domicílios particulares ocupados em aglomerados subnormais, na região metropolitana de Porto Alegre, o município de Novo Hamburgo aparece como segunda região com maior quantidade de aglomerados subnormais.

Verificamos, que a porcentagem dos entrevistados que responderam não gostar de morar no bairro têm em uma de suas justificativas os problemas descritos acima. O sentimento de não gostar de morar no bairro (topofobia), também está associado ao medo da violência. O Plano de Municipal de Saúde (2014), insere a violência como um indicador de mortalidade e do estado de saúde. " [...] a violência

é um dos que mais se destacam, marcadas pelos altos índices de homicídio, brigas, assaltos, tráfico de drogas, prostituição, abandono de meninos e meninas, desagregação familiar entre outras formas" (PMS,2014, p.44). O Plano Municipal de Saúde, menciona o fato de que as Secretaria de Segurança e Mobilidade Urbana e a Secretaria de Educação e Desporto atuam em parceria ao Governo Federal para o desenvolvimento de ações e serviços como PRONATEC e Territórios de Paz. A interação dessas pessoas com o lugar tornam-se limitadas, elas não conseguem viver plenamente em seu território.

Destacamos também, os dados em que observamos a percepção dos entrevistados, que são complementares e se justificam, como quando os dados referentes aos indivíduos que acreditam que o meio ambiente é um elemento determinante para saúde. Dos 53% que disseram que o ambiente não influencia na saúde, a maioria não tinham completado o ensino fundamental. Estes respondentes dissociam meio ambiente e saúde. Provavelmente, muitos descartam o lixo em arroios porque em sua rua o serviço de coleta não é diário ou não entendem que aquela atitude lhes pode ocasionar algum tipo de transtorno. Isso significa que a educação ambiental aparece como um fator determinante para a produção e promoção de saúde.

A concepção de saúde como completo bem-estar físico, social e mental, representou 51% das respostas contra 49% dos que alegaram saúde como ausência de doenças. Este último percentual se converge ao resultado dos que não enxergam o ambiente como parte integradora para seu estado de saúde.

Sobre as enfermidades mais citadas, a diabetes e hipertensão aparecem entre as primeiras em nosso gráfico e com número significativo na PMS (2014). Embora os questionários se aplicassem a pessoas acima dos vinte anos de idade, notamos durante as visitas da pastoral da criança que a maioria das crianças estavam consumindo algum tipo de alimento industrializado (salgadinhos ou doces), às vezes presenciávamos os pais darem dinheiro para a criança ou adolescente comprar. Esse tipo de comportamento pode ser perigoso, pois pode desencadear uma geração de indivíduos com algum tipo de diabetes, hipertensão ou transtornos alimentares que, por sua vez, pode gerar algum tipo de complicação.

Em relação aos dados relativos ao número de casos de certas doenças notificadas no bairro, destacamos as ocorrências do HIV+ e Sífilis adquirida.

Lembramos que a sífilis é uma infecção que pode ser porta de entrada para o HIV e outras doenças. É um número bastante expressivo e parecem estar atrelados. Isso indica que realmente devemos ter atenção à remergência de doenças, através do controle e informação à população. Nesse contexto, concluímos que são altos os índices de DSTs e que podem estar relacionados ao não uso de contraceptivos devido ao preconceito ou falta de informação.

Na comparação entre nossos dados, com a PNS (2013) e PMS (2014), os percentuais para depressão revelam uma tendência preocupante. Muitas doenças mentais, entre elas a depressão, inviabilizam atividades laborais e aumenta o número de dependentes do INSS. Entendemos que a prevenção, informação e o respeito podem estimular o tratamento correto e evitar preconceitos com os indivíduos diagnosticados com tal doença. Em um território tão grande como o bairro Santo Afonso, percebemos que laços de solidariedade entre vizinhos ainda permanecem fortes. Isso poderia contribuir para que redes comunitárias ajudem a prevenção de doenças, neste caso, a depressão. O simples fato de vizinhos se reunirem quinzenal ou mensalmente, na casa de alguém ou em algum lugar determinado, para conversar e confraternizar ajudaria na prevenção e cura deste tipo de doença.

As neoplasias também apareceram de maneira significativa em todos os dados da pesquisa. O câncer de mama, ovário e esôfago, foram identificados em nossa pesquisa direta que também seguiam as estimativas de acordo com o PMS (2014-2017), onde o câncer de próstata, traquéia, brônquio e pulmão também apareceram com os números de taxa bruta consideráveis. Algumas pessoas que entramos em contato e que relataram ter algum tipo de câncer, apresentavam uma situação social e econômica preocupante. Um episódio surpreendente aconteceu durante a celebração da vida da Pastoral da Criança, quando fui apresentada a uma senhora que acompanhava duas netas, uma delas cadeirante, na aferição do peso e da altura. Resignadamente ela me contou que além de depressão também estava com câncer no esôfago e que já estava desenganada pelos médicos.

Para concluir, através dos dados coletados diretamente durante as entrevistas, nas conversas e pela observação empírica, constatamos que os lugares mais vulneráveis do bairro são os que mais apresentam pessoas enfermas não somente por adquirem algum tipo de doença, mas por acidente ou pela consequência de sofrerem com algum tipo de violência. O desconhecimento que

muitas pessoas mostraram sobre a gravidade da influência de um ambiente insalubre na saúde, pode ser associado à escolaridade incompleta e à falta de informação. Isso chama a atenção para as ações cotidianas (como descartar o lixo doméstico em terrenos ociosos ou o não uso de contraceptivos, por exemplo), que são influenciadas pela percepção do espaço, implicando direta ou indiretamente em sua saúde.

Depreendemos ainda, que o modo de como a (re) produção do espaço vivido (o tipo de alimentação, automedicação, prática de atividades físicas, manutenção da salubridade do ambiente em que vive, consumo de álcool ou tabaco, acesso à informação, por exemplo) é o resultado de como estas pessoas entendem o que é ter saúde. Para Guimarães (2015, p.51), “o desafio é compreender os novos significados de vida social, sentimento de pertencer a um território e dos processos geradores do interesse coletivo e comunitário daqueles que vivem e morrem em cada lugar”.

Embora, dito *a priori*, que a educação é atrelada a construção de significações, percepções e práticas, observamos que alguns entrevistados que disseram não ter concluído o primário ou serem analfabetos, são sensíveis às questões ambientais e sociais que os cercam. Eles entendem que certas ações cotidianas podem ser nocivas ao organismo, também guardam na memória saberes adquiridos na prevenção ou cura de enfermidades. Saberes que devem ser respeitados e integrados às ações e estratégias de saúde.

Com a compreensão da distribuição espacial das doenças, quem são os indivíduos mais afetados, quais são as enfermidades mais recorrentes e como os moradores percebem o lugar onde moram, podemos sugerir iniciativas para a promoção de saúde. Como já mencionado, o estímulo à criação de redes de informação contínua, em pequenos grupos por exemplo, onde os moradores se reúnam para a difusão de práticas e ações para uma vida saudável; estímulo ao cultivo de hortaliças no quintal ou algum terreno em desuso; rede de cuidado à saúde feminina, visto que a depressão e câncer apareceram com mais frequência em nossa pesquisa em mulheres. Essas sugestões também tem o intuito de estimular o vínculo e o cuidado com o meio ambiente e uns com os outros, desenvolver lideranças e a cidadania. Neste contexto, essas sugestões aparecem como alternativas para que a própria comunidade se mobilize e atue na produção e promoção de saúde.

O bairro Santo Afonso é muito populoso e possui uma área muito grande, composto por várias vilas, o que lhe confere um arranjo espacial bem heterogêneo. Seu crescimento e urbanização desigual (onde muitos aglomerados subnormais ainda não tem rede de esgoto, asfalto e iluminação pública adequada), obriga muitas famílias a procurarem soluções próprias que substituam esses serviços. O contraste urbano e a fragmentação do bairro, provocam nos moradores das vilas um sentimento de não pertencimento daquele território (bairro), dificultando sua participação individual ou coletiva em projetos que os sensibilizem na produção de ambientes saudáveis (em casa, no trabalho, na escola e na vizinhança) e na prevenção de doenças.

Nem todos estão inseridos na ESF o que gera algumas reclamações. Há muitas famílias que apresentam condições de miserabilidade e vulnerabilidade e que são dependentes da ajuda de terceiros. A canalização completa dos arroios que passam pelo bairro seria um importante passo em direção à diminuição dos transtornos físicos e psicológicos das famílias afetadas pelas enchentes. A falta de informação e conscientização faz com que muitas pessoas produzam ambientes favoráveis à proliferação de zoonoses ou disseminação de doenças infecciosas como a sífilis, por exemplo. Esses eventos, podem se tornar um ciclo vicioso, dificultando o controle destas doenças.

A insegurança, violência e criminalidade (por causa do tráfico) é fortemente presente no bairro, que combinados com a baixa escolaridade causam a associação de estereótipos negativos nas pessoas que lá moram.

A variedade de doenças constatadas mais o perfil socioeconômico dos moradores, revelam a complexidade para a criação de programas de prevenção de doenças e promoção de saúde. A atenção ao perfil epidemiológico do bairro representa a importância de uma visão holística (de organismo integrado) como uma alternativa que compreenda todas as dimensões das questões em torno do processo saúde/doença.

Desta forma, no território (onde a produção humana acontece), a saúde se constitui em uma construção diária para os moradores do bairro Santo Afonso e da população em geral. O interesse dos gestores de saúde pública no território e na territorialidade dos sujeitos viabilizaria o que Monken (2008, p.143) acredita ser “um

caminho metodológico de aproximação e análise da realidade e a produção social da saúde”.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARATA, R.B. **Desigualdades sociais e saúde**. In:CAMPOS, G.W.S.de; MINAYO, C. S.de; AKERMAN, M; JUNIOR, M.D; CARVALHO,Y.M.C.de. Tratado de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

BARROS, J.A.C.de. **Pensando o Processo Saúde Doença: A Que responde o Modelo Biomédico? Saúde e sociedade**. São Paulo: VII Congresso Paulista deSaúde Pública11(1):67-84,2002

BASSO, L.A.**Desenvolvimento sustentável e qualidade ambiental das cidades**.In: SUERTEGARAY, D.M.A; BASSO, L.A; VERDUM, R (Orgs).**Ambiente e lugar no urbano: A grande Porto Alegre**. Porto Alegre: Editora da Universidade, 2000.

BORTOLOZZI, Arlêude. **Crise Ambiental da Modernidade e a Produção do Espaço-Lugar do Não Cidadão**.Boletim Paulista de Geografia, São Paulo, n. 76, p.7-21, 1999

BRASIL. 8ª **Conferência Nacional da Saúde. Relatório final**. Brasília: Ministério da Saúde, 1986.

BRAUN, F, K. **História de Novo Hamburgo:1824-1945**. Editora Oikos, 2016.

BUSS, M, P. **Globalização, pobreza e Saúde Ciência& Saúde Coletiva** [enlinea] 2007, 12 (Diciembre) Disponibleen:ISSN 1413-8123

BUSS, P. M; FILHO, A.P. **A Saúde e seus Determinantes Sociais**. PHYSIS: Rev.Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 17(1):77-93, 2007.

CARLOS, A.F.A. **Da "organização" à "produção" do espaço no movimento do pensamento geográfico.** CARLOS, A. F. A; SOUZA, M L. S.de; SPOSITO, M.E.B.(Orgs) A produção do espaço urbano: Agentes e processos, escalas e desafios. São Paulo: Contexto, 2012.

CARVALHO, A.I.de. **Da Saúde Pública às Políticas Saudáveis - Saúde e Cidadania na Pós-modernidade.** Fundação Oswaldo Cruz. Ciência e Saúde Coletiva 1(1), Rio de Janeiro, 1996.

CERTEAU, Michel de. **A invenção do cotidiano: a arte do fazer.** Petropolis: Vozes, 1998.

CHITES,Raquel. **Gestão de resíduos sólidos urbanos em Novo Hamburgo/RS:seus espaços e agentes.** 2015. 145 folhas Dissertação. UFRGS. Porto Alegre.

CLAVAL, Paul. **Terra dos Homens: A geografia.** São Paulo: Contexto, 2010.

CIANCIARULLO, T. I; CORNETTA, V. K (Orgs).**Saúde, Desenvolvimento e Globalização: Um desafio para os gestores do terceiro milênio.** São Paulo:Ícone, 2002.

COSTA, M.C.N; TEIXEIRA, M.G.L.C. **A concepção de “espaço” na investigação epidemiológica.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 15(2):271-279, abr-jun, 1999

CZERESNIA, D ; RIBEIRO, A.M. **O conceito de espaço em epidemiologia: uma interpretação histórica e epistemológica.** Rio de Janeiro: Caderno saúde pública,16 (3):595-617, jul-set, 2000.

DIAMOND, Jared. **Colapso: como as sociedades escolhem o fracasso ou .** São Paulo: Record, 2006

FARIA, R.M. de; BORTOLOZZI, A. **Espaço, território e saúde: contribuições de Milton Santos para o tema da geografia da saúde no Brasil.** Revista Espaço Geográfico em Análise. Curitiba: Editora UFPR, n-17. p. 31-41. 2009.

FUJIMOTO, N.S.V.M. **A urbanização brasileira e a qualidade ambiental.** *In:* SUERTEGARAY, D.M.A; BASSO, L.A; VERDUM, R (Orgs). **Ambiente e lugar no urbano: A grande Porto Alegre.** Porto Alegre: Editora da Universidade, 2000.

GOMES, A, M; CABRAL, I, E. **O cuidado medicamentoso à criança com HIV: desafios e dilemas de familiares cuidadores.** Revista Brasileira de Enfermagem[enlinea] 2009.

GUIMARÃES, R, B. **Saúde: Fundamentos da Geografia Humana.** São Paulo: Unesp Digital, 2015.

HAESBAERT, R. **Território, territórios: ensaios sobre o ordenamento territorial.** *In:* Concepções de território para entender a desterritorialização, Rio de Janeiro: Lamparina, 2007.

HIJJAR M,A. PROCÓPIO M,J, FREITAS LMR AJ et al . **Epidemiologia da tuberculose importância no mundo, no Brasil e no Rio de Janeiro.** Revista Pulmão, Rio de Janeiro, 2005;14(4):310-314

HINO, P. et. al. **Padrões espaciais da Tuberculose e sua associação à condição de vida no município de Ribeirão Preto.** Ciência & Saúde Coletiva, vol. 16, núm.12, 2011, pp. 4795-4802 Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva Rio de Janeiro, Brasil.

IBGE. **Censo Demográfico 2010: Aglomerados subnormais/ Primeiros resultados.** Rio de Janeiro, p.1-259, 2011.

IBGE. **Pesquisa Nacional de Saúde 2013: Percepção do estado de saúde, estilo de vida e doenças crônicas/ Brasil, Grandes regiões e Unidades da Federação.** Rio de Janeiro, 2014.

KRAUSZ, R.R. **Os desafios da urbanização para a educação em saúde.** Revista saúde pública. São Paulo. P-585- 589, 1971.286p.

LAURELL, A.C. **A saúde-doença como processo social.**In: Nunes, E. D., org. Medicina social: aspectos históricos e teóricos. São Paulo, Ed. Global, 1983. p. 133-58

LEFEBVRE, Henri. **O direito à cidade.** São Paulo: Centauro, 2001

MARTINS, R. de A. **Contágio: história da prevenção das doenças transmissíveis.** São Paulo: Moderna, 1997.p.9-152.

MELO-FILHO,D.A.de. **Mangues Homens e Caranguejos em Josué de Castro:Significados e Ressonâncias.** História, Ciências, Saúde. Manguinhos, vol. 10(2):505-24, maio-ago. 2003, p. 510.

MENDONÇA, F.A; SOUZA, A.V; DUTRA, D.A. **Saúde pública, urbanização e dengue no Brasil.** Sociedade & Natureza, Uberlândia, 21 (3): 257-269, dez. 2009.

MELAZO, G.C. Percepção Ambiental e Educação Ambiental: Uma reflexão sobre as relações interpessoais e ambientais espaço urbano. Revista Olhares e Trilhas. Uberlândia. Ano 6, n°6, p. 45-51, 2005

MINAYO, M.C.S.de. **Contribuições da antropologia para pensar a saúde.**In:CAMPOS, G.W.S.de; MINAYO, C. S.de; AKERMAN, M; JUNIOR, M.D;CARVALHO,Y.M.C.de. Tratado de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

MINC, Carlos. **Ecologia e cidadania.** 2ºed. São Paulo: Moderna, 2005.

MONKEN, M. **Contexto, Território e o Processo de Territorialização de Informações: Desenvolvendo estratégias pedagógicas para a educação profissional em vigilância em saúde.** In: BARCELLOS, Christovam (Org.). A geografia e o contexto dos problemas de saúde. Rio de Janeiro: Abrasco, 2008.

PMS.**Plano Municipal de Saúde 2014/2017**. Novo Hamburgo, 2013.

RAFFESTIN, Claude. **Por uma geografia do poder**. São Paulo: Ática, 1993.

RAMOS, R,R.**O Espaço na Investigação em Saúde: uma Perspectiva Geográfica?** Geografia (Londrina) v. 23, n.1, p. 173 - 189, jan/jun, 2014.

SAQUET, Marcos Aurélio. **Abordagens e concepções sobre o território**. 1º ed. – São Paulo: Outras Expressões, 2015.

SAQUET, Marcos Aurélio. **O desenvolvimento numa perspectiva territorial, multidimensional e democrática**. RESGATE, vol. XIX, Nº 21, jan./jun. Francisco Beltrão, Unioeste, 2011.

SAQUET, Marcos Aurélio. **As diferentes abordagens do território e a apreensão do movimento e da (i)materialidade**. Geosul, Florianópolis, v. 22, n. 43, p 55-76, jan./jun. 2007 .

SANTOS, Milton. **Metamorfoses do Espaço Habitado:Fundamentos Teóricos e Metodológicos da Geografia**. 6. ed. São Paulo: Editora USP, 2014.

SANTOS, Milton. **A Urbanização desigual: A especificidade do fenômeno urbano em países subdesenvolvidos**. 3ºed. São Paulo: Editora Usp, 2010.

_____.**Por uma outra globalização:do pensamento único à consciência universal**. 16ºed. Rio de Janeiro: Record, 2008.

_____. **A natureza do Espaço: Técnica, razão e emoção**. 4ºed. São Paulo:Editora Usp, 2006.

SCHAAB, F.B. **Dos espaços de consumo ao consumo do espaço: Um estudo sobre a distinção social através do consumo em duas centralidades na cidade**

de Novo Hamburgo/RS. Dissertação. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Setembro, 2015.

SEVALHO, Gil. **Uma Abordagem Histórica das Representações Sociais de Saúde e Doença.** Rio de Janeiro, 1993. Cadernos de Saúde Pública, 9 (3): 349-363, jul/sep,.

SILVA, M.R.S; SANTOS, S.S.C. **Desenvolvimento sustentável e saúde.** In: CIANCIARULLO, T.I; CORNETTA, V.K (Orgs). Saúde, Desenvolvimento e Globalização: Um desafio para os gestores do terceiro milênio. São Paulo: Ícone, 2002.

SILVA, L.J. **O conceito de espaço na epidemiologia das doenças infecciosas.**

Cad. Saúde Públ., Rio de Janeiro, 13(4):585-593, out-dez, 1997.

SPOSITO, M.E.B. **A produção do espaço urbano: escalas, diferenças e desigualdades socioespaciais.** CARLOS, A. F. A; SOUZA, M L. S.de; SPOSITO, M.E.B.(Orgs) A produção do espaço urbano: Agentes e processos, escalas e desafios. São Paulo: Contexto, 2012

SUERTEGARAY, D.M.A. **Espaço geográfico uno e múltiplo.** In: SUERTEGARAY, D.M.A; BASSO, L.A; VERDUM, R (Orgs). Ambiente e lugar no urbano: A grande Porto Alegre. Porto Alegre: Editora da Universidade, 2000.

SCHUTZ, L.M.M. **Os bairros de Novo Hamburgo.** Novo Hamburgo, 2001. 196p.

TANCREDI, F.B; BARRIOS, S.R.L; FERREIRA, J.H.G. **Planejamento em saúde.** São Paulo: Faculdade de Saúde Pública/ Instituto para o Desenvolvimento da Saúde, 1998. 29p.

TOLEDO JUNIOR, A.C.C.de. **Pragas e Epidemias: Histórias de doenças infecciosas.** Belo Horizonte: Folium, 2006.

TUAN, YI-FU. Topofilia: um estudo da percepção, atitudes e valores do meio ambiente. São Paulo: DIFEL, 1980.

VIEITES, R.G; FREITAS, I.A. **Pavlovsky e Sorre: duas importantes contribuições à geografia médica**. Ateliê geográfico, Goiânia. Vol.1, n.2, dez/2007, p- 187-201.

WESTPHAL,M.F.**Promoção da saúde e prevenção de doenças**. *In*:CAMPOS, G.W.S.de; MINAYO, C. S.de; AKERMAN, M; JUNIOR, M.D; CARVALHO,Y.M.C.de. Tratado de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

ANEXOS**ANEXO 1 - QUESTIONÁRIO APLICADO**

Idade: () 20 até 40 () acima de 50

Escolaridade: _____

Sexo: () Feminino () Masculino

Mora a quantos anos no bairro? () até 05 anos () 05 a 10 anos () 10 a 20 anos

Sua residência é:

() própria () alugada () cedida/emprestada () mora com seus pais

Quantas pessoas moram com você? _____

Você veio de outra cidade? () Sim. Qual? _____ () Não

Você acha que o lugar em que mora influencia no seu estado de saúde?

() sim () Não

O que é saúde para você?

() saúde é ausência de doenças

() saúde é completo bem estar físico, mental e social

Como você avalia suas condições de saúde? () boa () ruim.

Você gosta de morar neste lugar? ()sim ()não ()às vezes

Tem algum problema de saúde? () sim Qual:_____ () Não

A que você atribui o seu problema de saúde?
