



COLETÂNEA DE CADERNOS
SABERES, PRÁTICAS
E INOVAÇÕES
NOS CUIDADOS
EM SAÚDE NOS
TERRITÓRIOS
VOLUME 2

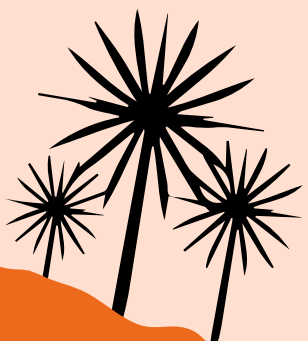
ESTRATÉGIA

SAÚDE DA FAMÍLIA NO CEARÁ:

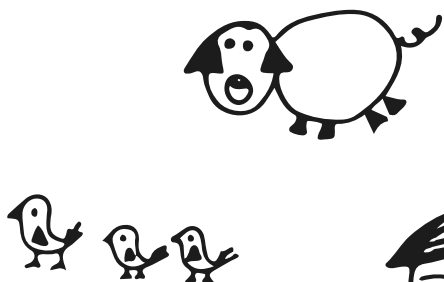
CONVERSANDO COM OS NÚMEROS

ORGANIZADORES

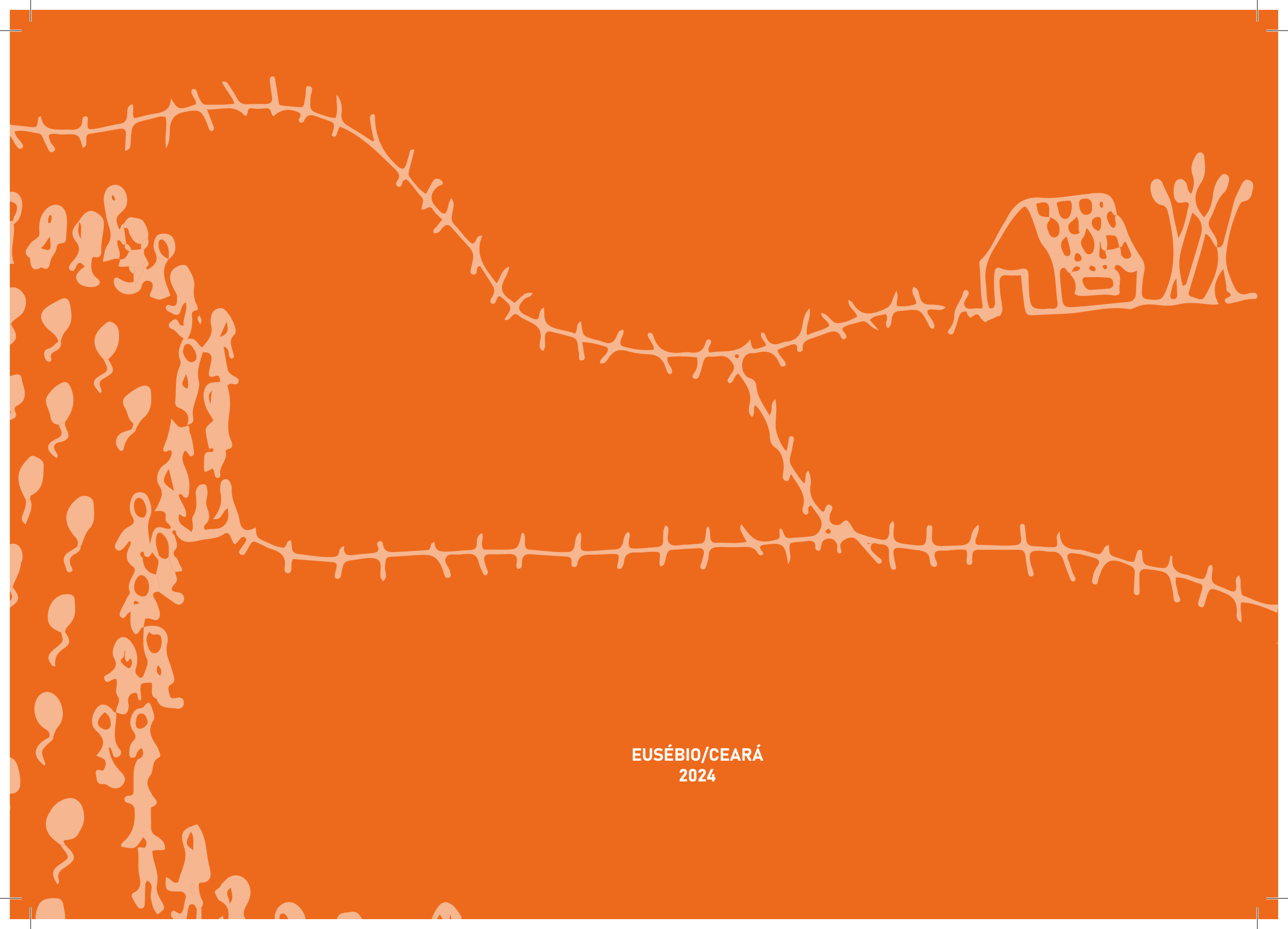
Vanira Matos Pessoa, Carlos André Moura Arruda
e Maria das Graças Viana Bezerra



CONTAR PARA CUIDAR







EUSÉBIO/CEARÁ
2024

Ficha catalográfica

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Fundação Oswaldo Cruz, CE, Brasil)

Caderno Estratégia Saúde da Família no Ceará: Conversando com os números. / Vanira Matos Pessoa, Carlos André Moura Arruda, Maria das Graças Viana Bezerra (orgs.)
-- 1. ed. -- Eusébio, CE: Fiocruz Ceara; SERPOVOS, 2024.
-- (Coletânea Saberes, Práticas e Inovações nos Cuidados em Saúde nos Territórios; v. 2)

Vários Colaboradores.
ISBN 978-65-88540-05-3

1. Cuidados em Saúde. 2. Saúde e Ambiente 3. Educação Popular 4. Atenção Primária à Saúde 5. Sistema Único de Saúde (Brasil) I. Pessoa, Vanira Matos. II. Arruda, Carlos André Moura. III. Bezerra, Maria das Graças Viana IV. série

CDD-362.109

Índices para catálogo sistemático:

1. Saúde pública 362.109

Camila Victor Vitorino Holanda - Bibliotecária - CRB-3/1126





COLETÂNEA DE CADERNOS
SABERES, PRÁTICAS E INOVAÇÕES NOS CUIDADOS EM SAÚDE NOS TERRITÓRIOS
VOLUME 2

ESTRATÉGIA

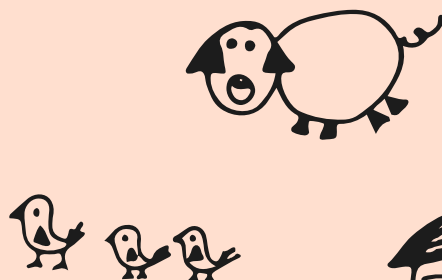
SAÚDE DA FAMÍLIA NO CEARÁ:

CONVERSANDO COM OS NÚMEROS

ORGANIZADORES

Vanira Matos Pessoa, Carlos André Moura Arruda e Maria das Graças Viana Bezerra

CONTAR PARA CUIDAR





FICHA TÉCNICA

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

PRESIDENTE

Mário Moreira

VICE-PRESIDÊNCIA DE PESQUISA E COLEÇÕES BIOLÓGICAS - VPPCB

Maria de Lourdes Aguiar Oliveira

PROGRAMA DE POLÍTICAS PÚBLICAS E MODELOS DE ATENÇÃO E GESTÃO À SAÚDE - REDE PMA

Isabela Soares Santos - **Coordenadora Geral**

Roberta Argento Goldstein - **Coordenadora Adjunta**

Rosane Marques de Souza - **Gerente de projetos**

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ - FIOCRUZ CEARÁ

COORDENADORA GERAL

Carla Freire Celedônio Fernandes

COORDENADORA DE AMBIENTE, ATENÇÃO E PROMOÇÃO DA SAÚDE - CAAPS

Vanira Matos Pessoa

COORDENAÇÃO DA PESQUISA SERPOVOS DA FIOCRUZ CEARÁ

Vanira Matos Pessoa - **Coordenadora Geral**

Fernando Ferreira Carneiro - **Coordenador Adjunto**

PARCERIAS DO PROJETO

- Associação dos Agricultores(as) Familiares do Assentamento Várzea do Mundaú - ASSAFAM;
- Associação Cristã de Base-ACB;
- Banco de Práticas e Soluções em Saúde e Ambiente-IdeiaSUS;
- Cáritas Brasileira Regional Ceará;
- Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Regional do Cariri - CCBS/URCA;
- Centro Estadual de Referência em Saúde do Trabalhador - Cerest/Ceará;
- Centro de Estudos do Trabalho e de Assessoria ao Trabalhador e à Trabalhadora - CETRA;
- Conselho Pastoral dos Pescadores - CPP;
- Cooperativa Eita;
- Instituto Antônio Conselheiro - IAC;
- Movimento Indígena Tabajara da Serra das Matas;
- Movimento da Mulher Trabalhadora Rural do Nordeste - MMTR-NE;
- Movimento Potygatapuia;

- 🍷 Movimento pela Soberania Popular na Mineração - MAM;
- 🍷 Movimento dos Trabalhadores e das Trabalhadoras Rurais Sem Terra - MST;
- 🍷 Núcleo Ecologias, Epistemologias e Promoção Emancipatória da Saúde-Neepes/ENSP/Fiocruz;
- 🍷 Participatório em Saúde e Ecologia de Saberes - Fiocruz Ceará;
- 🍷 Programa de Pós-graduação em Saúde da Família da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (PPGSF/RENASF);
- 🍷 Programa de Pós-graduação em Saúde da Família-PROFSAÚDE;
- 🍷 Rede Nacional de Médicas e Médicos Populares-RMMP;
- 🍷 Secretaria Municipal de Saúde do Crato-Ceará;
- 🍷 Secretaria da Saúde do Estado do Ceará-SESA.

EQUIPE DE ARTE, ILUSTRAÇÃO, EDIÇÃO/REVISÃO E COMUNICAÇÃO POPULAR DO SERPOVOS

Darlan Matheus de Oliveira Martins - **Gestor ambiental, apoio técnico e administrativo**

Edson Oliveira - **cordelista**

Flora Viana Elizeu da Silva - **Cientista ambiental, apoio técnico e administrativo**

Maria Teresa Queirós dos Santos - **Psicóloga, ilustradora**

Raquel Dantas - **Jornalista, disseminadora científica**

Ray Lima - **Licenciatura em letras, cenopoeta**

Ricardo Wagner - **Arte-educador e ilustrador**

Thayná de Lima Sousa Henrique - **Enfermeira, revisora**

Vera Azevedo Dantas - **Médica, cenopoeta e revisora**

APOIO

Programa Inova Fiocruz

Edital Atenção Primária de Saúde

PLANEJAMENTO VISUAL

Mandalla Comunicação & Design

Sâmila Braga - **Projeto Gráfico e Direção de Arte**

Thalia Silva - **Editoração e Diagramação**

FIOCRUZ CEARÁ

Rua São José, s/n

CEP: 61.773-270 - Precabura, Eusébio, CE

Telefone geral: (85) 3215-6450

Site: <https://ceara.fiocruz.br/serpovos/>





AGRADECIMENTOS

À

Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) – Ceará, pelo incentivo à pesquisa, ao ensino e à disseminação de conhecimentos científicos na Estratégia Saúde da Família (ESF) e nos territórios.

Ao Programa de Políticas Públicas e Modelos de Atenção e Gestão à Saúde (Rede PMA), Disseminando Ciência em Saúde Pública, pelo compartilhamento de aprendizagem, acompanhamento, monitoramento e avaliação deste estudo.

Ao Programa Inova Fiocruz – Edital Atenção Primária de Saúde - pelo apoio ao estudo.

Aos (às) pesquisadores (as) que se debruçaram sobre os bancos de dados secundários, em busca de consolidar informações e disponibilizá-las para a sociedade.

Aos movimentos sociais pela partilha de questões, de problemas e necessidades de investigação científica, que elucide e aponte novas orientações e recomenda-

ções para aperfeiçoar as práticas de saúde na ESF.

Aos integrantes do grupo de pesquisa Saúde do Campo, da Floresta e das Águas no contexto da Ecologia de Saberes, que ao longo de décadas de debates e reflexões estimulam o pensamento crítico e emancipatório.

À teia de saberes e práticas em saúde reunidos no SERPOVOS (saúde, cuidado e ecologia de saberes - <https://ceara.fiocruz.br/serpovos/>), que gestou todo o processo crítico, criativo, investigativo, elucidativo e propositivo desta pesquisa-ação-participativa, num contexto de adversidade vivenciada pela pandemia da Covid-19 e pelo governo autoritário que estava governando a Nação.

À comunidade e a equipe de Saúde da Família de Baixo das Palmeiras, Crato/Ceará, pelo compartilhamento de momentos significativos de vivências e experiências de cuidados em saúde alicerçados na cultura, na tradição e no respeito ao modo de vida.



À comunidade do Sítio Coqueiros no Assentamento Maceió, Itapipoca/Ceará e as integrantes do Movimento da Mulher Trabalhadora Rural do Nordeste - MMTR-NE, pelas partilhas e diálogos sobre: as experiências, o território, os modos de vida e o acesso à saúde da sua população a ESF.

À Comunidade Vieira dos Carlos no Assentamento Várzea do Mundaú, Trairi/Ceará, pela oportunidade de convívio com as comunidades que abrigam expressões de agroecologia, luta e resistência na defesa do modo de vida e saúde.

Às comunidades de Monteiro, Besouro e Bandarro, Quiterianópolis/Ceará e ao Movimento pela Soberania Popular na Mineração - MAM, por terem compartilhado conosco as suas vivências e histórias de vida e luta em defesa do ambiente, da saúde e do trabalho digno no semiárido.





LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS



APS: Atenção Primária à Saúde

AB: Atenção Básica

ACS: Agente Comunitário de Saúde

CAB: Caderno da Atenção Básica

CF: Constituição Federal

COVID: Corona Vírus Disease

COPI: Coordenação de População e Indicadores Sociais

CNS: Conferência Nacional de Saúde

CNES: Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil

CGIAE: Coordenação-Geral de Informações e Análises Epidemiológicas

CAPS: Centros de Atenção Psicossocial

CEREST: Centros de Referência em Saúde do Trabalhador

DPE: Diretoria de Pesquisas

DATASUS: Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde

ESF: Equipe de Saúde da Família;

EMSI: Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena;

EACS: Equipe Agente Comunitário de Saúde;



EAPP: Equipe de Atenção Primária Prisional;

ENASF-AB: Equipe do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica.

EPSJV: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

FIOCRUZ: Fundação Osvaldo Cruz

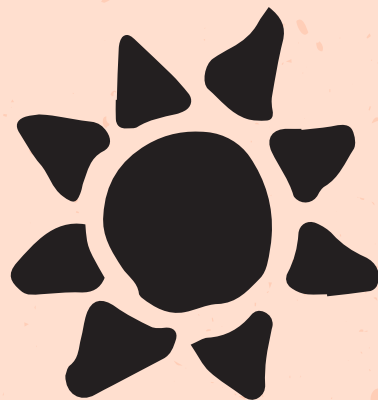
INCA: Instituto Nacional de Câncer

IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

LT: Leishmaniose Tegumentar

LV: Leishmaniose Visceral

LTA: Leishmaniose Tegumentar Americana



MMTR-NE: Movimento da Mulher Trabalhadora Rural do Nordeste

MS: Ministério da Saúde

NASF: Núcleo Ampliado de Saúde da Família

NR: não respondeu

OMS: Organização Mundial da Saúde

ODS: Objetivos de Desenvolvimento Sustentável

ONU: Organização das Nações Unidas

PACS: Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PMA: Programa de Políticas Públicas e Modelos de Atenção à Saúde

PNSIPCFA: Política Nacional de Saúde Integral das Popu-

lações do Campo, da Floresta e das Águas

PNAB: Política Nacional de Atenção Básica

RAS: Rede de Atenção à Saúde

RAPS: Rede de Atenção Psicossocial

RMM: Razão de Mortalidade Materna

SVS: Secretaria de Vigilância em Saúde

SUS: Sistema Único de Saúde

SINASC: Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos

SINAN: Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SIM: Sistema de Informações sobre Mortalidade

SESA: Secretaria Estadual da Saúde do Ceará



UPA: Unidade de Pronto Atendimento

MAM: Movimento pela Soberania Popular na Mineração

PNAB: Política Nacional de Atenção Básica

PCFA: Populações do campo, da floresta e das águas

PIC's: Práticas Integrativas e Complementares

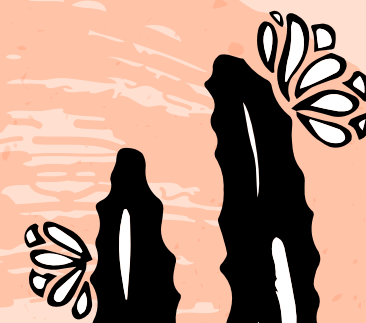
RAS: Rede de Atenção à Saúde

SUS: Sistema Único de Saúde

TDICS: Tecnologias Digitais de Informação e Comunicação em Saúde

VPPCB: Vice-Presidência de Pesquisa e Coleções Biológicas

WHO: World Health Organization





LISTA DE TABELAS

- Tabela 1** - Estimativas da População Residente no Brasil e Unidades da Federação com data de referência em 1º de julho de 2021.
- Tabela 2** - População total por situação do domicílio, Brasil, Grande Região e Unidade da Federação, 2010.
- Tabela 3** - Série histórica com o quantitativo de equipes da Atenção Primária à Saúde, 2010-2020- Ceará.
- Tabela 4** - Série histórica com a distribuição de ACS, 2010 - 2020, Brasil.
- Tabela 5** - Série histórica com a distribuição de profissionais da ESF no Brasil, Nordeste, Ceará, período 2010-2020.
- Tabela 6** - Número de óbitos infantis por faixa etária ao longo dos anos de 2010 a 2019, Estado do Ceará.
- 53 Tabela 7** - Taxa de mortalidade de menores de 5 anos (por mil nascidos vivos), Brasil, Nordeste e Ceará, 2009-2019. 98
- 58 Tabela 8** - Óbitos por causas evitáveis em menores de 5 anos, Brasil, Nordeste e Ceará, período 2009 a 2019. 100
- 76 Tabela 9** - Proporção de mortalidade infantil segundo local de ocorrência, Ceará, Jan/2010 - Dez/2020. 101
- 81 Tabela 10** - Óbitos por suicídio, Brasil, 2009 a 2019. 102
- 84 Tabela 11** - Suicídios por ocupações tipicamente dos territórios do Campo, Floresta e Águas, Ceará, 2010 a 2020. 106
- 92 Tabela 12** - Suicídios por faixa etária e sexo entre trabalhadores do campo, floresta e águas, Ceará, 2010 a 2020. 111



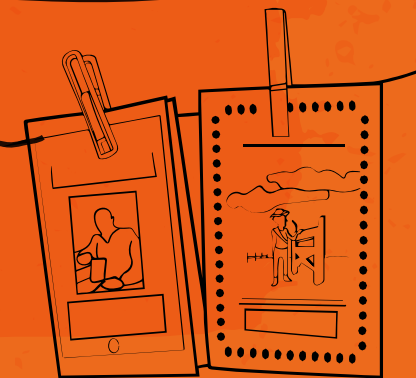


Tabela 13 - Intoxicação Exógena - Notificações registradas no Sinan Net - Ceará - Período: 2010-2020. 114

Tabela 14 - Leishmaniose Tegumentar Americana - Casos confirmados Notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Ceará - Período:2010-2019. 119

Tabela 15 - Leishmaniose Visceral - Casos confirmados notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Ceará - Período:1975-2019. 122

Tabela 16 - Mortalidade - Ceará - Período: 2010-2019. 128

Tabela 17 - Mortalidade Geral por sexo - Ceará - Período: 2010-2019. 134

Tabela 18 - Mortalidade por Neoplasias - Ceará - Período:2010 - 2019. 139



Tabela 19 - Mortalidade por Neoplasias, por sexo - Ceará - Período:2010-2019. 144	Tabela 25 - Análise da ESF quanto a coordenação do cuidado no estado do Ceará. 192
Tabela 20 - Perfil dos participantes da pesquisa no estado do Ceará (n=68). 157	Tabela 26 - Análise da ESF quanto a centralização na família no estado do Ceará. 197
Tabela 21 - Análise da atuação de equipes da ESF quanto a abordagem centrada no território, no Estado do Ceará (n=64). 166	Tabela 27 - Análise da ESF quanto a orientação comunitária no estado do Ceará. 203
Tabela 22 - Análise da ESF quanto ao acesso e acolhimento no estado do Ceará. 172	Tabela 28 - Análise da ESF quanto a organização, gestão e educação para o serviço no estado do Ceará. 208
Tabela 23 - Análise da ESF quanto a integralidade no estado do Ceará. 178	Tabela 29 - Análise da ESF quanto a produção compartilhada do cuidado no estado do Ceará. 213
Tabela 24 - Análise da ESF quanto a longitudinalidade no estado do Ceará. 185	Tabela 30 - Análise da ESF quanto a abordagem centrada no território no estado do Ceará. 219

Tabela 31- Análise da ESF quanto a populações do campo, floresta e águas no estado do Ceará. 222

Tabela 32- Análise da ESF quanto a foco em grupos populacionais específicos no estado do Ceará. 224

Tabela 33- Análise da ESF quanto a educação, informação e comunicação em saúde no estado do Ceará. 226





LISTA DE QUADROS

- QUADRO 1** - Parâmetros de Atribuições Comuns das Equipes da ESF definidos na Política Nacional de Atenção Básica - Abordagem Centrada no Território 168
- QUADRO 2** - Parâmetros de Atribuições Comuns das Equipes da ESF definidos na Política Nacional de Atenção Básica- Acesso e Acolhimento. 175
- QUADRO 3** - Parâmetros de Atribuições Comuns das Equipes da ESF definidos na Política Nacional de Atenção Básica-Integralidade. 182
- QUADRO 4** - Parâmetros de Atribuições Comuns das Equipes da ESF definidos na Política Nacional de Atenção Básica-Longitudinalidade. 188
- QUADRO 5** - Parâmetros de Atribuições Comuns das Equipes da ESF definidos na Política Nacional de Atenção Básica-Coordenação do Cuidado. 194
- QUADRO 6** - Parâmetros de Atribuições Comuns das Equipes da ESF definidos na Política Nacional de Atenção Básica-Centralização na Família. 200
- QUADRO 7** - Parâmetros de Atribuições Comuns das Equipes da ESF definidos na Política Nacional de Atenção Básica-Orientação Comunitária. 205
- QUADRO 8** - Parâmetros de Atribuições Comuns das Equipes da ESF definidos na Política Nacional de Atenção Básica-Organização, Gestão e Educação para o Serviço. 210
- QUADRO 9** - Parâmetros de Atribuições Comuns das Equipes da ESF definidos na Política Nacional de Atenção Básica-Produção Compartilhada do Cuidado. 216





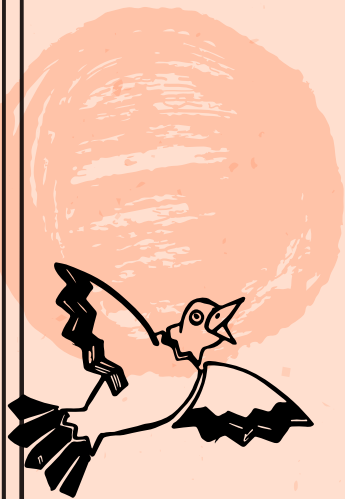


LISTA DE FIGURAS

- FIGURA 1** - Mapa de tipologia municipal rural-urbano. 64
- FIGURA 2** - Mapa - tipologia municipal rural-urbano, estado do Ceará, 2020. 66
- FIGURA 3** - Gráfico de cobertura populacional da Estratégia Saúde da Família no Brasil, Nordeste e Ceará, período entre 2010 a 2020. 69
- FIGURA 4** - Gráfico de evolução do percentual da população coberta no estado do Ceará, período entre 2010 a 2020. 71
- FIGURA 5** - Gráfico de predominância rural urbana do número de equipes ESF no estado do Ceará, 2020. 73
- FIGURA 6** - Série histórica com o quantitativo de equipes da Atenção Primária à Saúde, 2010-2020, estado do Ceará. 75
- FIGURA 7** - Número de óbitos infantis por faixa etária ao longo dos anos 2010 a 2019, Estado do Ceará. 93
- FIGURA 8** - Taxa de Mortalidade Infantil, período 2011 a 2022, Estado do Ceará. 96
- FIGURA 9** - Óbitos por suicídio no Ceará segundo o sexo, Brasil, 2009 a 2019. 105
- FIGURA 10** - Razão de Mortalidade Materna no Ceará, Brasil, 2001 a 2022. 127



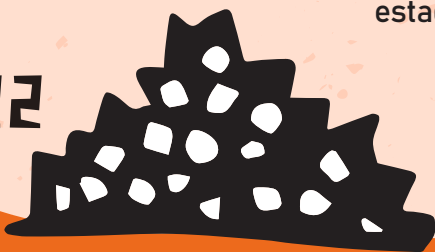




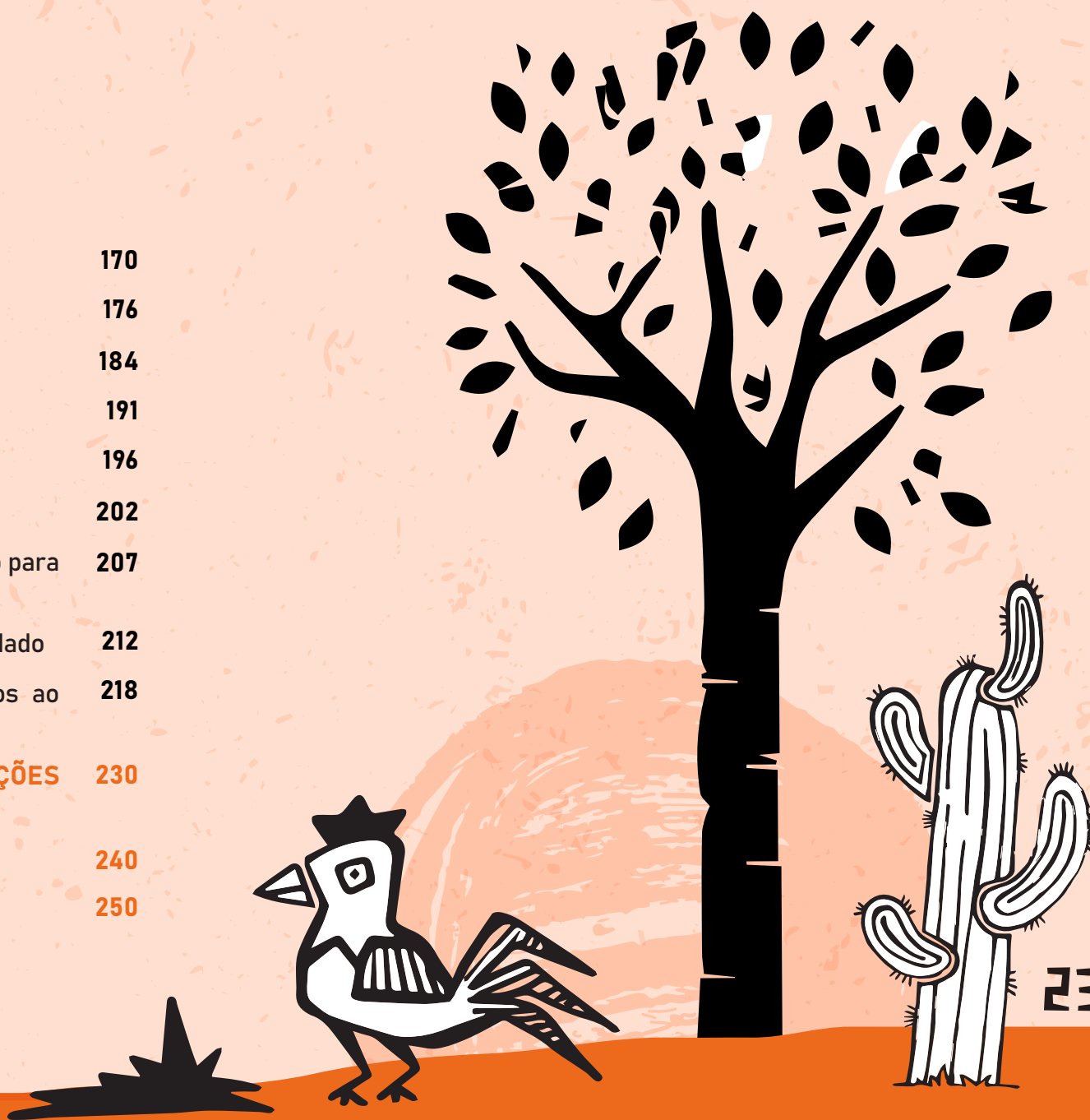
SUMÁRIO

1. ENTRELAÇAMENTOS QUE EMBASARAM A ELABORAÇÃO DE UM DIAGNÓSTICO BÁSICO SOBRE A ESF	32	4.5.1 Mortalidade Infantil	91
2. OBJETIVOS	40	4.5.2 Mortes por causas externas – Suicídios	102
3. METODOLOGIA	44	4.5.3 Intoxicação Exógena	113
4. PARTE I: RESULTADOS E DIÁLOGOS SOBRE A ESF DO CEARÁ A PARTIR DOS DADOS SECUNDÁRIOS	50	4.5.4 Leishmaniose Tegumentar Americana e Leishmaniose Visceral	118
4.1 Dados demográficos: estimativa populacional do Brasil, regiões e unidades da federação.	52	4.5.5 Mortalidade materna	126
4.2 Cobertura Populacional da ESF no Brasil, Nordeste e Ceará.	68	4.5.6 Mortalidade geral	128
4.3 Cobertura de equipes da ESF no Ceará.	74	4.5.7 Mortalidade por Neoplasias	138
4.4 Cobertura de profissionais de saúde da ESF no Brasil	79	5. PARTE II: RESULTADOS E DIÁLOGOS SOBRE A ESF DO CEARÁ A PARTIR DOS DADOS PRIMÁRIOS	148
4.5 Dados de morbimortalidade e vigilâncias no estado do Ceará.	90	5.1 Notas sobre o Direito à Saúde e a ESF em territórios do Ceará.	150
		5.2 Participantes da pesquisa	156
		5.3 Práticas da ESF nos Territórios	162
		5.3.1 Abordagem centrada no território	164

22



5.3.2 Acesso e acolhimento	170
5.3.3 Integralidade	176
5.3.4 Longitudinalidade	184
5.3.5 Coordenação do cuidado	191
5.3.6 Centralização na família	196
5.3.7 Orientação comunitária	202
5.3.8 Organização, gestão e educação para o serviço	207
5.3.9 Produção compartilhada do cuidado	212
5.4 Parâmetros de Inovação Relacionados ao Cuidado em Saúde	218
6. CONSIDERAÇÕES E PROPOSTAS DE AÇÕES PARA FORTALECER A ESF NO CEARÁ	230
7. REFERÊNCIAS	240
8. SOBRE OS AUTORES DO CADERNO	250



APRESENTAÇÃO

Você está abrindo o volume 2 da Coletânea de Cadernos: Saberes, práticas e inovações nos cuidados em saúde nos territórios. Este volume se intitula “Caderno da Estratégia Saúde da Família no Ceará: conversando com os números.”

Apresentamos, neste caderno, um diagnóstico básico elaborado a partir de dados quantitativos sobre a ESF no Ceará. Na parte 1 são apresentados resultados de uma pesquisa com fontes de dados secundários e na parte 2 são apresentados um conjunto de dados primários sobre a atuação das equipes da ESF nos territórios Serpovos.

Adotamos, nesta pesquisa-ação, como primeira fase a elaboração deste **diagnóstico básico**, que consiste num passo inicial e uma aproximação retrospectiva com o que foi possível registrar em bancos de dados do setor saúde e outros, por trabalhadores e gestores do Sistema Único de Saúde (SUS). Este diagnóstico básico visava

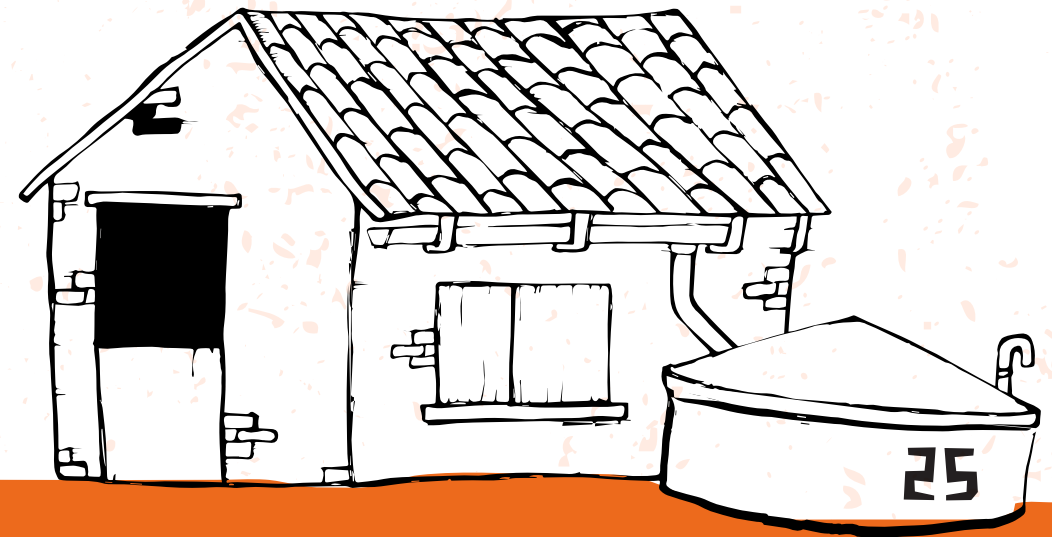
apontar quantitativamente as conquistas e lacunas do cuidado em saúde, especialmente, os cuidados primários, realizado na Atenção Primária à Saúde (APS). Já na parte 2 o diagnóstico básico, traz dados quantitativos resultantes da aplicação de um formulário quantitativo junto aos usuários da ESF e profissionais da saúde nos territórios Serpovos.

Este Caderno integra a pesquisa-ação denominada: “*Estratégia saúde da família: diálogos, saberes e práticas inovadoras e emancipatórias em respostas às necessidades sociais em saúde nos territórios do campo, da floresta e das águas no Ceará/Brasil*”.

Apresentamos, na parte 1 um diagnóstico com dados secundários sobre ESF do Estado do Ceará, Brasil, no período de 2010 a 2020. Os dados contemplam: o perfil sociodemográfico da população cearense, a cobertura populacional, assistencial e sobre a força de trabalho

em saúde na ESF; além destes dados gerais da ESF são apresentados alguns dados de morbimortalidade de agravos priorizados pela importância e magnitude que tem na avaliação das políticas de saúde, especialmente para as populações rurais, ou do campo, da floresta e das águas, foco deste estudo.

Esperamos contribuir com esta sistematização de dados de saúde, que se encontravam dispersos em diversos sites na internet, com informações objetivas. Que o acesso a estas informações sistematizadas e analisadas possam subsidiar às comunidades, os movimentos populares, os gestores públicos, os trabalhadores da ESF, os pesquisadores, professores e estudantes com um diagnóstico básico; ainda que limitado e parcial da realidade, mas que oferece pistas para a tomada de decisão e busca de soluções para os problemas.





Como componente da pesquisa-ação, acima referida, na etapa de diagnóstico da situação (dos problemas), este caderno subsidiou a teia de saberes e práticas de saúde (cuidado, ecologia de saberes - <https://ceara.fiocruz.br/serpovos/>) com novos aportes para dar mais alguns passos no reconhecimento da situação de saúde nos territórios.

Um questionamento importante para nosso grupo foi: o que nos motiva a conhecer o universo de dados secundários existentes em diversas bases de dados, acerca das situações de vida, cuidado e assistência das populações que residem/vivem/habitam em territórios dos campos, das florestas e das águas no Estado do Ceará, Brasil?

Esta reflexão inicial fez parte das rodas de conversas virtuais ocorridas em 2020, no momento que vivenciávamos a pandemia da Covid-19 e estávamos em isolamento social e número ascendentes de casos e mortes.

Somos um grupo de pesquisadores implicados e invoca-

dos pelas necessidades das populações que mais tem tido, historicamente, seus direitos negados, que são as populações rurais, camponesas, pescadoras, extrativistas.

Então, as populações do campo, da floresta e das águas, nos estimularam e incitaram para que lançássemos as “redes” e as “enxadas” para conhecer a realidade vivida por estes, quando se vivenciava a pior pandemia deste século, que foi a Covid-19, posicionando o cenário rural em local de produção e reprodução de vida e saúde.

Há muitas perguntas sem respostas! Perguntas formuladas por comunidades, pesquisadores, movimentos sociais, profissionais de saúde, trabalhadores do SUS. E há também a persistência de velhos problemas de saúde pública, que permanecem há séculos nestes territórios aliados a um processo histórico de desigualdades sociais.






Afirmamos, portanto, que problematizar a realidade como nos ensina Paulo Freire é um exercício muito ne-

cessário na busca de respostas. Encorajamo-nos nesta aventura com o poeta cearense, Patativa do Assaré, que nos ajudou, como pesquisadores e pesquisadoras da ciência e do senso comum, a pensar mais sobre elas:

*“Sertão, argüem te cantô,
Eu sempre tenho cantado
E ainda cantando tô,
Pruquê, meu torrão amado,
Munto te prezo, te quero
E vejo qui os teus mistêro
Ninguém sabe decifrá.
A tua beleza é tanta,
Qui o poeta canta, canta,
E inda fica o qui cantá”.*

(De EU E O SERTÃO - Cante lá que eu canto Cá - Filosofia de um trovador nordestino - Ed.Vozes, Petrópolis, 1982).

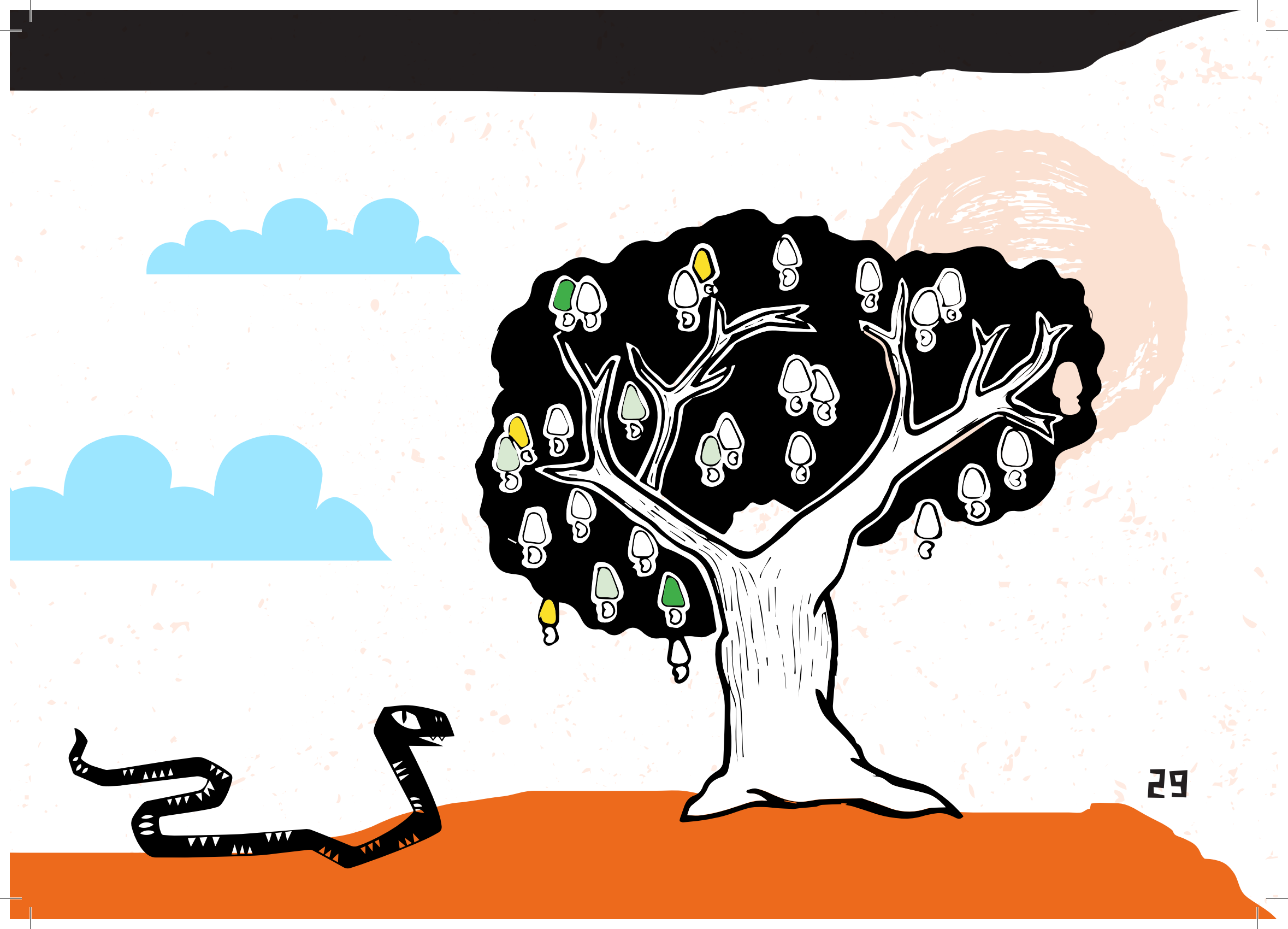




Ratificando: “Munto te prezo, te quero /E vejo qui os teus mistéro/ Ninguém sabe decifrá./ A tua beleza é tanta,/ Qui o poeta canta, canta, [...]”. Justificamos com este trecho do Poeta este estudo que desvelou o universo de alguns dados secundários e primários. Apresentamos ao leitor um conjunto de dados numéricos, expressos em tabelas, gráficos e quadros de um tempo já vivido por esta gente que canta o sertão, que vive, que quer o pleno exercício da cidadania e do direito a saúde no seu lugar de viver. Expressam suas opiniões acerca do que sentem e apreendem da política de saúde presente em seus territórios, como ela lhes chegam, como poderia chegar!

Teremos, pois, a oportunidade de apreender e revelar as “belezas” deles, bem como os desafios, que circularão a partir das análises que serão realizadas nestas “belezas” para assim o “poeta cantar” (leia-se poeta, todos nós, pesquisadores e pesquisadoras, educadores, profissionais de saúde, comunidades dos campos, das florestas e das águas).

COORDENAÇÃO DA PESQUISA SERPOVOS





30





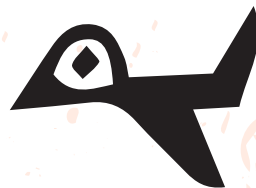
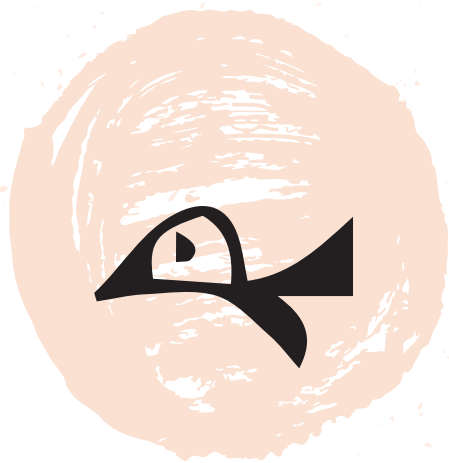
1. ENTRELAÇAMENTOS QUE EMBASARAM A ELABORAÇÃO DE UM DIAGNÓSTICO BÁSICO SOBRE A ESF



Como situado o leitor, o território de onde nasce este estudo é o do Ceará. Neste lugar remonta aos idos de 1986 o nascimento do Programa Agentes Comunitários de Saúde. Tal iniciativa dava um pontapé inicial do Estado para o acesso a saúde primária nos territórios, que foi ampliado na década de 1994, com a Estratégia Saúde da Família

(ESF). A ESF foi implantada e expandida no Ceará, com o intuito de desenvolver um modelo assistencial centrado na Atenção Primária à Saúde (APS).

A ESF é um modelo de atenção orientado pelo paradigma da **Promoção da Saúde** e, portanto, tem foco no **cuida-**



do integral em saúde, atuando como a coordenadora da Rede de Atenção à Saúde (RAS) conforme os princípios da equidade, universalidade, integralidade do SUS.

O Ceará, por sua vez, como estado pioneiro na implantação da ESF avançou significativamente no acesso a saúde e na formação dos profissionais/trabalhadores (as) de saúde. Apesar do avanço na cobertura assistencial, tem sido observada a recorrência de relatos dos movimentos populares, da necessidade de mudanças nas práticas de saúde das equipes da APS. Houve a ampliação do acesso, carece a qualificação, a integração com coletivos territo-

riais, a participação para adequação de especificidades no cotidiano das práticas.

Estudos sobre a ESF rural no Ceará apontam que fortalecer a ESF requer investir no Agente Comunitário de Saúde (ACS) como protagonista para atuação comunitária e na família; fomentar a participação popular, possibilitando a escuta qualificada da comunidade; apropriar-se da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas (PNSIPCFA) pelos profissionais de saúde rurais, gestores municipais, movimentos populares e comunidades; compreender as questões relacionadas ao



ambiente-trabalho e saúde, especialmente o fenômeno da seca, os cuidados com as águas de cisternas e a exposição aos agrotóxicos e agravos de saúde do(a) trabalhador(a) (Costa *et al.*, 2019; Pessoa, 2015; 2013; Pessoa; Almeida; Carneiro, 2018).

Pessoa (2015) refere que a amplitude dos problemas socio sanitários, socioambientais e da atuação da ESF exige constantemente a produção de novos saberes, inovações tecnológicas e novas práticas e valores, especialmente no contexto das populações do campo, da floresta e das águas.

A abordagem da ESF requer a consideração do território, da equipe, da comunidade e da família em inter-relação, exigindo o desenvolvimento de ações amplas de promoção da saúde e de cuidados em saúde com qualidade, humanização, participação social, intersetorialidade e compromisso ético-político. Além disso, necessita da in-

tegração dos saberes territoriais e tradicionais, e do reconhecimento das necessidades de saúde da população e da RAS (Pessoa, 2013; 2015; Pessoa; Almeida; Carneiro, 2018; Carneiro; Teixeira; Pessoa, 2017).

Em relação aos aspectos particulares das áreas rurais autores reforçam que compreender, as características de acesso, a organização da atenção à saúde e a força de trabalho em saúde, em associação com o processo histórico, social e ambiental em transformação, favorece a criação e o fortalecimento de práticas e políticas públicas renovadas nos princípios fundamentais do SUS, em perspectiva inclusiva do que significa ser rural (Franco; Lima; Giovanella, 2021).

Um recorte importante do ponto de vista socioespacial apresentado neste Caderno é que o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) fez uma revisão da classificação da tipologia de urbano e rural e considerou a densidade demográfica e a acessibilidade a centros urbanos,

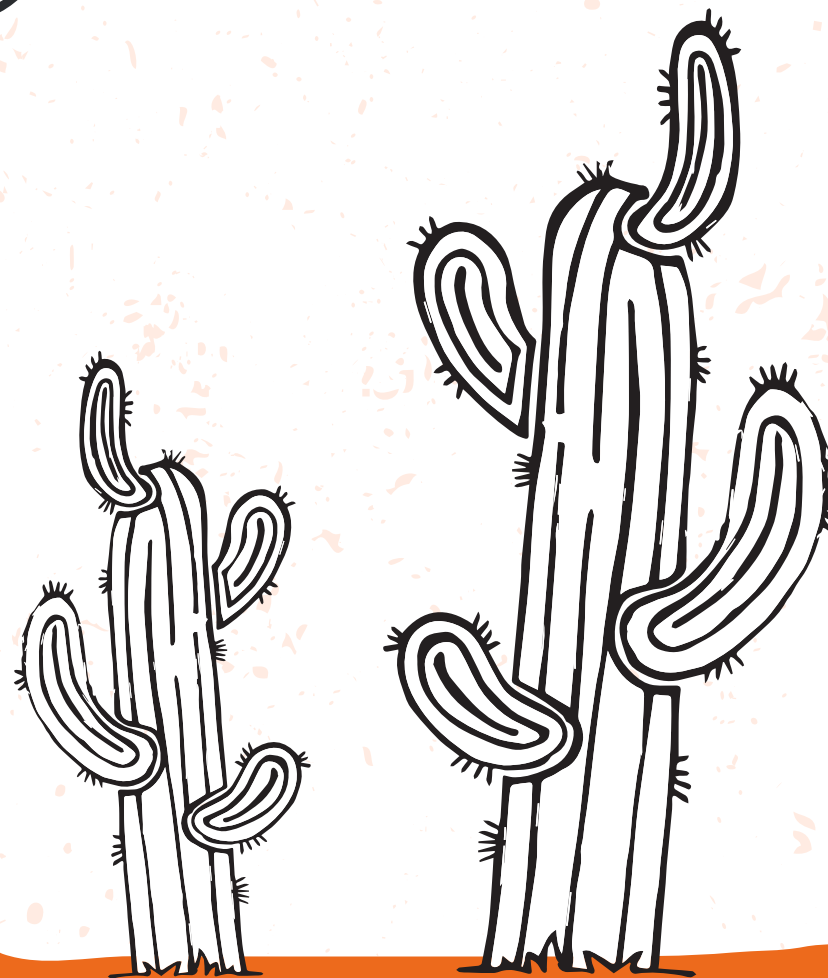


como variáveis na definição territorial.

Considerando esta classificação do IBGE, dos 184 municípios do Estado, 133 são considerados rurais adjacentes, com cobertura de saúde da família superior a 85%, segundo dados do Ministério da Saúde.

As informações colhidas nos bancos de dados oficiais, seja para elucidar dados relacionados aos indicadores de cobertura de ações e serviços, seja para evidenciar indicadores epidemiológicos, que sinalizam as necessidades de reorientações de políticas ou a definição de estratégias de intervenções em tempo hábil, representam, tanto para os executores das políticas, como para a academia, fontes valiosas.

Conforme Vila Nova e Cássia (2020 *apud* MacInnes, 2017) a análise de dados secundários tem contribuído para as metodologias tornarem-se robustas, para a elevação da amplitude dos estudos científicos, viabilizando a realiza-





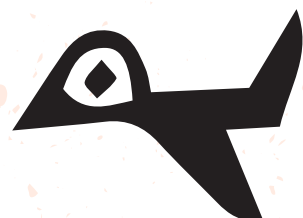
Nota: Neste caderno adotamos a terminologia populações do campo, da floresta e das águas, o que normalmente é denominado na literatura nacional e internacional de população rural. No âmbito desta pesquisa, a definição de saúde rural é compreendida a partir dos sujeitos que estão listados na Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas, 2011, 2014 do Sistema Único de Saúde. Conforme a portaria nº 2.311, de 23 de outubro de 2014 estas populações são: populações do campo, da floresta e das águas: povos e comunidades que têm seus modos de vida, produção e reprodução social relacionados predominantemente com o campo, a floresta, os ambientes aquáticos, a agropecuária e o extrativismo, como: camponeses; agricultores familiares; trabalhadores rurais assalariados e temporários que residam ou não no campo; trabalhadores rurais assentados e acampados; comunidades de quilombos; populações que habitam ou usam reservas extrativistas; populações ribeirinhas; populações atingidas por barragens; outras comunidades tradicionais; dentre outros; "disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2311_23_10_2014.html"



ção de pesquisas a partir de dados já coletados e que podem oferecer suporte a novos testes, proposições e investigações relevantes ao meio acadêmico.

A utilização deste conjunto de dados contribuirá, sobremaneira, como um diagnóstico básico para a equipe de pesquisa ir aos territórios conhecendo um pouco mais sobre a situação da política de saúde no Ceará. O objetivo central deste diagnóstico foi auxiliar a equipe para avançar num dos objetivos da pesquisa que é a realização e uma caracterização dos territórios em suas dimensões sócio-históricas, econômicas, culturais e ambientais, os processos de organização comunitária, a implantação das políticas públicas e a interface com ações da ESF no contexto das comunidades do campo, da floresta e das águas. Para o alcance deste objetivo necessitava-se visitar os dados secundários e descobrir o que os números poderiam nos contar.

Os Movimentos Sociais integrantes da teia de saberes e



práticas em saúde, também reforçaram a necessidade de conhecer tais informações para subsidiar a discussão sobre o direito à saúde nos territórios, o papel do modelo da ESF e identificar possíveis impactos das recentes transformações ocorridas nas políticas públicas de saúde no Ceará, no Nordeste e no Brasil.

Já é sabido que a situação de saúde atual do Ceará em relação ao perfil de morbimortalidade guarda semelhanças com o País, apresentando como primeira causa de óbitos as doenças do aparelho circulatório, seguidas das neoplasias e das causas externas, sendo que nestas últimas estão as principais causas de mortes da população geral, representadas por homicídios, acidentes de trânsito e suicídios, responsáveis pelas maiores taxas de anos potenciais de vida perdidas, por afetar principalmente os jovens (Ceará, 2009).

Atualmente, dentre os aspectos considerados relevantes e





desafiadores para as políticas públicas no Ceará, está a elevada incidência de doenças emergentes e reemergentes, cujos determinantes são, predominantemente, socioeconômicos e ambientais, destacando-se doenças como a tuberculose, Aids e dengue, leishmanioses e hepatites virais. Em relação às causas de mortalidade, se destacam as mortes violentas com impactos econômicos e sociais, além das altas taxas de mortalidade materna por causas evitáveis, a mortalidade infantil neonatal e ocorrência de cânceres em pessoas jovens (Ceará, 2009).

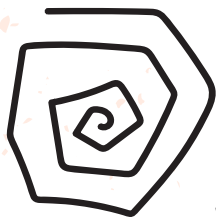
Esse perfil epidemiológico requer a expansão e a efetivação das políticas públicas numa perspectiva intersetorial. Ante as transformações presentes na situação de saúde da população, evidenciamos a necessidade de trabalhar com abordagens que possibilitem alcançar todas as pessoas em todas as fases da vida.

Portanto, considerar os aspectos envolvidos na interre-

lação corrente entre saúde-ambiente-trabalho é cada vez mais fortemente uma questão de relevância para as políticas públicas de saúde que almejam interferir de forma satisfatória no processo saúde-doença. Considerando este fato, entendemos que as políticas de saúde ambiental e saúde do trabalhador constituem pontes estratégicas para caminhar na transformação do quadro de saúde já citado.

Nesse panorama em que os problemas de saúde refletem de forma bastante complexa um conjunto de fatores condicionantes e determinantes da saúde das populações, faz-se fundamental efetivar o direito à saúde e, talvez, um mecanismo facilitador seja a incorporação das análises documentais, a fim de subsidiar a gestão em saúde no enfrentamento das causas de mortes das populações. Sem prescindir do olhar de profissionais e pessoas usuárias do sistema de saúde, expressos nos instrumentos de dados primários também inclusos neste caderno.





2. OBJETIVOS

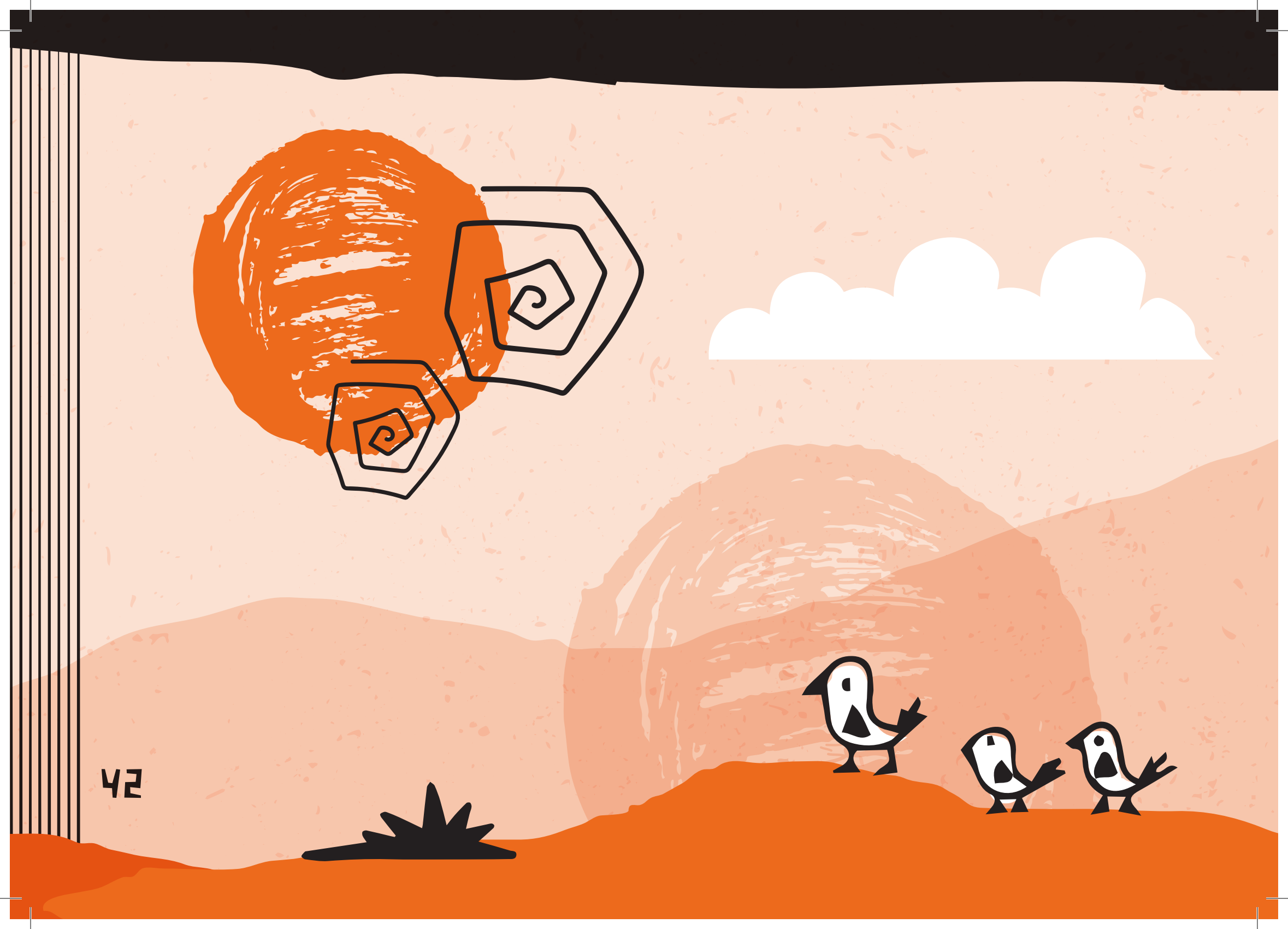
A

Analisar a ESF, quanto ao perfil sociodemográfico dos trabalhadores(as), a cobertura populacional e assistencial das equipes, considerando a distribuição espacial urbano e rural, no período de 2010 a 2020 no Ceará, Brasil.

Analisar o perfil de morbimortalidade de alguns agravos e doenças de especial interesse para atenção à saúde das populações do campo, da floresta e das águas, no período de 2010 a 2020 no Ceará, Brasil.

Analisar a atuação das equipes da ESF nos territórios Serpovos quanto a: abordagem centrada no território, acolhimento, integralidade, longitudinalidade, coordenação do cuidado, centralização na família, orientação comunitária, organização, gestão e educação em saúde, produção compartilhada do cuidado, dentre outros.





42



3. METODOLOGIA



A

realização de qualquer estudo, seja de natureza empírica, bibliográfica, documental e/ou clínica, necessita o olhar sobre o objetivo e as questões que nasceram a partir do interesse do/a pesquisador. Concordamos com Piana (2009, p. 119) de que “[...] a pesquisa só existe com o apoio de procedimentos metodológicos adequados, que permitam a aproximação ao objeto de estudo”. Admitimos que é relevante e urgente a tessitura de desenhos metodológicos, que melhor atendam aos apelos das nossas questões de pesquisa, bem como, da necessidade de construirmos metodologias por meio da nossa criatividade e implicação com os objetos a serem estudados.

É de suma importância que o pesquisador seja capaz de considerar o conjunto de concepções os quais o estudo está envolvido, o que se pretende realizar, e a organização desses conceitos, tendo como base que a sua significação para a pesquisa será diferente de acordo com o método de análise adotado. Por conseguinte, nas Ciências Sociais, os dados em uma pesquisa não falam por

si, mas dependem, de forma íntima, do esforço teórico com que o pesquisador o analisa (Silva, 2018).

Ante a isso, “[...] é preciso entender que a ciência é uma das formas possíveis de se produzir conhecimento legítimo” (Silva, 2018, p. 15), portanto, para nós, pesquisadoras e pesquisadores, a construção do conhecimento é parte importante para que possamos compreender a circularidade da vida, das relações e, conseqüentemente, as necessidades (no caso deste estudo, da saúde) dessas populações (campo, floresta e águas).

Dito isto, caracterizamos este diagnóstico básico inicial, como um estudo de dados secundários com abordagem quantitativa. Com base no objeto de estudo, este se insere no escopo das pesquisas descritivas que, conforme assinala Gil (2017, p. 14), “[...] têm como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou, então, o estabelecimento de relações entre variáveis”. Ao lado disso, o mesmo autor ainda assinala que este tipo de pesquisa é habitualmen-

te realizado por pesquisadores sociais, que se preocupam com a atuação prática (Gil, 2017).

Para fins de apreensão dos dados secundários utilizou-se os sítios das Instituições Governamentais, tais como: do Ministério da Saúde e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Além disso, também foram solicitados dados junto à Secretaria Estadual da Saúde do Ceará (SESA), a fim de complementar o rol de dados a serem incluídos nesta pesquisa.

Os dados coletados foram definidos em rodas de conversas online, síncronas semanais, no segundo semestre de 2020 por participantes da pesquisa-ação, denominados de teia de saberes e práticas em saúde. A definição dos dados e de qual recorte temporal, considerou a necessidade de dar a conhecer minimamente aos Movimentos Sociais do Campo, da Floresta e das Águas, variáveis, que apontem para análises do acesso a saúde primária nestes territórios.





Dessa forma, os dados coletados e analisados foram:

- ❶. Dados Demográficos do Brasil;
- ❷. Cobertura populacional da ESF no Brasil, no Nordeste e no Ceará;
- ❸. Número de equipes da ESF do Ceará por tipo de equipe e população assistida;
- ❹. Número de profissionais de saúde das equipes da ESF do Ceará;
- ❺. Mortalidade Geral;
- ❻. Mortalidade na Infância;
- ❼. Mortalidade por Câncer;

- ❽. Mortalidade por Causas Externas - Taxa de Suicídios;
- ❾. Leishmaniose Tegumentar Americana;
- ❿. Leishmaniose Visceral;
- ⓫. Intoxicações exógenas por agrotóxicos.

Estes dados foram analisados por um conjunto de pesquisadores da teia de saberes e práticas em saúde e organizados em informações no formato de gráficos e tabelas no intuito de facilitar a disseminação científica destes resultados e promover uma maior apropriação destas informações pelos movimentos sociais, profissionais de saúde e gestores do Sistema Único de Saúde, comunidades e população em geral.

Compõe a segunda parte deste Caderno um conjunto de dados primários, referentes a atuação das equipes da ESF nos territórios Serpovos. Estes dados foram co-



letados através de questionário elaborado e aplicado em Formulário sobre os Parâmetros de Inovação Relacionados ao Cuidado em Saúde. Foram preenchidos e sinalizam sobre como os trabalhadores de saúde e demais participantes identificam os atributos da atenção primária à saúde ocorrendo no cotidiano das práticas da equipe e em comunidade.

Na pesquisa de campo foi preenchido este Formulário, por todas as pessoas participantes das oficinas, que consta de 60 parâmetros, sendo 50 referentes a Avaliação das atribuições comuns das equipes da ESF definidos na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e 10 referentes aos Parâmetros de inovação relacionados ao cuidado em saúde. O formulário foi preenchido individualmente e de forma anônima, pelos participantes de cada Oficina, totalizando 68 formulários.

O Formulário mais extenso e que mereceu maior atenção foi Parâmetros de atribuições comuns das equipes da Estratégia Saúde da Família definidos na PNAB. Na

aplicação desse Formulário houve necessidade de uma leitura coletiva, explicitando termos desconhecidos aos participantes, uma vez que as perguntas podiam confundir, pela incompreensão de algum item. Para saber mais sobre a metodologia da pesquisa de campo, recomendamos a leitura do volume 1 desta coletânea, onde está detalhada todo o percurso metodológico do serpovos. As variáveis do formulário abordaram todos os atributos da ESF, considerando as proposições de atribuições comuns a equipe.









**4. PARTE I:
RESULTADOS E
DIÁLOGOS SOBRE
A ESF DO CEARÁ A
PARTIR DOS DADOS
SECUNDÁRIOS**



s resultados foram organizados em tabelas e gráficos e processados por meio da Estatística Descritiva Simples, com breve diálogo com a literatura.





4.1 DADOS DEMOGRÁFICOS: ESTIMATIVA POPULACIONAL DO BRASIL, REGIÕES E UNIDADES DA FEDERAÇÃO.

Estima-se que, em julho de 2021, o Brasil tenha alcançado a marca de 213.317.639 habitantes (IBGE, 2021), um aumento de 22.561.840 pessoas desde o último censo de 2010, que era de 190.755.799 pessoas (IBGE, 2010).

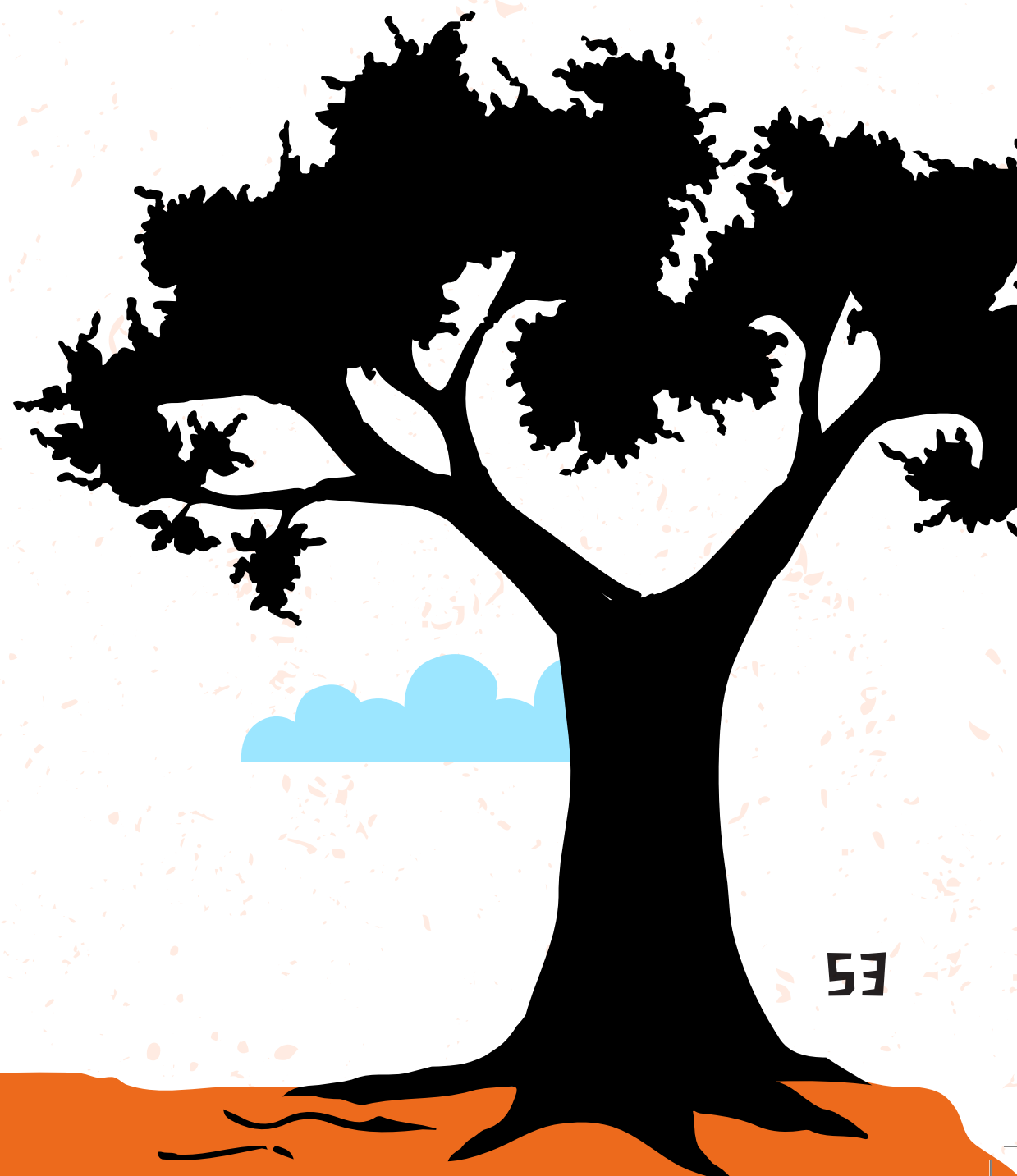
Dentre as regiões, a mais populosa continua sendo a Região Sudeste com 89.632.912 habitantes, seguida da Região Nordeste que abriga cerca de 57.667.842 pessoas. Entre os estados, aparecem São Paulo, Minas Gerais e Rio de Janeiro com, respectivamente, 46.649.132, 21.411.923 e 17.463.349 habitantes. O estado do Ceará ocupa a 6ª colocação no número da população perfazendo um quantitativo de 9.240.580 habitantes, como descrito na Tabela 01, abaixo (IBGE, 2021):




TABELA 1 - ESTIMATIVAS DA POPULAÇÃO RESIDENTE NO BRASIL E UNIDADES DA FEDERAÇÃO COM DATA DE REFERÊNCIA EM 1º DE JULHO DE 2021.

BRASIL E UNIDADES DA FEDERAÇÃO	POPULAÇÃO ESTIMADA
BRASIL	213.317.639
REGIÃO NORTE	18.906.962
Rondônia	1.815.278
Acre	906.876
Amazonas	4.269.995
Roraima	652.713

Fonte: IBGE. Diretoria de Pesquisas - DPE - Coordenação de População e Indicadores Sociais - COPIS.





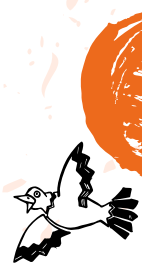
² Nota: Diferença de 786 pessoas entre os Estados do Piauí e Ceará com relação à Projeção da População para o Brasil e Unidades da Federação 2021, para o ano de 2021, em virtude de alteração de limites entre municípios na fronteira interestadual.



BRASIL E UNIDADES DA FEDERAÇÃO	POPULAÇÃO ESTIMADA
Pará	8.777.124
Amapá	877.613
Tocantins	1.607.363
REGIÃO NORDESTE	57.667.842
Maranhão	7.153.262
Piauí	3.289.290 ²
Ceará	9.240.580 ²
Rio Grande do Norte	3.560.903
Paraíba	4.059.905

Fonte: IBGE. Diretoria de Pesquisas - DPE - Coordenação de População e Indicadores Sociais - COPIS.

BRASIL E UNIDADES DA FEDERAÇÃO	POPULAÇÃO ESTIMADA
Pernambuco	9.674.793 ³
Alagoas	3.365.351 ³
Sergipe	2.338.474 ⁴
Bahia	14.985.284 ⁵
REGIÃO SUDESTE	89.632.912
Minas Gerais	21.411.923
Espírito Santo	4.108.508
Rio de Janeiro	17.463.349
São Paulo	46.649.132



Diferença de 456 pessoas entre os Estados de Alagoas e Pernambuco com relação à Projeção da População para o Brasil e Unidades da Federação 2021, para o ano de 2021, em virtude de alteração de limites entre municípios na fronteira interestadual.



Diferença de 214 pessoas entre os Estados de Sergipe e Bahia com relação à Projeção da População para o Brasil e Unidades da Federação 2021, para o ano de 2021, em virtude de alteração de limites entre municípios na fronteira interestadual.



Fonte: IBGE. Diretoria de Pesquisas - DPE - Coordenação de População e Indicadores Sociais - COPIS.

⁵ Nota: Diferença de 2.658 pessoas entre o Estado de Goiás e o Distrito Federal com relação à Projeção da População para o Brasil e Unidades da Federação 2021, para o ano de 2021, em virtude de alteração de limites entre municípios na fronteira interestadual.



BRASIL E UNIDADES DA FEDERAÇÃO	POPULAÇÃO ESTIMADA
REGIÃO SUL	30.402.587
Paraná	11.597.484
Santa Catarina	7.338.473
Rio Grande do Sul	11.466.630
REGIÃO CENTRO-OESTE	16.707.336
Mato Grosso do Sul	2.839.188
Mato Grosso	3.567.234
Goiás	7.206.589 ⁵
Distrito Federal	3.094.325 ⁵

Fonte: IBGE. Diretoria de Pesquisas - DPE - Coordenação de População e Indicadores Sociais - COPIS.

Tendo em vista a não realização do Censo 2020, as informações relacionadas ao número da população urbana e rural no Brasil ainda se encontram desatualizadas. Para fins deste relatório é importante que se faça uma distinção entre essa população, uma vez que o foco do projeto ao qual este relatório está vinculado é a população que predominantemente reside em territórios rurais. Mesmo estando desatualizado, é necessário destacar que, conforme o Censo 2010, a população rural no Brasil era de aproximadamente 29.829.995, o que corresponde a 15,64% da população geral. A região Nordeste é a que possui a maior concentração de pessoas que residem em territórios rurais (aproximadamente, 26,87% da população residente), seguida da região Norte com aproximadamente 26,47% da população (IBGE, 2010), como mostra a Tabela 02:



TABELA 2 - POPULAÇÃO TOTAL POR SITUAÇÃO DO DOMICÍLIO, BRASIL, GRANDE REGIÃO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO, 2010.

BRASIL, GRANDE REGIÃO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO	POPULAÇÃO RURAL		POPULAÇÃO URBANA		TOTAL
	Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto
Rondônia	413.229	26,45	1.149.180	73,55	1.562.409
Acre	201.280	27,44	532.279	72,56	733.559
Amazonas	728.495	20,91	2.755.490	79,09	3.483.985
Roraima	105.620	23,45	344.859	76,55	450.479
Pará	2.389.492	31,52	5.191.559	68,48	7.581.051
Amapá	68.490	10,23	601.036	89,77	669.526



BRASIL, GRANDE REGIÃO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO	POPULAÇÃO RURAL	POPULAÇÃO URBANA		TOTAL	
	Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto
Tocantins	293.339	21,2	1.090.106	78,8	1.383.445
Norte	4.199.945	26,47	11.664.509	73,53	15.864.454
Maranhão	2.427.640	36,92	4.147.149	63,08	6.574.789
Piauí	1.067.401	34,23	2.050.959	65,77	3.118.360
Ceará	2.105.812	24,91	6.346.569	75,09	8.452.381
Rio Grande do Norte	703.036	22,19	2.464.991	77,81	3.168.027
Paraíba	927.850	24,63	2.838.678	75,37	3.766.528

BRASIL, GRANDE REGIÃO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO	POPULAÇÃO RURAL		POPULAÇÃO URBANA		TOTAL
	Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto
Pernambuco	1.744.238	19,83	7.052.210	80,17	8.796.448
Alagoas	822.634	26,36	2.297.860	73,64	3.120.494
Sergipe	547.651	26,48	1.520.366	73,52	2.068.017
Bahia	3.914.430	27,93	10.102.476	72,07	14.016.906
Nordeste	14.260.692	26,87	38.821.258	73,13	53.081.950
Minas Gerais	2.882.114	14,71	16.715.216	85,29	19.597.330
Espírito Santo	583.480	16,6	2.931.472	83,4	3.514.952

BRASIL, GRANDE REGIÃO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO	POPULAÇÃO RURAL	POPULAÇÃO URBANA		TOTAL	
	Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto
Rio de Janeiro	525.690	3,29	15.464.239	96,71	15.989.929
São Paulo	1.676.948	4,06	39.585.251	95,94	41.262.199
Sudeste	5.668.232	7,05	74.696.178	92,95	80.364.410
Paraná	1.531.834	14,67	8.912.692	85,33	10.444.526
Santa Catarina	1.000.523	16,01	5.247.913	83,99	6.248.436
Rio Grande do Sul	1.593.638	14,9	9.100.291	85,1	10.693.929
Sul	4.125.995	15,07	23.260.896	84,93	27.386.891

BRASIL, GRANDE REGIÃO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO	POPULAÇÃO RURAL		POPULAÇÃO URBANA		TOTAL
	Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto
Mato Grosso do Sul	351.786	14,36	2.097.238	85,64	2.449.024
Mato Grosso	552.321	18,2	2.482.801	81,8	3.035.122
Goiás	583.074	9,71	5.420.714	90,29	6.003.788
Distrito Federal	87.950	3,42	2.482.210	96,58	2.570.160
Centro-Oeste	1.575.131	11,2	12.482.963	88,8	14.058.094
BRASIL	29.829.995	15,64	160.925.804	84,36	190.755.799

Fonte: IBGE. Diretoria de Pesquisas - DPE - Coordenação de População e Indicadores Sociais - COPIS.

Ainda falando sobre as particularidades entre o urbano e o rural, inclusive de forma conceitual, as questões relativas às definições de áreas urbanas e rurais é de responsabilidade do IBGE. Portanto, para fins fundamentalmente operacionais, estas áreas são divididas, no Brasil, em: áreas urbanas - área urbana, área não urbanizada de cidade ou vila e área urbana isolada; áreas rurais - aglomerado rural de extensão urbana, povoado, núcleo, lugarejo e área rural (IBGE, 2017).

Uma outra forma de olhar a relação urbano e rural, foi a partir do cruzamento de variáveis. Assim sendo, foi possível definir a tipologia rural urbano dos municípios cujas respectivas classes são: Município predominantemente urbano, Município intermediário e Município predominantemente rural. A partir desta denominação, foi possível, ainda, subdividi-los em: urbano, intermediário adjacente, intermediário remoto, rural adjacente e rural remoto. O mapa (figura 01) ilustra a densidade de municípios com essas caracterizações no Brasil (IBGE, 2017).

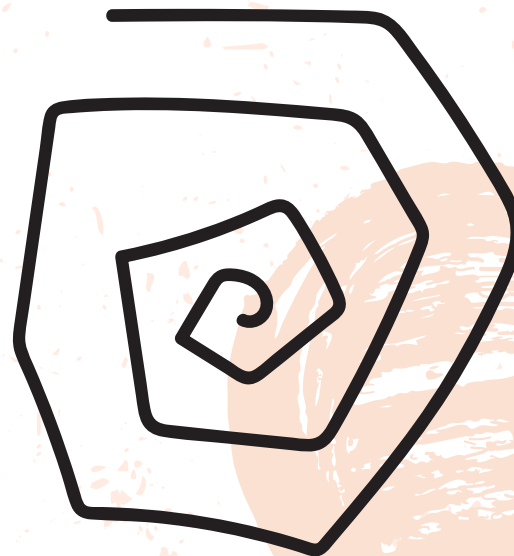
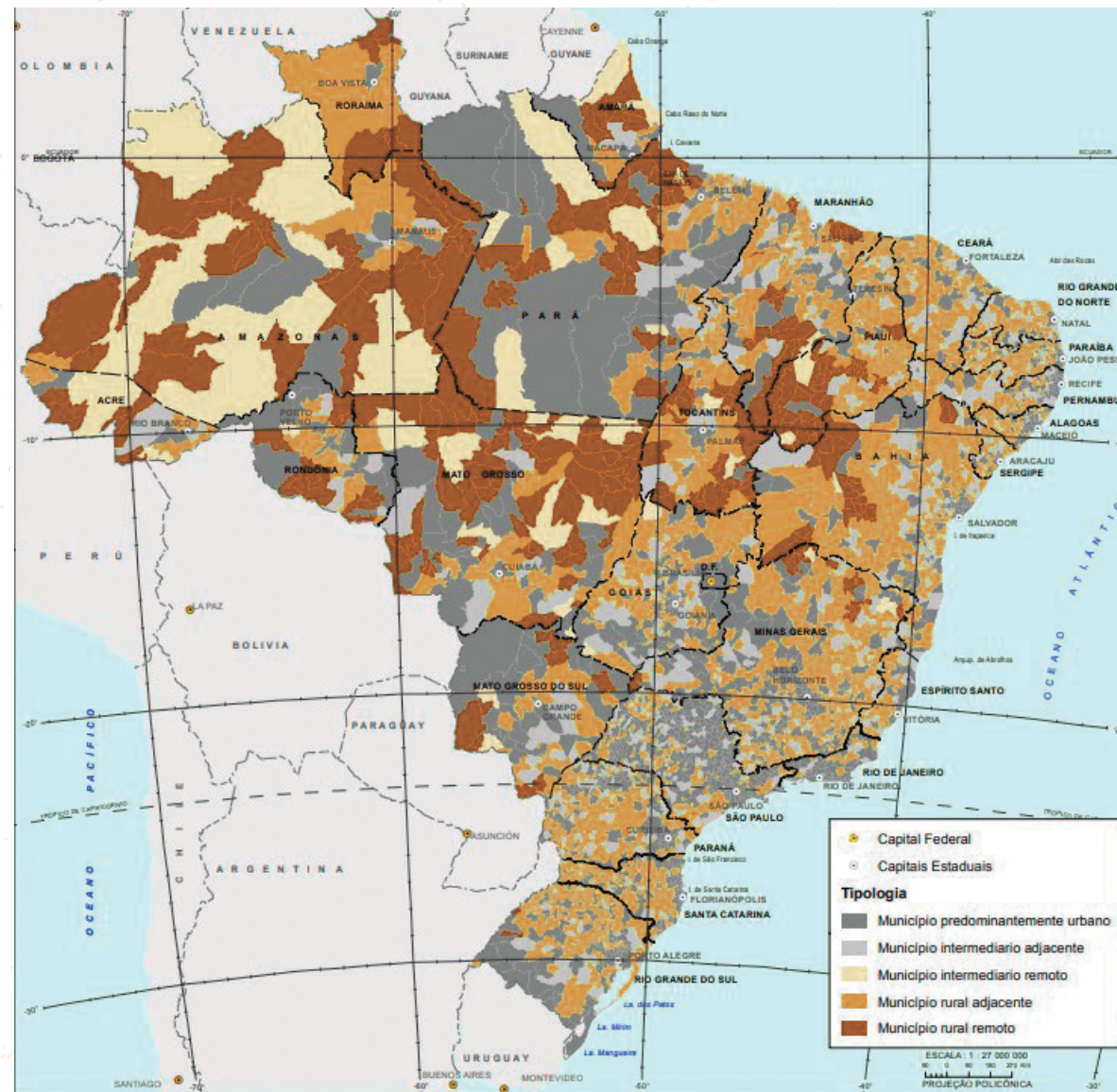


FIGURA 1 - MAPA DE TIPOLOGIA MUNICIPAL RURAL-URBANO.



Fonte:
IBGE,
2017.

Se observarmos especificamente o estado do Ceará, notamos que grande parte do mapa ilustra que os municípios são, na maioria, classificados como “rural adjacente” o que caracteriza, de acordo o IBGE (2017), Unidades Populacionais que possuem entre 3.000 e 10.000 habitantes em área de ocupação densa com grau de urbanização inferior a 75%, conforme se verifica na figura 02.

É notório, na figura 2, a concentração de regiões cearenses classificadas como Rural Adjacente, tanto na região das serras, dos sertões e do litoral cearense. Esta constatação demonstra a necessidade de os governos municipais investirem em ações e serviços de distintas naturezas (saúde, educação, habitação, lazer, comunicação, acesso à internet, transportes, acesso à água, dentre outros) nessas regiões, a fim de diminuir os riscos e vulnerabilidades características desses lugares, tais como: maior dificuldade de acesso aos serviços de saúde, a água potável, ao emprego e renda, dentre outros.

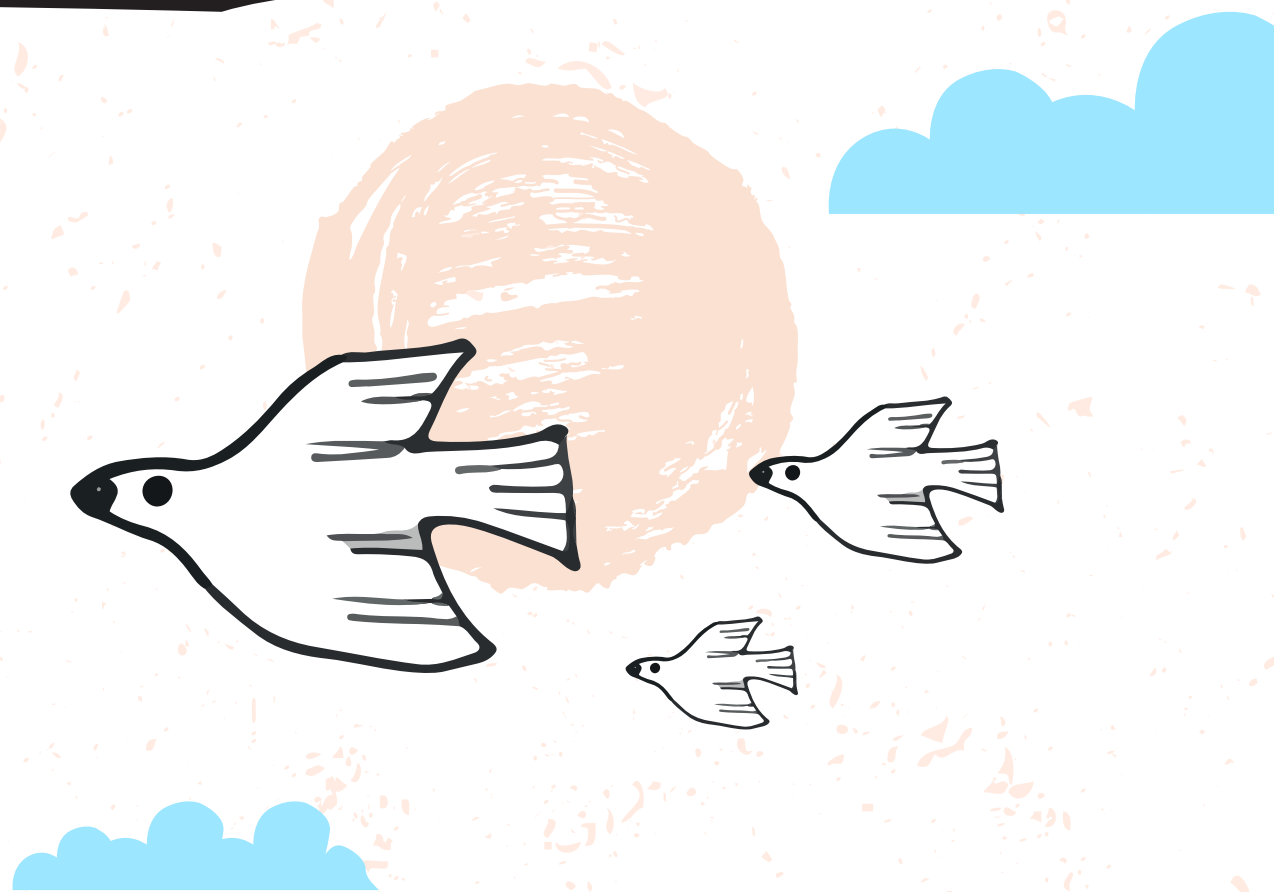
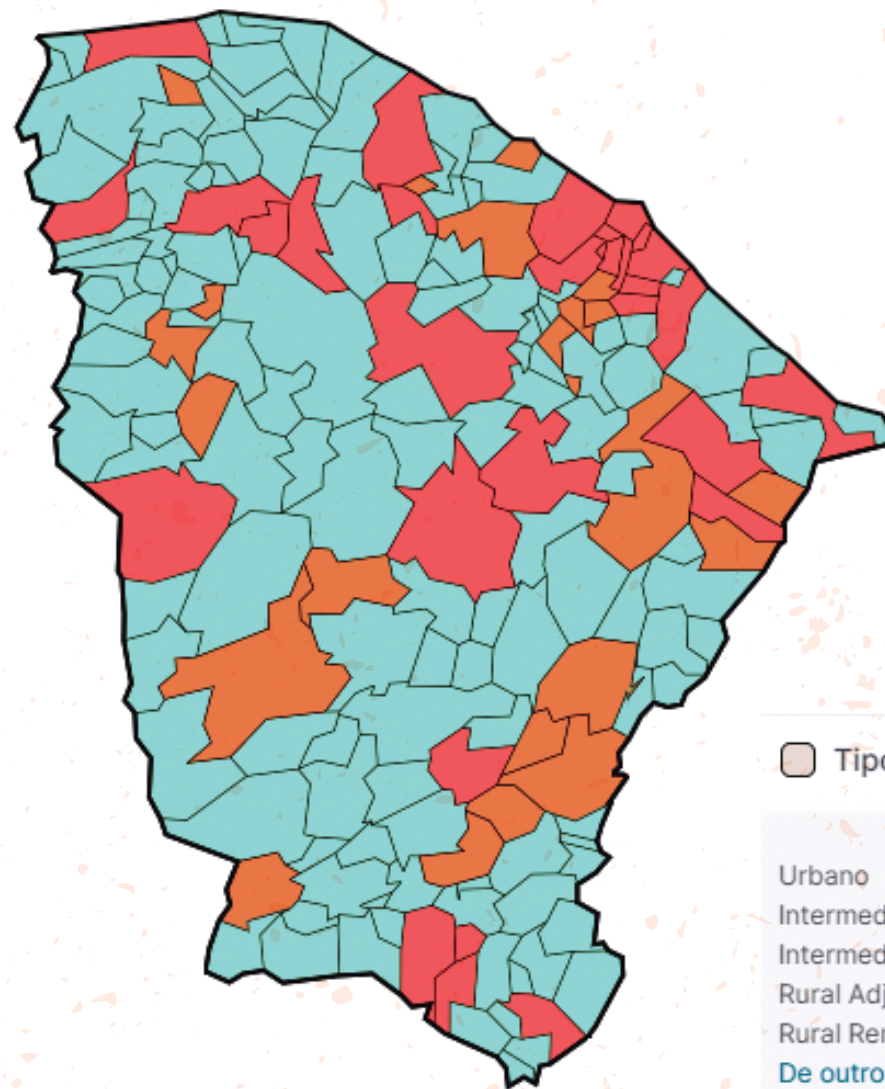


FIGURA 2 - MAPA - TIPOLOGIA MUNICIPAL RURAL-URBANO, ESTADO DO CEARÁ, 2020.



Tipologia rural urbana ☺

Urbano
Intermediário Adjacente
Intermediário Remoto
Rural Adjacente
Rural Remoto
De outros



Tipologia rural urbana

Fonte: Painel de Indicadores. Disponível em: <https://sisaps.saude.gov.br/painelsaps/saude-familia>.

O território cearense, portanto, apresenta características relativas ao modo de vida e trabalho em todo o estado em atividades de agricultura e pesca. Estas atividades e as populações envolvidas nelas, especialmente camponeses, agricultores/as familiares e pescadores/as artesanais, são populações que requerem cuidados primários em saúde, e são usuárias do SUS como opção prioritária.





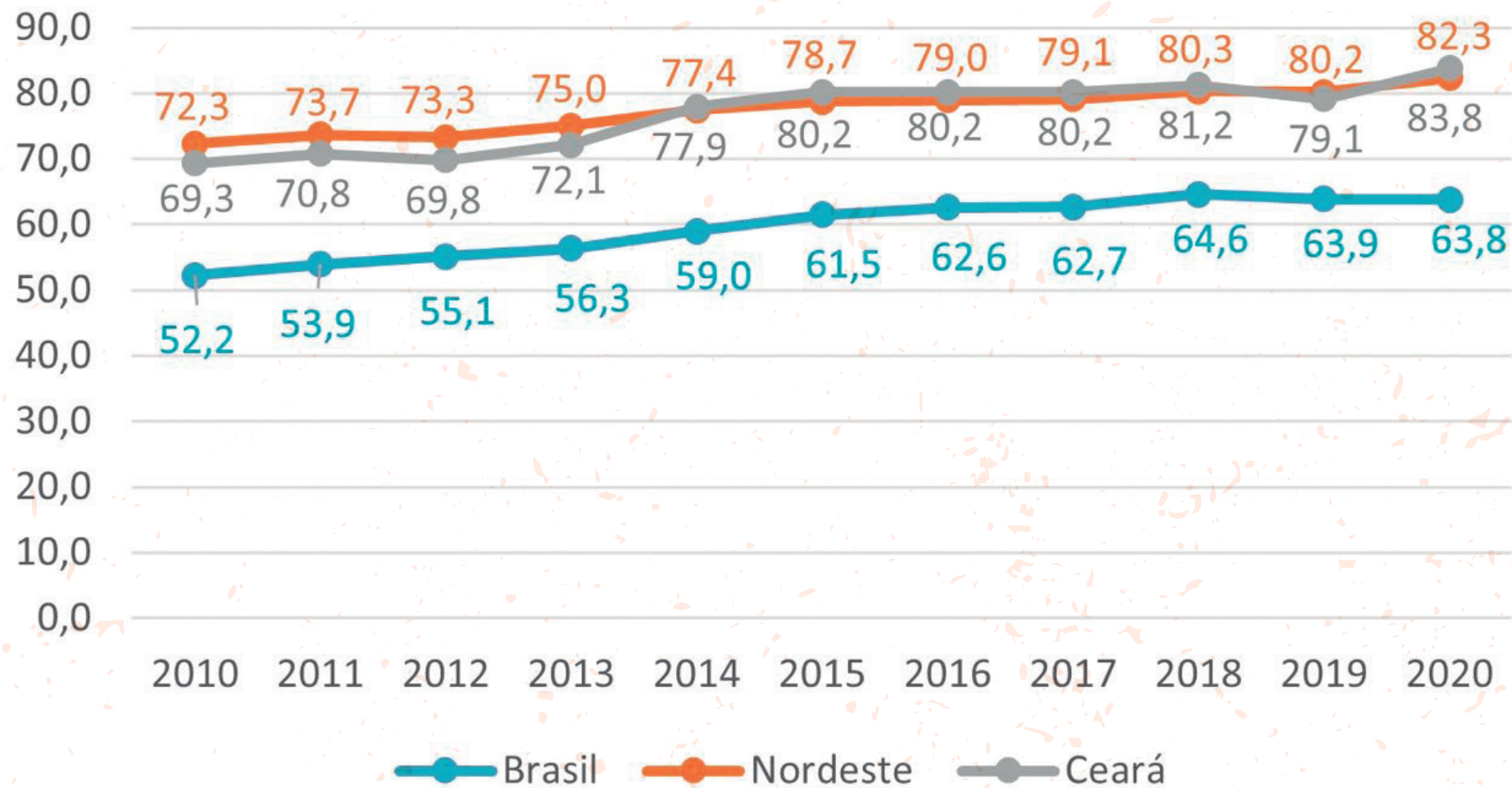
4.2 COBERTURA POPULACIONAL DA ESF NO BRASIL, NORDESTE E CEARÁ.

No Brasil, a APS, tem a ESF como o modelo prioritário para contribuir com a garantia do acesso, do cuidado, da atenção e da assistência à saúde de brasileiros e brasileiras. Com a garantia de um sistema de saúde público na Constituição Brasileira, a ESF se tornou um dispositivo importante para a garantia dos direitos constitucionais à saúde.

Existem avanços, mas também ainda há muitos desafios a serem enfrentados e amenizados no País para que, efetivamente, a ESF se torne um grande pilar e serviço público que garanta, na forma constitucional, o direito à saúde por meio dos serviços previstos na APS.



FIGURA 3 - GRÁFICO DE COBERTURA POPULACIONAL DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO BRASIL, NORDESTE E CEARÁ, PERÍODO ENTRE 2010 A 2020.



Fonte: Histórico de cobertura de AB. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>. IBGE, 2024.

Estima-se que, em dezembro de 2020, o Brasil contava com 43.286 equipes de Saúde da família vinculadas a uma Equipe da Estratégia Saúde da Família e 8.639 equipes na Atenção Básica Tradicional (ESF equivalentes - equipes com carga horária de cirurgião dentistas a partir de 40 h). Ao lado disso, a estimativa da população coberta pelas equipes de Saúde da Família na Atenção Básica (AB) era de 159.900.453 pessoas. Desse total, a estimativa de cobertura da população por equipes de Saúde da Família vinculadas às Equipes de Saúde da Família (ESF) era de 133.710.730 pessoas, conforme aponta o Painel de Indicadores da Atenção Primária à Saúde, do Ministério da Saúde do Brasil (Brasil, 2021).

Observa-se, na figura 03, que a cobertura da ESF na região Nordeste é historicamente superior ao percentual

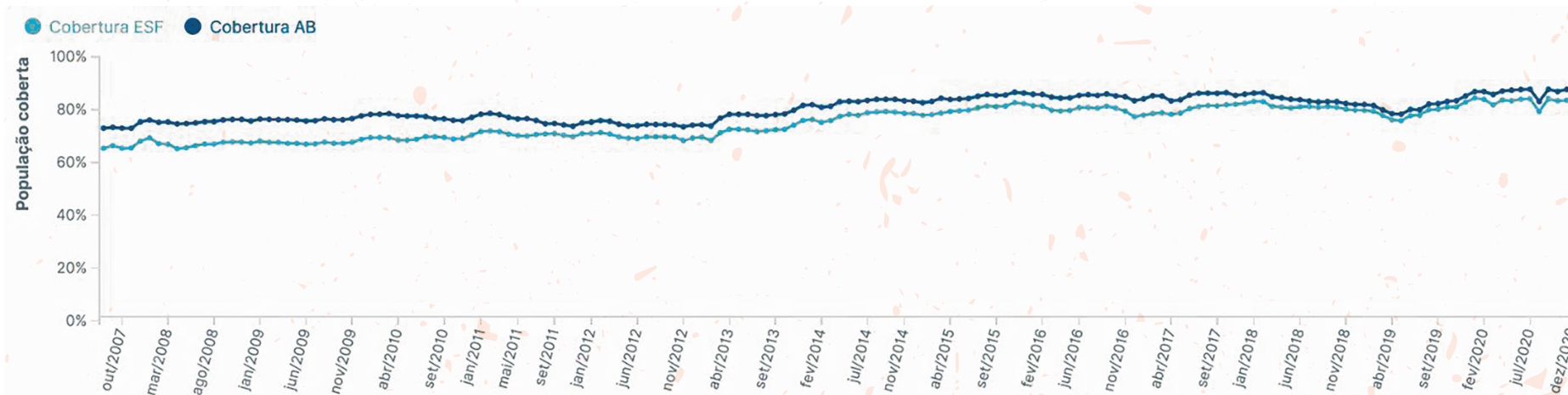
do Brasil cujo percentual, inclusive, diminuiu nos últimos dois anos, mesmo que discretamente, o que não se observa na Região Nordeste, que ampliou a cobertura em aproximadamente 2% nos últimos anos.

Como a grande maioria dos estados brasileiros, o estado do Ceará desde os anos iniciais da década de 1990, elegeu a ESF como modelo de atenção à saúde. Entre os anos de 2010 e 2020, o Ceará segue essa tendência, com cobertura de ESF de 83,8% da população e 87,8% de cobertura de AB (Brasil, 2021).

No que tange à cobertura de ESF tendo como base a tipologia urbano- rural, temos:



FIGURA 4 – GRÁFICO DE EVOLUÇÃO DO PERCENTUAL DA POPULAÇÃO COBERTA NO ESTADO DO CEARÁ; PERÍODO



Fonte: Painel de Indicadores. Disponível em: <https://sisaps.saude.gov.br/painelsaps/saude-familia>. IBGE, 2024.

Especificamente, conforme dados do Ministério da Saúde sobre o Ceará, a estimativa da população coberta pelas equipes de Saúde da Família na AB era de 8.018.654 pessoas. Desse total, a estimativa de cobertura da população por equipes de Saúde da Família vinculadas às ESF era de 7.660.647 pessoas (Brasil, 2021).

A ESF desde os passos iniciais de implementação, busca reorientar o modelo de atenção no SUS, e durante todo esse tempo histórico, esta reorientação do processo de trabalho em saúde, orientado pela APS tem sido um grande desafio.

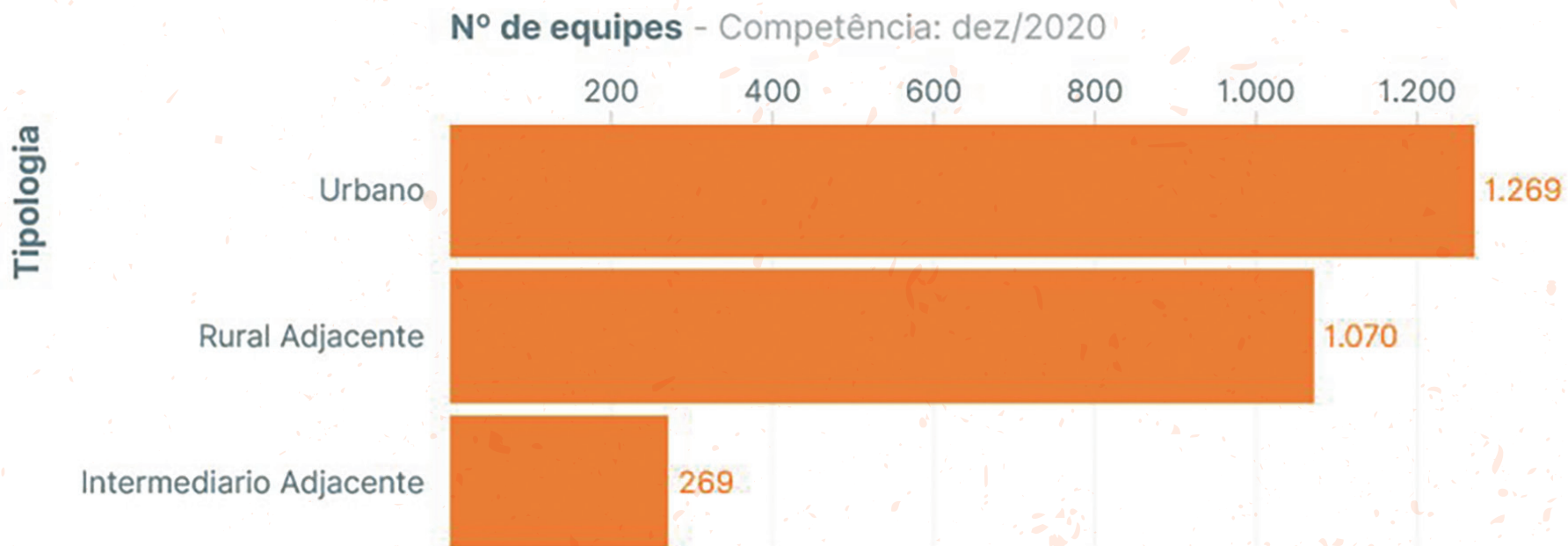
Esmeraldo *et al.* (2017) consideram que, na verdade, há uma luta constante pela implementação da ESF. Há o convívio do modelo tradicional centrado na demanda espontânea e na queixa conduta com o que está preconizado pelo modelo que orienta a ESF. Mesmo diante das especificidades de cada realidade social na qual os diferentes modelos se inserem, não se pode pensar em

modelo assistencial como uma forma fechada e acabada, nem como verdades absolutas e inquestionáveis e sim explorar novas alternativas capazes de contemplar de fato os problemas de saúde.

As práticas de saúde na ESF no Ceará ainda não atendem às necessidades e aos problemas de saúde do território, primordialmente por desconsiderar: o modo de vida, o modelo de desenvolvimento, a participação comunitária, os saberes populares e as práticas populares de saúde já existentes. Esses aspectos corroboram para a preservação e reprodução de modelo biomédico e distanciamento do modelo orientado pela Promoção da Saúde (Costa *et al.*, 2019).



FIGURA 5 - GRÁFICO DE PREDOMINÂNCIA RURAL URBANA DO NÚMERO DE EQUIPES ESF NO ESTADO DO CEARÁ, 2020.



Fonte: Painel de Indicadores. Disponível em: <https://sisaps.saude.gov.br/painelsaps/saude-familia>. IBGE, 2024.

Observa-se, no gráfico acima, que existe um maior número de equipes ESF nas áreas urbanas nos municípios cearenses. Se tomarmos como base a Política Nacional de Atenção Básica - PNAB (Brasil, 2017), onde cada equipe ESF deve atender 3.000 pessoas, observa-se que:

☛ a) Na área urbana, o ideal, pelo cálculo do número da população, seria ter 1.853 equipes da ESF implantadas;

☛ b) Na área rural, o número de equipes da ESF é de 944.

Mesmo observando uma discreta quantidade a mais de equipes nos territórios rurais, é importante lembrar que nessas áreas existem muitas singularidades e particularidades, tais como: vulnerabilidades e riscos relativos aos aspectos geográficos e a dificuldades de acesso a boas estradas, meios de transportes, de comunicação, internet e serviços de saúde, dentre outros.

4.3 COBERTURA DE EQUIPES DA ESF NO CEARÁ.

É de grande importância a implementação e implantação de equipes da ESF nos municípios do País, já que a ESF, conforme preconiza o Ministério da Saúde (Brasil, 2021), como uma significativa estratégia que favorece a

reorientação do processo de trabalho, ampliação e impacto na situação de saúde de brasileiros e brasileiras e, ainda, promove a expansão, a qualificação e consolidação da APS.

Os dados desta sessão nos dão dimensão da cobertura do número de equipes da ESF no Ceará. Para início de diálogo, temos a Figura 06 e Tabela 03 que trazem a série histórica do quantitativo de equipes da APS, no período de 2010 a 2020, no Ceará.

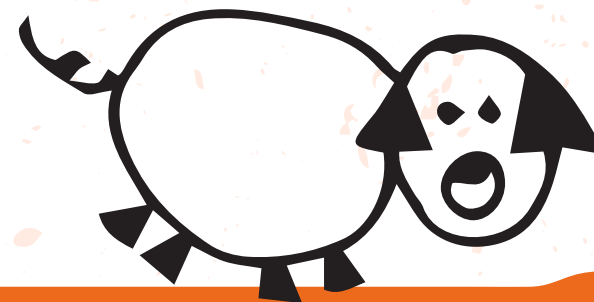
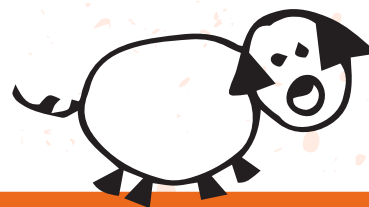
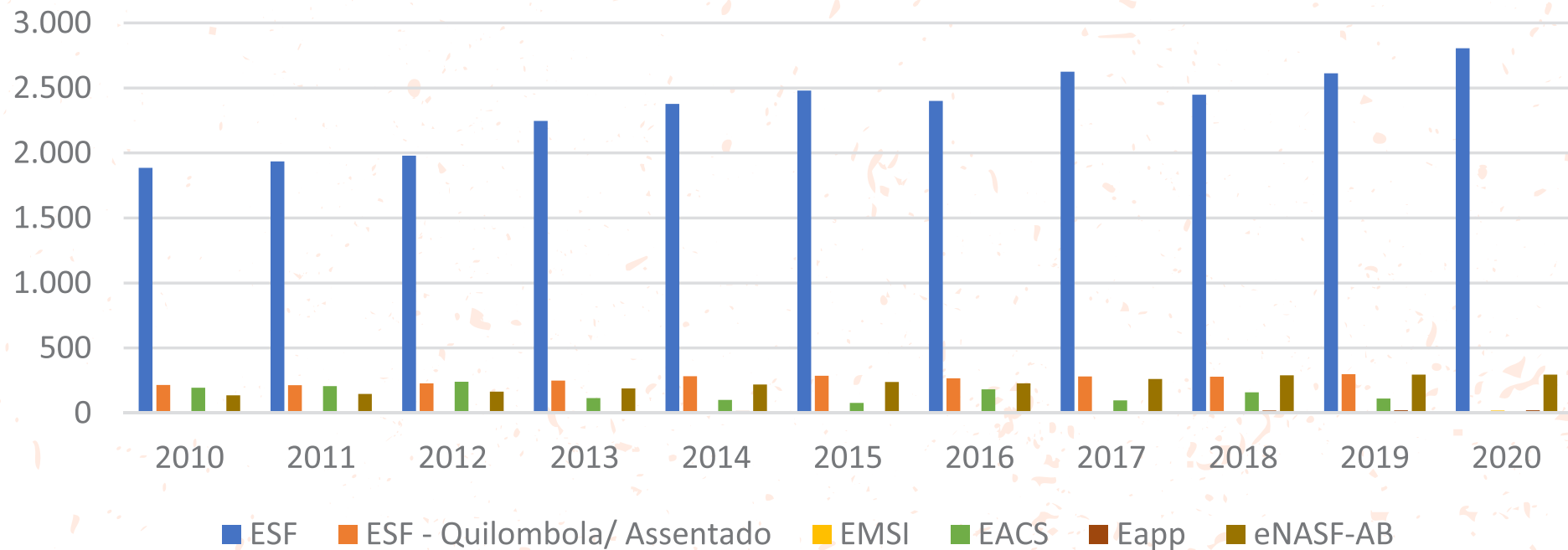


FIGURA 6 - SÉRIE HISTÓRICA COM O QUANTITATIVO DE EQUIPES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE, 2010-2020, ESTADO DO CEARÁ.



Fonte: Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil (CNES). IBGE, 2024

TABELA 3 - SÉRIE HISTÓRICA COM O QUANTITATIVO DE EQUIPES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE, 2010-2020- CEARÁ.

TIPOS DE EQUIPES DE SAÚDE	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Equipe de Saúde da Família	1.885	1.935	1.980	2.246	2.377	2.479	2.401	2.625	2.448	2.613	2.805
Equipe de Saúde da Família Quilombola/Assentados	216	214	229	249	283	286	268	282	280	299	-
Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena	11	9	13	13	12	11	11	11	13	12	20
Equipe de Agentes Comunitários de Saúde	195	207	240	116	101	78	183	98	159	111	4
Equipe de Atenção Primária Prisional	12	12	12	15	16	13	15	15	20	22	22
Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica	136	148	164	189	219	239	229	262	290	296	296

Fonte: Ministério da Saúde – Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil (CNES). IBGE, 2024

Para melhor compreensão e análise da série histórica, optamos por manter os dois formatos: gráfico e tabela. Esta opção justifica-se pelo quantitativo de dados e tipos de equipes de saúde existentes no País.

Verifica-se um número ascendente de implantação de equipes de Saúde da Família no estado do Ceará no período analisado. O incentivo e a ampliação de novas equipes, nos territórios brasileiros e, em especial, nos municípios cearenses, contribui para o acesso das populações aos serviços primários e devem propiciar um cuidado longitudinal a essas populações, no que tange aos agravos à saúde que merecem de um cuidado integral e contínuo.

Observamos, ainda, uma ampliação de equipes de Saúde da Família Quilombola/ Assentados, mesmo não tendo sido observado implantação no último ano analisado.

Iniciativas de ampliação, implementação e qualificação das equipes de APS no estado são de suma importância na garantia dos direitos à saúde e acesso aos serviços de saúde no âmbito do SUS. Portanto, investir na ampliação de novas equipes de saúde é significativo para contribuir no cuidado às pessoas.





4.4 COBERTURA DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA ESF NO BRASIL

Para melhor cuidar dos brasileiros, em especial dos cearenses, a APS conta com a atuação de profissionais e trabalhadores de saúde. Esta sessão é dedicada à série histórica da distribuição desses profissionais e trabalhadores no Brasil e no Ceará.





TABELA 4 - SÉRIE HISTÓRICA COM A DISTRIBUIÇÃO DE AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE, 2010 - 2020, BRASIL.

DISTRIBUIÇÃO DE ACS POR REGIÃO	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Norte	32.745	32.785	33.689	33.708	34.305	33.669	33.586	32.821	32.988	33.188	33.496
Nordeste	105.316	106.001	107.7151	108.155	108.350	107.603	107.758	107.824	107.505	107.816	108.571
Sudeste	78.286	81.747	85.995	85.849	88.475	87.761	88.374	88.341	89.551	88.790	90.290
Sul	34.096	34.100	35.230	35.437	36.301	36.508	36.510	35.538	35.061	34.278	34.535
Centro Oeste	20.366	20.617	20.779	20.991	20.908	20.195	20.328	20.343	20.465	20.124	20.172
TOTAL	270.809	275.250	283.408	284.140	288.390	285.736	286.556	284.867	285.570	284.196	287.064

Fonte: Ministério da Saúde – Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil (CNES).

O ACS vincula-se e possui uma relação muito próxima com as famílias, possuem um modo peculiar de conviver nas comunidades, constroem vínculos com os usuários e suas famílias por meio da escuta, do acolhimento e da alteridade. A prática desenvolvida por eles se inscreve nas suas práticas profissionais cotidianas, na assistência dispensada e no acompanhamento aos usuários e famílias nas suas mais prementes dores e sofrimentos (Arruda, 2009).

O advento do ACS no Brasil e, posteriormente do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) foram movidos pelas discussões da Reforma Sanitária Brasileira e pela experiência desenvolvida no Estado do Ceará, tendo à frente Dr. Carlile Lavor (médico sanitário) e Míria Lavor (assistente social) em meados de 1986. O Ministério da Saúde expandiu e implementou no Brasil em 1991 o Programa de Agentes Comunitários de Saúde-PACS (Bachili; Scavassa; Spiri, 2008; Arruda, 2007; Viana; Poz, 2005).

Devido ao grande impacto produzido pelo PACS na saúde brasileira no que tange ao eixo da promoção à saúde e prevenção de doenças, aprimoramento e consolidação do SUS, reorientação das práticas assistenciais em espaços locais, bem como a emergência de ampliar o “enfoque na família e não no indivíduo dentro das práticas de saúde” (Viana; Poz, 2005, p. 230), instituiu-se em 1994, no Brasil, o Programa Saúde da Família (PSF). O PSF foi implantado como uma importante estratégia que veio a se agregar e somar ao trabalho do ACS outrora já em desenvolvimento no PACS.

Sob a égide do trabalho desenvolvido e da sua relação horizontal com a comunidade em que atua, o ACS é visto por ela como um profissional de saúde capaz de modificar cenários, transformar realidades, além de ser mediador de informações e/ou orientações de vigilância à saúde (Arruda, 2007).

O fato de que o trabalho desenvolvido pelo ACS na comunidade é, grosso modo, balizado por quatro verbos:

identificar, encaminhar, orientar e acompanhar (Brasil, 2000), o que contribui, sobremaneira, para a importância do seu trabalho junto às equipes da ESF.

Dando continuidade, veremos a seguir uma série histórica com a distribuição dos demais profissionais da ESF, o que está descrito na Tabela 05.

A expansão e a qualificação da APS, organizadas pela ESF, compõem parte do conjunto de prioridades políticas do Ministério da Saúde. Esta concepção supera a antiga proposição de caráter exclusivamente centrado na doença, desenvolvendo-se por meio de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipes, dirigidas às populações de territórios delimitados, pelos quais assumem responsabilidade (Brasil, 2007). Daí a importância da ampliação e contratação, na forma de concursos públicos, de profissionais da saúde a fim de contribuir para que essa expansão e qualificação atinja a comunidade.



TABELA 5 - SÉRIE HISTÓRICA COM A DISTRIBUIÇÃO DE PROFISSIONAIS DA ESF NO BRASIL, NORDESTE, CEARÁ, PERÍODO 2010-2020.

OCUPAÇÕES	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA BRASIL											
Agente Comunitário de Saúde	270809	275250	283408	284140	288339	285736	286556	284867	285570	284196	287064
Auxiliar/ Técnico de enfermagem	55055	56969	59443	61712	65608	67980	69288	71706	78847	76913	82713
Enfermeiro	40414	41133	42495	43738	46449	47322	48298	49488	51382	52387	56319
Médico	36472	36337	38041	41511	45802	46022	47250	49738	48880	50314	54543
Cirurgião dentista	24335	25017	26080	26868	27707	28220	28491	29881	31130	32351	33369
TOTAL	427085	434706	449467	457969	473905	475280	479883	485680	491809	496161	514008



PROFISSIONAIS DA ESF NORDESTE

Agente Comunitário de Saúde	105316	106001	107715	108155	108350	107603	107758	107824	107505	107816	108571
Auxiliar/ Técnico de enfermagem	18682	18938	19454	20280	21537	22400	22642	23604	23887	24712	26191
Enfermeiro	15544	15625	15951	16261	17028	17297	17528	17824	18196	18521	19384
Médico	14552	13955	14181	15297	16251	16303	16242	16924	16221	17291	18069
Cirurgião dentista	11181	11322	11583	11841	12107	12286	12220	13004	13516	14087	14285
TOTAL	165275	165841	168884	171834	175273	175889	176390	179180	179325	182427	186500

PROFISSIONAIS DA ESF CEARÁ

Agente Comunitário de Saúde	15180	15101	15366	15551	15712	15504	15695	15808	15632	15610	15815
Auxiliar/Técnico de enfermagem	3292	3362	3446	3642	3845	4393	4423	4485	4408	4552	4975
Enfermeiro	2481	2478	2543	2710	2858	2957	3028	3077	3056	3161	3434
Médico	2377	2168	2176	2479	2695	2718	2682	2812	2537	2831	3087
Cirurgião dentista	1791	1764	1840	1895	1866	1894	1876	2021	2041	2158	2233
TOTAL	25121	24873	25371	26277	26976	27466	27704	28203	27674	28312	29544

Fonte: Ministério da Saúde – Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil (CNES).

Percebemos que nas três realidades descritas na Tabela 05, que o maior quantitativo é relativo aos profissionais de enfermagem, seguido dos médicos e cirurgiões dentistas. A enfermagem sempre ocupou esse lugar, sendo considerada a categoria profissional mais presente na equipe de saúde da família, ocupando, dentre outras funções, conforme assinala Galavote *et al.* (2016) atividades administrativo-burocráticas e, corroborando com Matumoto *et al.* (2011 *apud* Galavote *et al.*, 2016) na APS, o trabalho deste profissional está voltado para a produção do cuidado e gestão do processo terapêutico e, ainda, desenvolve atividades de gerenciamento do serviço de saúde e da equipe de enfermagem.

No que tange à Saúde Bucal, observamos que existe um número reduzido de profissionais cirurgiões-dentistas no Brasil, no Nordeste e no Ceará em comparação aos demais outros profissionais que atuam na ESF. Além



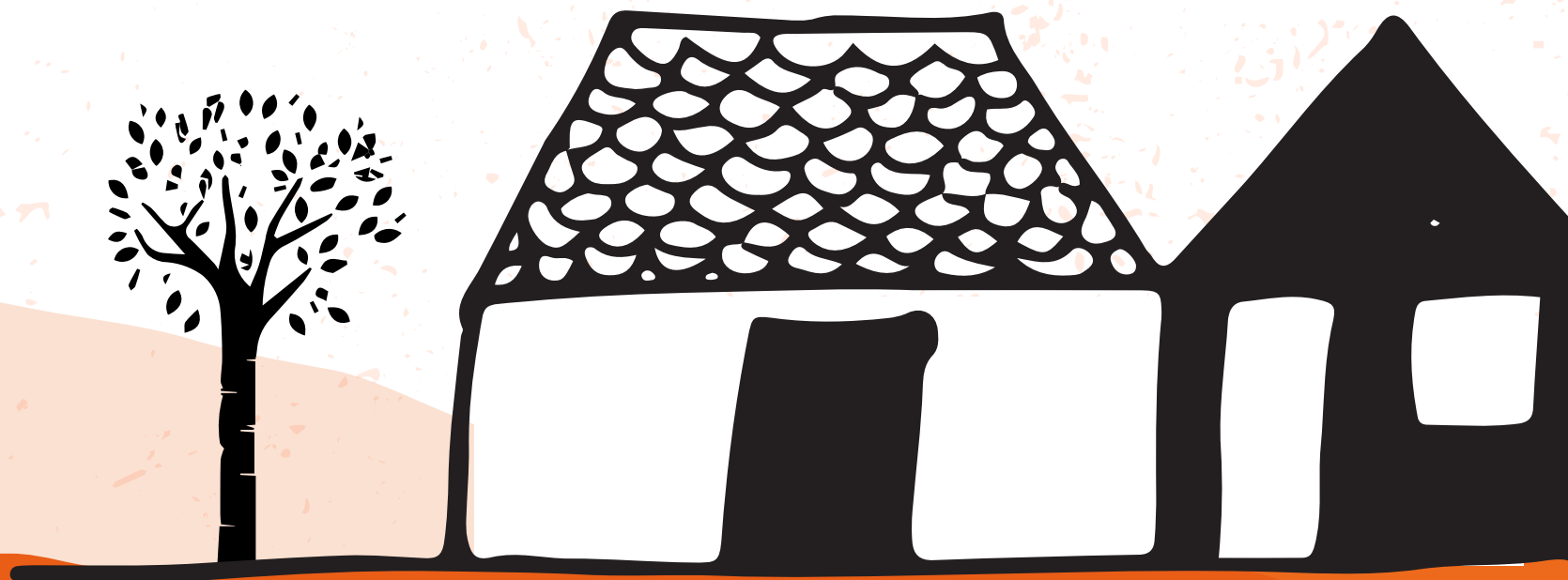
disso, uma informação importante sobre a atuação desses profissionais na ESF pode ser vista no estudo de Reis, Scherer e Carcereri (2015), quando assinalam que este profissional ainda é solitário na Unidade Básica de Saúde, como também que o processo de trabalho permanece centrado nele. Estes mesmos autores ainda advertem que, por conta disso, o trabalho em equipe não é fortalecido e restringe a efetividade das ações de promoção à saúde.

Já a medicina, categoria profissional que também compõe as equipes de saúde da família, é importante ressaltar acerca das carências e da má distribuição deste profissional, nos serviços de saúde em distintos países e, em especial, no Brasil. Girardi *et al.* (2011), relatam que essas

desigualdades no acesso aos serviços de saúde ocasionados por esses motivos carência e má distribuição geográfica e social, muito especialmente médicos, têm sido apontadas como um problema grave. Ainda admitem que este problema persiste ao longo do tempo e que resistente às mais variadas estratégias adotadas para o seu enfrentamento. Tal situação, na maioria das vezes, ocorre em regiões geográficas mais isoladas e remotas e os segmentos mais pobres e desprotegidos das populações são mais vulneráveis à insegurança assistencial acarretada pela falta ou escassez de profissionais de saúde.

É sabido o quanto a ESF avançou no que tange ao acesso aos serviços de saúde, ampliando a ofertas das ações para as populações do País. Os profissionais de saúde

são sujeitos importantes para a construção de vínculos entre os serviços e as comunidades por meio da ESF. Assim sendo, quanto mais se investir na contratação desses profissionais de forma justa e ética, mais teremos uma ESF fortalecida e que propicia um cuidado integral, longitudinal e de qualidade para os brasileiros e as brasileiras, para os cearenses e as cearenses.





4.5 DADOS DE MORBIMORTALIDADE E VIGILÂNCIAS NO ESTADO DO CEARÁ.

Nesta sessão descrevemos alguns dados sobre morbimortalidade e vigilância à saúde específicos do Ceará, em diálogo com a Região Nordeste e o Brasil de forma integrada. Muitas mudanças no perfil de morbimortalidade vêm acontecendo no mundo, como a queda das doenças infecciosas e parasitárias, ascensão das doenças crônico-degenerativas e mortes causadas pelas doenças cardiovasculares (Araújo, 2012).

Devido a estas transformações nos perfis de morbidade e de mortalidade, em especial, nos países em desenvolvimento (no caso do Brasil), é importante um investimento no que tange ao registro, o monitoramento e a avaliação desses indicadores, a fim de propor estratégias e ações que possam contribuir para o enfrentamento desses agravos e mortes na população cearense.

4.5.1 MORTALIDADE INFANTIL

Cuidar bem das crianças do nosso país e, em especial, do Ceará é uma prioridade dos pais e mães, profissionais e trabalhadores da saúde, gestores municipais e estaduais, prefeitos, governadores, presidente da República e toda a sociedade civil.

Não se pode aventar a possibilidade de uma criança ir à óbito antes de completar um ano de idade. Na verdade, nenhuma criança deveria morrer, já que temos um sistema público de saúde que é universal, integral e equânime, com mais de 2.800 equipes de saúde espalhadas nos mais longínquos territórios cearenses.

Os dados a seguir mostram uma série histórica da Mortalidade Infantil, apontando alguns indicadores de interesse para análise.



TABELA 6 - NÚMERO DE ÓBITOS INFANTIS POR FAIXA ETÁRIA AO LONGO DOS ANOS DE 2010 A 2019, ESTADO DO CEARÁ.

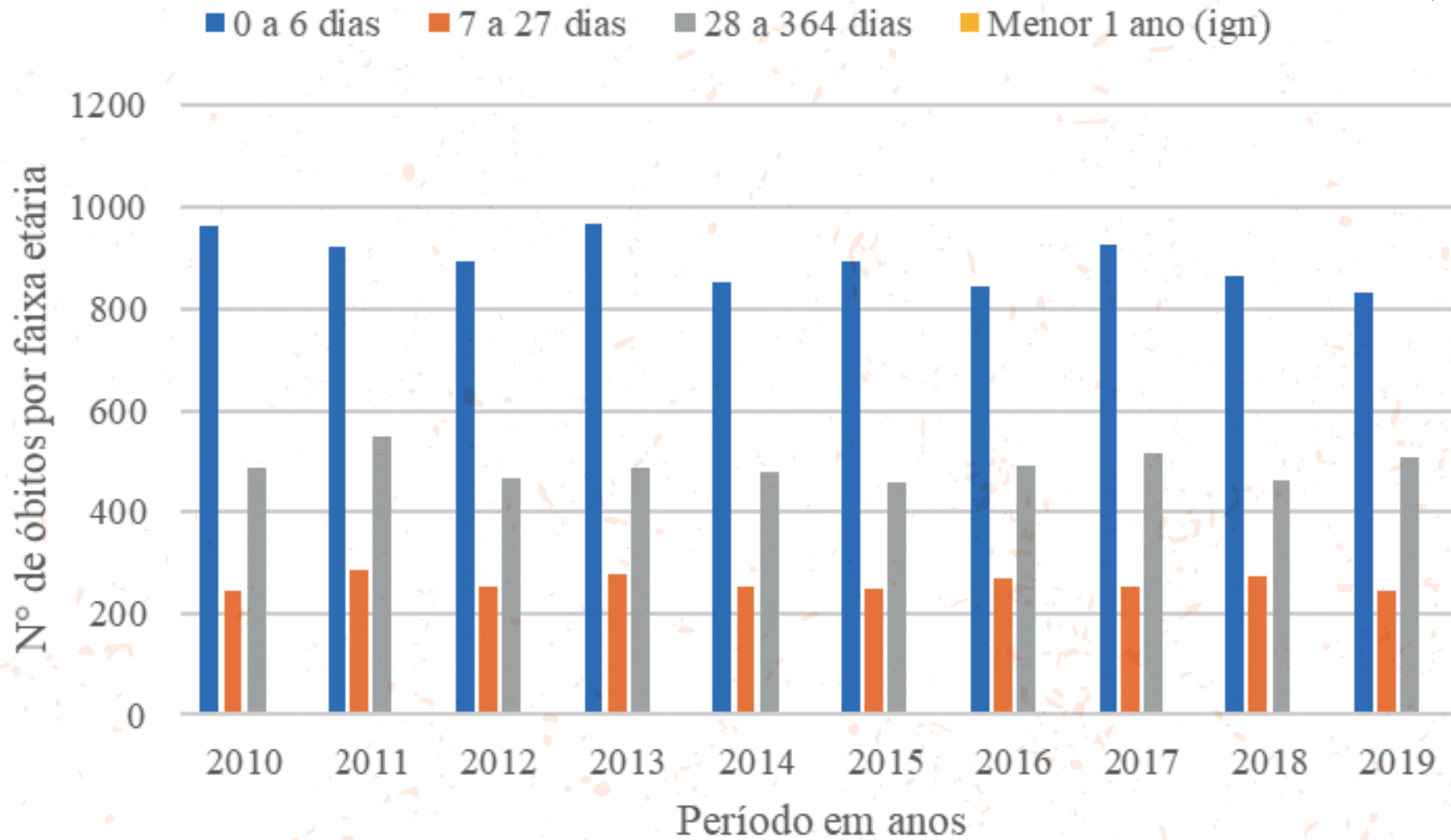
TEMPO DE VIDA (DIAS)	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	TOTAL
00 a 06	961	921	892	969	852	894	843	925	863	834	8954
07 a 27	245	282	252	274	251	249	266	250	271	243	2583
28 a 364	484	547	465	483	478	455	487	512	460	503	4874
< 365 (ign)	1	-	-	-	-	-	-	1	-	-	2
TOTAL	1691	1750	1609	1726	1581	1598	1596	1688	1594	1580	16413

Fonte: Portal da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), acesso em 28 de outubro de 2021.





FIGURA 7 - NÚMERO DE ÓBITOS INFANTIS POR FAIXA ETÁRIA AO LONGO DOS ANOS 2010 A 2019, ESTADO DO CEARÁ.



Fonte: Portal da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), acesso em 28 de outubro de 2021. IBGE, 2024

O que vemos na tabela 06 e figura 07 são óbitos infantis ocorridos no período de 2009 a 2019, por tipo.

☛ a) Mortalidade Neonatal Precoce – são óbitos ocorridos em crianças de 0 a 6 dias de vida completos. Este coeficiente estima o risco de um nascido vivo morrer durante a primeira semana de vida. Além disso, reflete de maneira geral, as condições socioeconômicas e de saúde da mãe, bem como a inadequada assistência pré-natal, ao parto e ao recém-nascido;

☛ b) Mortalidade Neonatal Tardia – são óbitos infantis ocorridos entre 7 e 27 dias de vida completos. Este coeficiente também reflete, de maneira geral, as condições socioeconômicas e de saúde da mãe, bem como a inadequada assistência pré-natal, ao parto e ao recém-nascido;

☛ c) Mortalidade Pós-Neonatal – óbitos infantis que ocorrem entre 28 a 364 dias de vida completos e denota o desenvolvimento socioeconômico e a infraestrutura ambien-

tal, que condicionam a desnutrição infantil e as infecções a ela associadas. Ainda, é importante ressaltar que o acesso e a qualidade dos recursos disponíveis para atenção à saúde materno-infantil são também determinantes da mortalidade nesse grupo etário.

Observamos, neste período, que 54% (8.954) das crianças morreram no período neonatal precoce, ou seja, não completaram 7 dias de vida. As mortes neste período podem refletir, sobremaneira, as condições socioeconômicas e de saúde da mãe e, sugerem, ainda, uma inadequada assistência pré-natal, ao parto e ao recém-nascido.

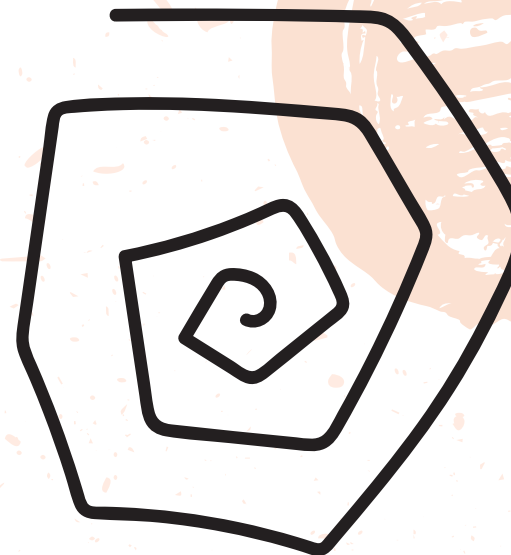
Notícia publicada no Correio Brasiliense em 07 de junho de 2021, aponta que:

[...] A TAXA DE POBREZA ERA DE 24,8%, AFETANDO 51,9 MILHÕES DE BRASILEIROS. CONSIDERANDO O VALOR MÉDIO DE R\$ 250 ESTABELECIDO PARA O AUXÍLIO EMERGENCIAL EM 2021, VEMOS QUE A TAXA DE EXTREMA POBREZA ESSE ANO DEVERÁ SER DE 9,1% (19,3 MILHÕES DE PESSOAS) E A DE POBREZA DE 28,9% (61,1 MILHÕES DE PESSOAS) (HESSEL, 2021, PUBLICAÇÃO ONLINE).

Essas taxas podem refletir no crescente número de crianças que morrem antes do sétimo dia de vida, já que são condições que acometem parte significativa das famílias brasileiras.

Ao lado disso, faz-se necessário levar em consideração as condições assistências relativas ao pré-natal, parto e pós-parto, que também refletem no crescente aumento de mortes de crianças nesta faixa etária. É sabido que o pré-natal, se conduzido e acompanhado com qualidade, tem uma função fundamental para prevenir e/ou detectar precocemente doenças da mãe e da criança.

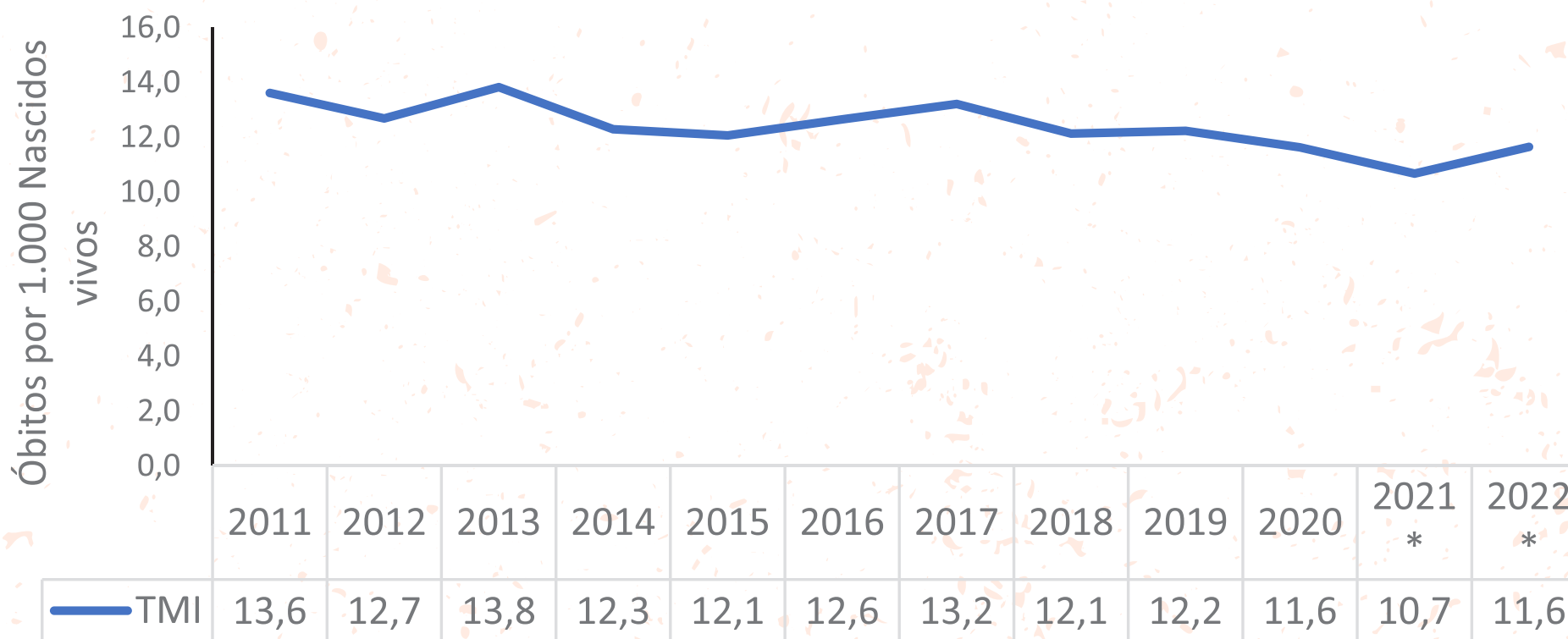
Estudo revela que a articulação da assistência pré-natal com outros serviços da rede de saúde evidenciou problemas, como por exemplo: o não atendimento, ou atendimento com dificuldade de 1/5 das gestantes de risco encaminhadas para serviços de referência, ou seja, o estudo ainda ressaltou que as mulheres com antecedentes negativos, de maior risco para novos desfechos negativos, foram as que relataram mais dificuldades no atendimento em serviços de referência (Viellas *et al.*, 2014).



A seguir, mais indicadores de morbimortalidade na infância:

FIGURA 8 - TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL, PERÍODO 2011 A 2022, ESTADO DO CEARÁ.

Nota: Dados de 2022 estão sujeitos a revisão, base dados gerada em 02/03/2023.



Fonte: DATASUS/SESA/SINASC - Sistema de Informação sobre Nascidos/ Sistema de informações sobre mortalidade - SIM. IBGE, 2024

O que vemos na figura 8 é uma discreta elevação na taxa de mortalidade infantil nos últimos anos. A taxa de mortalidade infantil é um indicador de saúde e de condições de vida importante para avaliar o quanto gestores públicos, nas três esferas de governo, cuidam das crianças, ou sejam, implementam políticas públicas na área da saúde materno-infantil.

Mesmo tendo havido uma tendência de diminuição desta taxa no Brasil, como mostra o estudo de Victora *et al.*, (2011, p. 1863) que descreve que “Nas últimas três décadas, as taxas de mortalidade infantil reduziram substancialmente, diminuindo 5,5% ao ano nas décadas de 1980 e 1990, e 4,4% ao ano desde 2000, para atingir 20 mortes por 1000 nascidos vivos em 2008”, ainda há muito a pensar e agir para que possamos chegar a uma taxa de, pelo menos, um dígito relativa à mortalidade infantil, por meio da comunicação, informação e mobilização de toda a sociedade e de cada um de nós, cidadãos e cidadãs brasileiras.



TABELA 7 - TAXA DE MORTALIDADE DE MENORES DE 5 ANOS (POR MIL NASCIDOS VIVOS), BRASIL, NORDESTE E CEARÁ, 2009-2019.

REGIÃO	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	VARIAÇÃO 2009 - 2019
Brasil	17,36	16,38	15,92	15,65	15,60	14,95	14,28	14,89	14,41	14,17	14,43	-17%
Região Nordeste	19,88	18,38	17,81	17,38	17,81	16,73	16,01	16,80	16,27	15,68	15,81	-20%
Ceará	17,96	15,54	16,01	14,87	16,03	14,14	13,70	14,83	15,30	14,11	14,21	-21%

Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc) e Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).

O Brasil, nos últimos 10 anos, vem diminuindo a taxa de mortalidade infantil em menores de 5 anos. Nesse período, houve uma redução de 17% no que tange à mortalidade. O Estado do Ceará conseguiu reduzir a mortalidade, no período especificado, em 21%, isto é, acima do reduzido no Brasil e no Nordeste.

No que tange aos óbitos por causas evitáveis em menores de 5 anos (tabela 08), observamos que variações pequenas entre o aumento e o declínio desses números no Brasil, na região Nordeste e, em especial, no Ceará, o que significa que deve existir um maior esforço para que essas estatísticas tendenciem, apenas, para a sua diminuição.

As causas de mortes evitáveis ou reduzíveis são definidas, conforme assinala Malta *et al.* (2010, p. 174), “[...] como aquelas preveníveis, total ou parcialmente, por ações efetivas dos serviços de saúde que estejam acessíveis em um determinado local e época. [...]”, ou seja, traduzem o quão devem ser resolutivos e ágeis os serviços de saúde para garantir a manutenção da vida de crianças.

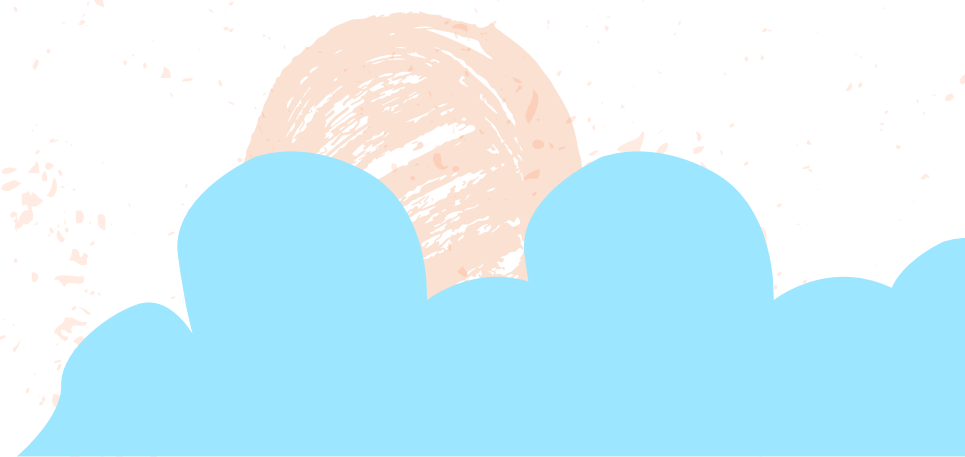


TABELA 8 - ÓBITOS POR CAUSAS EVITÁVEIS EM MENORES DE 5 ANOS, BRASIL, NORDESTE E CEARÁ, PERÍODO 2009 A 2019.

REGIÃO	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	TOTAL
Região Nordeste	17.198	15.463	15.159	14.468	14.628	13.935	13.548	13.373	13.297	13.120	12.735	156.924
Ceará	2.360	2.002	2.059	1.886	2.002	1.819	1.815	1.872	1.955	1.855	1.836	21.461
Brasil	50.033	46.877	46.375	45.465	45.303	44.537	43.096	42.562	42.141	41.733	41.115	489.237

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM

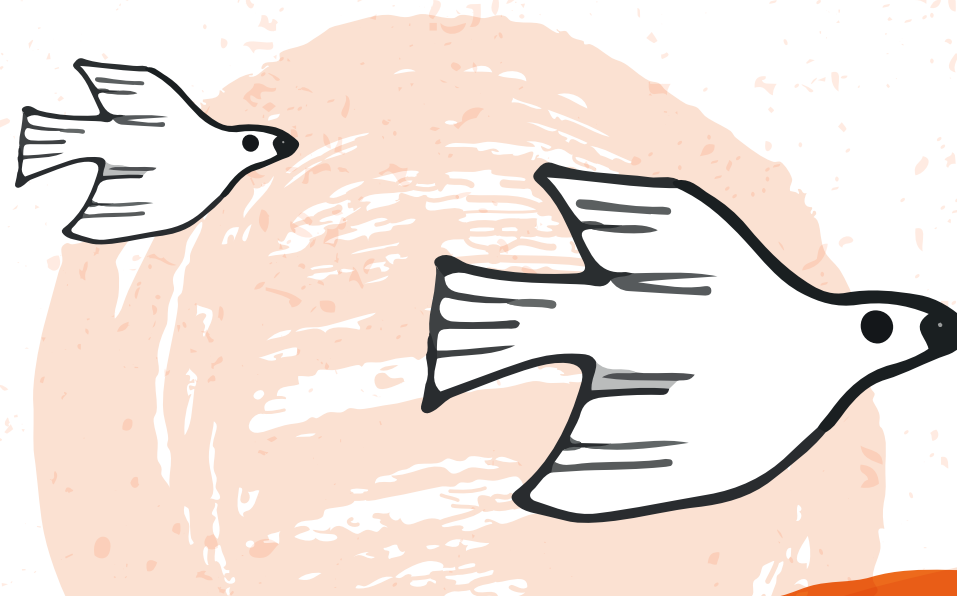


TABELA 9 – PROPORÇÃO DE MORTALIDADE INFANTIL SEGUNDO LOCAL DE OCORRÊNCIA, CEARÁ, JAN/2010 - DEZ/2020.

LOCAL DE OCORRÊNCIA	PROPORÇÃO DE MORTALIDADE
Hospitais e outros estabelecimentos de saúde	93,11
Domicílio	3,99
Via Pública	1,44
Outros	1,37
Ignorado	0,09

Fonte: Plataforma IntegraSUS. Secretaria da Saúde do Ceará. Indicadores da Vigilância em Saúde.

Observa-se, na tabela 09, que a maior proporção de mortes por local de ocorrência foi em ambiente hospitalar e outros estabelecimentos de saúde.

Para Travassos, Noronha e Martins (1999), no que tange as taxas de mortalidade hospitalar, estas devem ser consideradas uma ferramenta útil e factível para discriminar serviços e prestadores com desempenho diferenciado. Ainda, os autores acreditam que a sua utilização permite uma detecção precoce de problemas com a qualidade dos cuidados prestados, possibilitando que instituições sejam identificadas e processos de melhoria sejam instituídos para que questões de qualidade responsáveis pela ocorrência de óbitos passíveis de prevenção, sejam sanadas.

4.5.2 MORTES POR CAUSAS EXTERNAS – SUICÍDIOS


As mortes por causas externas incluem os homicídios, os acidentes de trânsito e o suicídio. Considerando a relação existente entre o suicídio e os elementos relacionados à saúde mental e que se evidenciam como importante questão nas populações do campo, água e floresta, neste relatório serão considerados os dados referentes a esta causa externa.

Ainda que os índices de suicídio são alarmantes e sinalizam importantes aspectos relacionados aos transtornos mentais em todo o mundo, estima-se que os números oficialmente registrados ainda estão aquém do número real de casos (Santos; Pires, 2021). Sobre isso, possuem grande influência as questões culturais, religiosas, legais, dentre outras, que interferem no modo como tais casos são reconhecidos e validados.

A tabela 10 mostra o número de casos de óbitos por suicídio no Brasil e nas regiões do país no período de 2009 a 2019.

TABELA 10 - ÓBITOS POR SUICÍDIO, BRASIL, 2009 A 2019.

REGIÃO/ UF	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	VARIAÇÃO PERCENTUAL
Norte	613	658	741	739	802	739	902	859	927	1009	1080	44%
Nordeste	2255	2309	2484	2539	2739	2585	2734	2926	3182	3232	3259	29%
Ceará	516	511	581	549	636	590	604	633	687	707	665	14%



REGIÃO/ UF	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	VARIAÇÃO PERCENTUAL
Sudeste	3855	4036	4282	4434	4292	4572	4611	4478	4901	4956	5186	20%
Sul	2351	2214	2223	2435	2435	2423	2583	2694	2964	3018	3268	25%
Centro-oeste	864	858	846	982	1019	1008	994	1098	1174	1228	1319	27%
Brasil	9938	10075	10576	11129	11305	11327	11824	12055	13148	13443	14112	25%

Fonte: Ministério da Saúde/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).

A variação nas taxas de suicídio nas diferentes regiões do mundo e nas tendências temporais refletem a interação entre uma gama de fatores, como os sociodemográficos, socioculturais e religiosos; níveis de desenvolvimento econômico, exposição à violência e uso de álcool e drogas; as escolhas e o acesso aos meios para cometer o suicídio; e padrões de doenças mentais assim como as relações culturais específicas com o suicídio (Naghavi; Global Burden of Disease Self-Harm Collaborators, 2019).

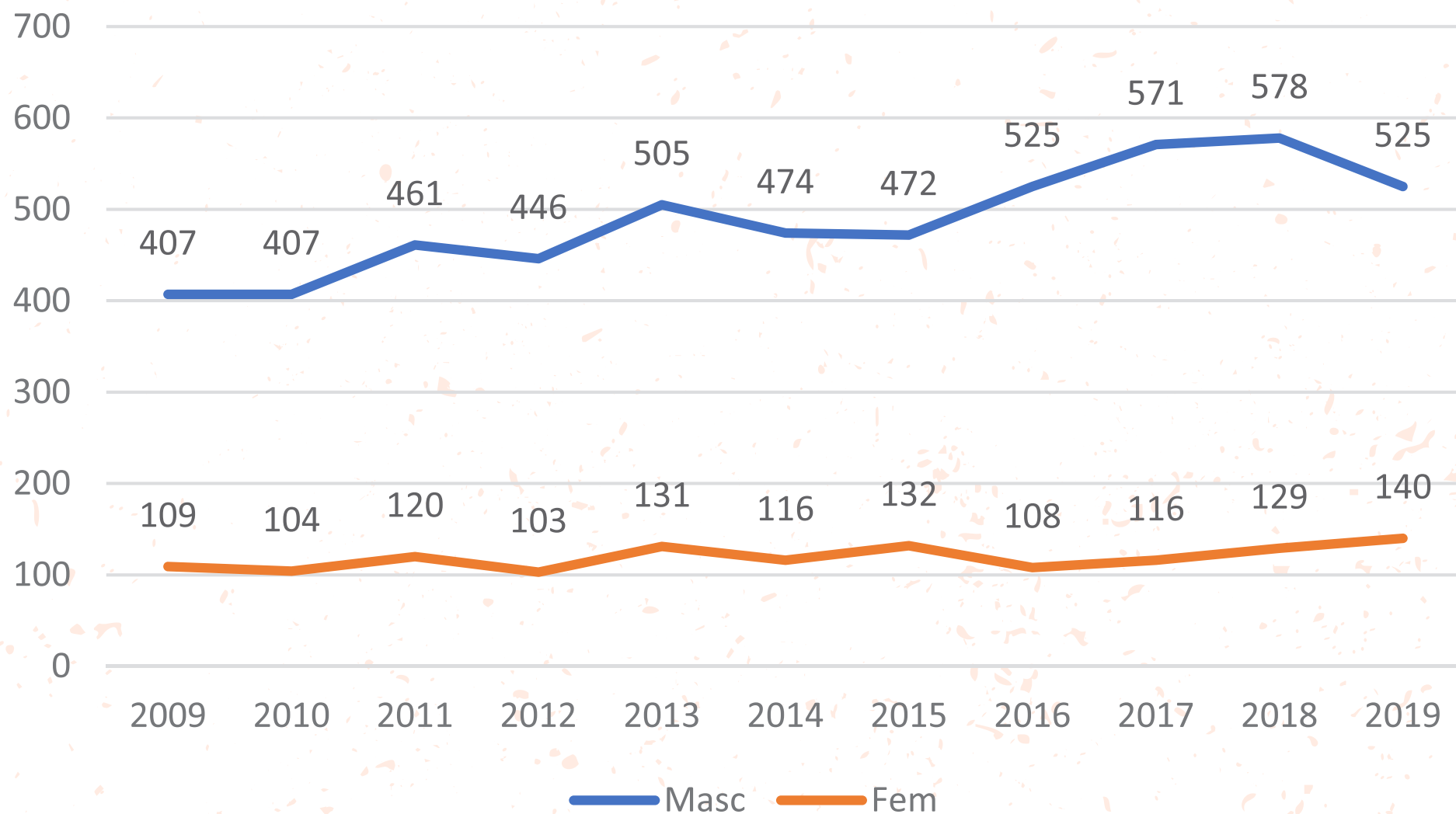
Com isso, observa-se diferenças consideráveis na ocorrência do suicídio por sexo, idade e ocupação de acordo com as vulnerabilidades a que cada um desses públicos estão sujeitos segundo suas características, conforme evidenciam os dados que serão descritos a seguir.

A figura 09 apresenta o gráfico da série temporal de 2009 a 2019 do número de óbitos no Ceará segundo o sexo. O número de casos de suicídio no Ceará acompanha a tendên-

cia nacional com a prevalência de casos entre os homens. Em todo o mundo, o suicídio entre homens adultos jovens e adultos mais velhos apresentam altas taxas se comparadas às mulheres adultas e de meia idade (Naghavi; Global Burden of Disease Self-Harm Collaborators, 2019). No Brasil, essas taxas seguem a tendência internacional com diferenças entre as taxas de suicídio nas diferentes regiões, com a redução dos suicídios entre idosos no Sul e aumento no Nordeste, aumento em adultos e pessoas negras no Centro-Oeste e entre jovens e indígenas no noroeste do Amazonas. A região Sul acumula as maiores taxas de suicídio do país (Palma; Santos; Ignotti, 2020).



FIGURA 9 - ÓBITOS POR SUICÍDIO NO CEARÁ SEGUNDO O SEXO, BRASIL, 2009 A 2019.



Fonte: Ministério da Saúde/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), 2021.

Para todos os casos, faz-se necessário o investimento em ações de promoção da saúde mental e prevenção de suicídio, através da mobilização de todos os pontos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) a fim de qualificar o cuidado oferecido bem como identificar precocemente os casos de ideação e tentativas de suicídio. Estão inclusos nesta rede de atenção as unidades básicas de saúde através das equipes do Saúde da Família (ESF), do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF), dos Consultórios de Rua e dos Centros de Convivência, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) nas suas diferentes modalidades, os serviços

especializados em saúde mental, os serviços de urgência e emergência como as Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e pronto socorro bem como os leitos psiquiátricos em hospital geral e demais serviços que integram junto a atenção em saúde (Brasil, 2011).

Estes serviços devem de modo articulado e a partir de equipes interprofissionais oferecer ações em todos os níveis da atenção, e que oportunizem a redução do estigma relacionado ao suicídio que, por vezes, influenciam no acesso dos indivíduos e famílias a atenção.

TABELA 11 - SUICÍDIOS POR OCUPAÇÕES TÍPICAMENTE DOS TERRITÓRIOS DO CAMPO, FLORESTA E ÁGUAS, CEARÁ, 2010 A 2020.

OCUPAÇÃO	TOTAL ENTRE 2010 - 2020	
	N	%
Caseiro (agricultura)	519	28,05%
Pescador artesanal de água doce	17	0,92%

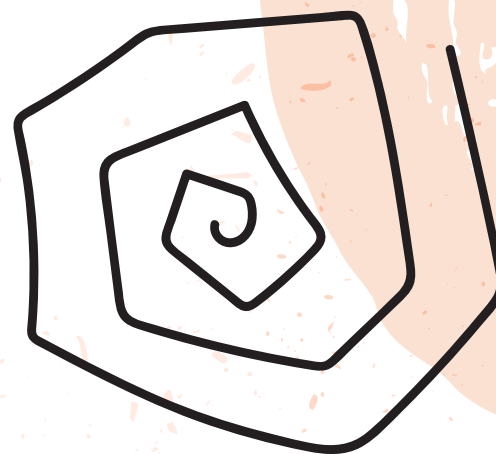


OCUPAÇÃO	TOTAL ENTRE 2010 - 2020	
	N	%
Pescador artesanal de lagosta	3	0,16%
Pescador artesanal de peixes e camarões	10	0,54%
Produtor agrícola polivalente	621	33,57%
Produtor agropecuário em geral	9	0,49%
Produtor de cereais de inverno	1	0,05%
Trabalhador agropecuário em geral	123	6,65%
Trabalhador da cultura de arroz	2	0,11%

OCUPAÇÃO	TOTAL ENTRE 2010 - 2020	
	N	%
Trabalhador da cultura de milho e sorgo	9	0,49%
Trabalhador da exploração de castanha	1	0,05%
Trabalhador da pecuária (bovinos leite)	1	0,05%
Trabalhador na olericultura	9	0,49%
Trabalhador volante da agricultura	523	28,27%
Tratorista agrícola	2	0,11%
TOTAL	1850	100%

Considerando o número de suicídios por ocupação tipicamente dos territórios do Campo, Floresta e Águas no Ceará no período de 2010 a 2020, evidencia-se a prevalência de casos entre o produtor agrícola polivalente, em 33,57% dos casos, seguido dos caseiros, em 28,05%, dos trabalhadores volantes da agricultura, em 28,27% e do trabalhador agropecuário em geral, em 6,65%.

Dentre os principais meios de suicídio no Brasil estão incluídas o enforcamento (laços), com 62% dos casos (66% nos homens e 47% nas mulheres), seguido de intoxicação exógena (envenenamento) com 18% dos casos (14% nos homens e 31% nas mulheres). Outras formas de suicídio (incluindo se jogar de lugar alto) representam 12% dos casos de homicídio. Arma de fogo foi o meio usado em 9% dos suicídios no Brasil (10% nos homens e 4% nas mulheres) (Brasil, 2017).



Uma vez que a intoxicação exógena é o segundo maior meio de suicídio no país, ações preventivas e de redução de acesso a pesticidas (talvez a principal forma de suicídio por envenenamento) e a armas de fogo podem contribuir para a redução de risco de suicídio (Santos; Pires, 2021).

Neste aspecto, faz-se essencial a atuação dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) para a promoção e prevenção no âmbito da saúde mental. Os CEREST têm a responsabilidade de intervir como articuladores das ações intra e intersetoriais em saúde do trabalhador em sua área de abrangência, tomando para si funções de assessoria técnica nas ações que visem à saúde dos trabalhadores e ao apoio matricial aos serviços da Rede de Atenção à Saúde no SUS (Cardoso; Araújo, 2016).

Buscar elaborar protocolos e instrumentos orientadores para a Rede de Atenção à Saúde (RAS) a fim de oportunizar ações mais efetivas no campo da promo-

ção da atenção integral a saúde do trabalhador é fundamental. Ressaltamos, em especial, a necessidade de qualificação do SUS, no âmbito da saúde mental, contribuindo para a redução do número de suicídio entre os trabalhadores nas diferentes ocupações, sejam elas formais ou informais.

Quando considerada a faixa etária e sexo entre os trabalhadores do Campo, Floresta e Águas, reconhece-se a prevalência de casos entre os homens na faixa etária compreendida entre 10 a 59 anos enquanto que entre as mulheres, a prevalência está entre a faixa etária de 30 a 69 anos, expondo que na mulher o suicídio tende a ocorrer de modo tardio dentre as faixas etárias se comparado com os homens.

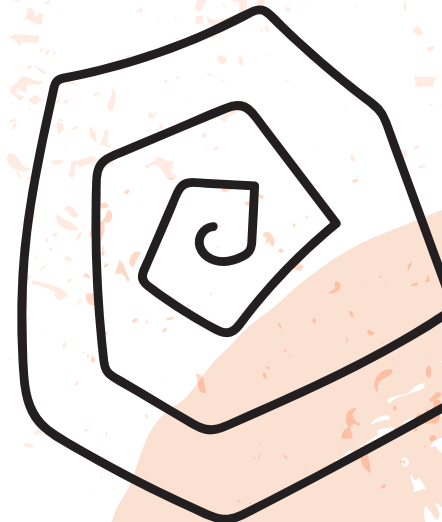



TABELA 12 - SUICÍDIOS POR FAIXA ETÁRIA E SEXO ENTRE TRABALHADORES DO CAMPO, FLORESTA E ÁGUAS, CEARÁ, 2010 A 2020.

FAIXA ETÁRIA	N MASCULINO	%	N FEMININO	%	TOTAL	%
14 a 19 anos	43	78,18%	12	21,82%	55	2,97%
20 a 29 anos	328	94,80%	18	5,20%	346	18,70%
30 a 39 anos	344	90,77%	35	9,23%	379	20,49%
40 a 49 anos	333	88,80%	42	11,20%	375	20,27%
50 a 59 anos	278	87,42%	40	12,58%	318	17,19%
60 a 69 anos	154	82,35%	33	17,65%	187	10,11%

FAIXA ETÁRIA	N MASCULINO	%	N FEMININO	%	TOTAL	%
70 a 79 anos	107	89,92%	12	10,08%	119	6,43%
80 anos ou mais	63	91,30%	6	8,70%	69	3,73%
Não informado	1	50,00%	1	50,00%	2	0,11%
TOTAL	1651	89,24%	199	10,76%	1850	100%

Fonte: IntegraSUS/Secretaria da Saúde do Ceará. Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).





É importante lembrar que tanto em homens como mulheres a maior parte dos casos estão incluídos no público ativo economicamente, o que possui impacto nas questões de vida e trabalho das famílias e comunidades de referência. Desse modo, pensar ações promotoras de saúde mental para esse público integradas à comunidade e famílias bem como nos ambientes de trabalho mostram-se como estratégicos para a prevenção do suicídio e valorização da vida.

4.5.3 INTOXICAÇÃO EXÓGENA

O ciclo de produção agrícola implica na exposição humana (ambiental, ocupacional e alimentar) aos agrotóxicos, que poderá contaminar os trabalhadores e população e provocar vários agravos à saúde e que deverão sofrer processo de vigilância à saúde, serem diagnosticados, tratados e notificados a partir dos municípios brasileiros (Pignati, 2014).

Abaixo, podemos verificar o número de notificações registradas no Sistema de Informação em Saúde – SINAN net, no período 2010 a 2020, relativos a este agravo.

TABELA 13 - INTOXICAÇÃO EXÓGENA - NOTIFICAÇÕES REGISTRADAS NO SINAN NET - CEARÁ - PERÍODO: 2010-2020.

AGENTE TÓXICO	NOTIFICAÇÕES POR AGENTE TÓXICO E ZONA RESIDÊNCIA				
	IGN/BRANCO	URBANA	RURAL	PERIURBANA	TOTAL
Ign/Branco	1676	3715	637	17	6045
Medicamento	260	8424	2002	78	10764
Agrotóxico agrícola	46	1176	818	4	2044
Agrotóxico doméstico	11	388	110	-	509

AGENTE TÓXICO	NOTIFICAÇÕES POR AGENTE TÓXICO E ZONA RESIDÊNCIA				
	IGN/BRANCO	URBANA	RURAL	PERIURBANA	TOTAL
Agrotóxico saúde pública	4	53	9	2	68
Raticida	25	1060	233	11	1329
Produto veterinário	20	259	123	3	405
Produto uso domiciliar	21	945	179	9	1154
Cosmético	12	212	40	1	265
Produto químico	25	655	95	5	780

AGENTE TÓXICO	NOTIFICAÇÕES POR AGENTE TÓXICO E ZONA RESIDÊNCIA				
	IGN/BRANCO	URBANA	RURAL	PERIURBANA	TOTAL
Metal	-	42	4	-	46
Drogas de abuso	223	1612	49	2	1886
Planta tóxica	-	98	24	-	122
Alimento e bebida	216	1473	339	26	2054
Outro	23	356	105	6	490
TOTAL	2562	20468	4767	164	27961

Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net.

Em relação às notificações de intoxicação por agrotóxicos no Sinan, estas só passaram a ser compulsórias em janeiro de 2011 (Teixeira *et al.*, 2014). Na zona rural do Ceará já é considerado o segundo agente mais notificado pelo Sinan depois dos medicamentos o que reforça a importância de seu papel na geração das intoxicações agudas. As intoxicações agudas tendem a ser as mais diagnosticadas, por conta do rápido aparecimento dos sintomas, em detrimento das subagudas (causadas por exposição pequena ou moderada a produtos alta ou medianamente tóxicos) e crônicas (cujonexo causal é difícil de estabelecer, uma vez que seu surgimento é tardio e podem causar danos irreversíveis, incluindo paralisias e vários tipos de câncer).

Constata-se uma multiplicidade de exposições, sistemáticas e de longo prazo, com episódios agudos de intoxicação por um dos grupos específicos. Para as próximas décadas, o grande desafio à toxicologia será a avaliação diagnóstica de indivíduos submetidos a múltiplas exposições por agrotóxicos no decorrer de muitos anos. Igualmente necessário é sensibilizar os profissionais e gestores da Saúde para a importância do registro fidedigno das ocorrências de intoxicação por agrotóxicos e a necessidade de alimentação adequada dos sistemas de informações vigentes no Brasil. A subnotificação gera incompletude das informações e dificulta o planejamento de políticas de ação (Teixeira *et al.*, 2014).

4.5.4 LEISHMANIOSE TEGUMENTAR AMERICANA E LEISHMANIOSE VISCERAL

A leishmaniose coloca-se como importante problema em saúde pública e integra o grupo de doenças tropicais negligenciadas, estando associada com precárias condições de vida e de iniquidades em saúde em todo o mundo (WHO, 2018). Nesse sentido, o conhecimento dos indicadores epidemiológicos relacionados ao perfil socioeconômico da população reforça a necessidade de monitoramento contínuo de áreas endêmicas ou de transição para fins de prevenção e diminuição da morbidade e mortalidade advindas desse agravo (Guimaraes *et al.*, 2020).

De acordo com as manifestações clínicas, as leishmanioses podem ser classificadas como leishmaniose tegumentar (LT) ou visceral (LV), sendo que a primeira inclui as formas cutâneas, mucocutâneas e difusa, caracterizando-se predominantemente pela apresentação de lesões cutâneas enquanto a segunda acomete órgãos como fígado e baço, e constitui-se na forma mais severa destas doenças, com elevada letalidade quando não tratada (Galvis *et al.*, 2020).

O Brasil faz parte do grupo de 10 países onde ocorrem mais de 70% dos casos, caracterizando-se como região endêmica. A região Nordeste junto com a região Norte apresenta a maior parte dos casos de LT no Brasil, o que demanda ações efetivas e sensíveis aos processos sociais específicos, como o trabalho, a ecossistemas, à ocupação espacial e ao uso do solo (Lima; Holanda, 2020). A Tabela 14 evidencia os casos confirmados notificados de Leishmaniose Tegumentar Americana no Ceará durante o período de 2010 a 2019.

Apesar de um decréscimo identificado a partir de 2010, ainda assim verifica-se o predomínio de casos rurais na série histórica o que aponta a característica rural do agravo. O padrão epidemiológico da LTA mostrava-se como silvestre, principalmente em áreas de vegetação primária. Nos anos recentes, notam-se novos padrões relacionados aos aspectos ocupacionais e de lazer, associado a modificação do meio ambiente pelo homem bem como o rural e periurbano, relacionado ao processo migratório e de ocupação das matas secundárias e residuais (Lima; Holanda, 2020).



TABELA 14 - LEISHMANIOSE TEGUMENTAR AMERICANA - CASOS CONFIRMADOS NOTIFICADOS NO SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO - CEARÁ - PERÍODO:2010-2019.



ANO DA NOTIFICAÇÃO	CASOS CONFIRMADOS POR ANO NOTIFICAÇÃO E ZONA DE RESIDÊNCIA				
	IGN/BRANCO	URBANA	RURAL	PERIURBANA	TOTAL
2010	40	255	764	9	1068
2011	19	251	573	12	855
2012	33	273	663	9	978
2013	34	169	336	11	550
2014	33	193	341	2	569

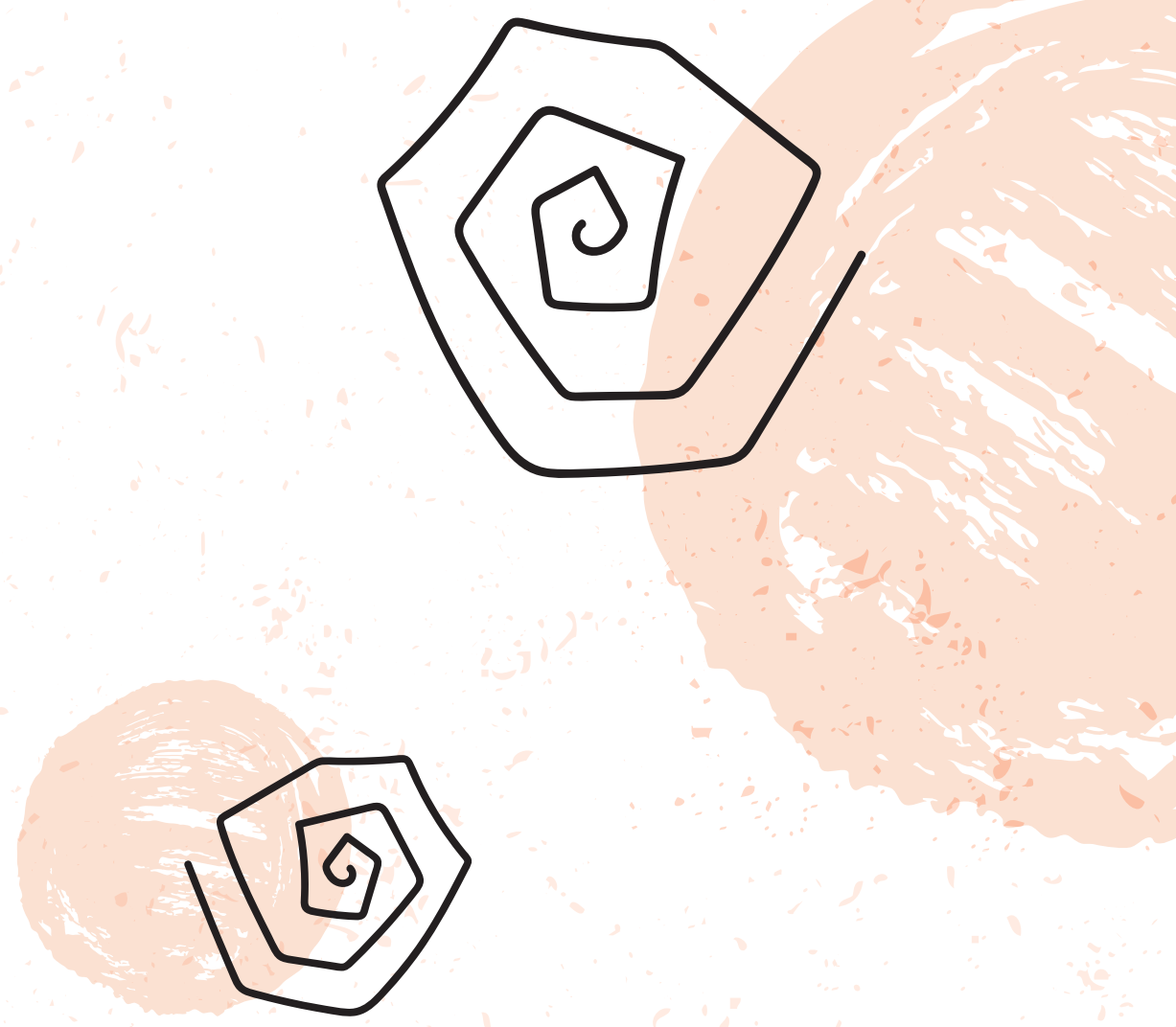
ANO DA NOTIFICAÇÃO	CASOS CONFIRMADOS POR ANO NOTIFICAÇÃO E ZONA DE RESIDÊNCIA				
	IGN/BRANCO	URBANA	RURAL	PERIURBANA	TOTAL
2015	41	227	317	5	590
2016	15	198	193	2	408
2017	25	169	204	2	400
2018	9	157	216	3	385
2019	10	195	303	5	513
TOTAL	259	2087	3910	60	6316

Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net.

Percebe-se a redução de taxa da incidência no decorrer dos anos, acompanhando a tendência no Nordeste de redução durante o período de 2007 para 2018. No entanto, na região Nordeste o Ceará encontra-se entre os três estados com maior taxa de incidência junto com o Maranhão e a Bahia. Se consideradas as capitais com maior taxa de incidência para o período de 2007 a 2018, o estudo de Lima e Holanda (2020) sinaliza que Fortaleza junto com Teresina e São Luís está dentre as três capitais nordestinas com maior número de casos.

No Ceará, os dois climas são o semiárido e o tropical, sendo a LTA mais prevalente nas regiões tropicais localizadas no norte do estado e em regiões próximas ao litoral. Apesar do número de casos, vale salientar que é alta a taxa de subnotificação de LTA além da frágil qualidade das informações sobre os casos presentes nas fichas de notificação.

A Leishmaniose Visceral (LV), também conhecida como calazar, é uma doença caracterizada por febre irregular de intensidade média e longa duração associada a esplenomegalia, hepatomegalia e acompanhada por anemia, trombocitopenia, hipergamaglobulinemia e hipoalbuminemia, o que pode gerar debilidade progressiva que contribui para o óbito caso não haja acesso oportuno ao tratamento específico (Silveira; Oliveira, 2020).



No Ceará, os casos confirmados notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação de LV durante o período de 1975 até 2019 são apresentados na Tabela 15.

TABELA 15 - LEISHMANIOSE VISCERAL - CASOS CONFIRMADOS NOTIFICADOS NO SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO - CEARÁ - PERÍODO:1975-2019.

CASOS CONFIRMADOS POR ANO DO 1º SINTOMA(S) E ZONA DE RESIDÊNCIA					
ANO 1º SINTOMA(S)	ING./BRANCO	URBANA	RURAL	PERIURBANA	TOTAL
<1975	-	-	2	-	2
1997	-	1	-	-	1
2005	-	-	1	-	1
2006	-	1	-	-	1

CASOS CONFIRMADOS POR ANO DO 1º SINTOMA(S) E ZONA DE RESIDÊNCIA

ANO 1º SINTOMA(S)	ING./BRANCO	URBANA	RURAL	PERIURBANA	TOTAL
2008	-	1	1	-	2
2009	1	44	12	-	57
2010	11	441	75	4	531
2011	15	473	120	7	615
2012	8	300	80	4	392
2013	7	400	107	5	519



CASOS CONFIRMADOS POR ANO DO 1º SINTOMA(S) E ZONA DE RESIDÊNCIA

ANO 1º SINTOMA(S)	ING./BRANCO	URBANA	RURAL	PERIURBANA	TOTAL
2014	10	415	147	7	579
2015	14	339	147	6	506
2016	13	253	84	3	353
2017	6	266	133	3	408
2018	20	222	118	5	365
2019	8	180	106	4	298
TOTAL	113	3336	1133	48	4630

Diferentemente dos casos de LTA, a LV mostra um padrão com o predomínio de casos urbanos. As mudanças no perfil epidemiológico da LV se refletem na extensa urbanização das cidades, o que denota a mudança no status de doença rural identificado. Alguns dos possíveis fatores envolvidos no processo de urbanização da LV estão as modificações ambientais causadas pela ação humana, os movimentos migratórios e a ocupação urbana não planejada junto com a ausência de saneamento básico (Silveira; Oliveira, 2020).

Como a LTA, as regiões Norte e Nordeste respondem por o maior número de casos no período de 2010 a 2019, estando o Ceará como o 10º estado no Brasil com maior número de casos (Cruz; Cardoso; Almeida, 2020; Lima *et al.*, 2021).

Outro fator importante é a concentração de animais domésticos como cães, possuidores de capacidade hospedeira para o vetor no contexto urbano. Nesse sentido, faz-se importante delimitar ações efetivas de vigilância sanitária e ambiental a fim de promover a detecção precoce de casos de leishmaniose visceral canina bem como o monitoramento epidemiológico para possibilitar o planejamento e desenvolvimento de ações para o seu controle. Outro aspecto importante diz respeito ao diagnóstico e tratamento precoce e melhores práticas sanitárias para enfrentamento deste agravo (Lima *et al.*, 2021).



4.5.5 MORTALIDADE MATERNA

O acompanhamento dos indicadores de morte é uma estratégia recomendada pelos órgãos de controle, a fim de acompanhar, monitorar e avaliar as causas de óbitos mais frequentes nas populações, bem como planejar ações e programas nas esferas de gestão em saúde no SUS.

Para início de análise, cabe-nos ressaltar e enfatizar a Razão de Mortalidade Materna (RMM), que é calculada a partir da relação entre o número de óbitos maternos, a quantidade de nascidos vivos durante o ano em determinado espaço geográfico, multiplicado por 100 mil. Sobre este indicador, temos no Ceará:

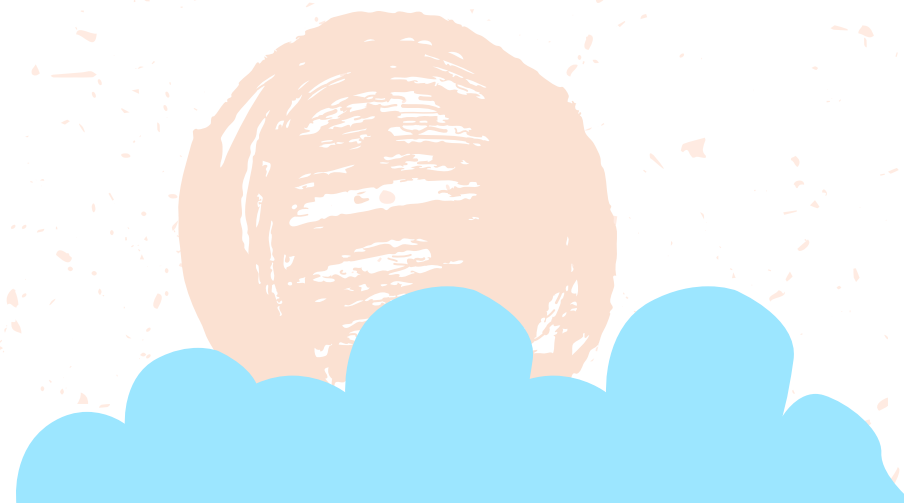
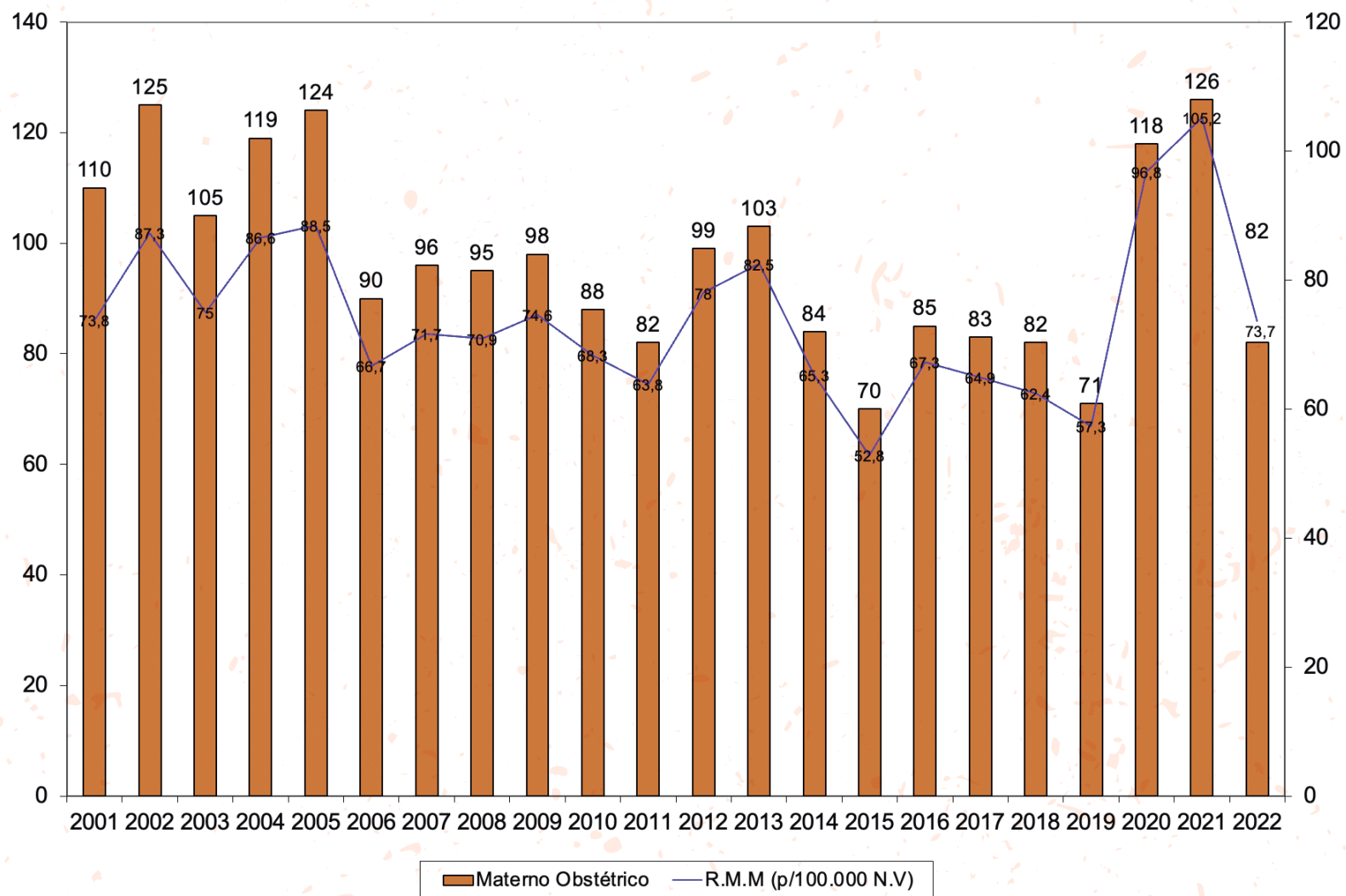


FIGURA 10 – RAZÃO DE MORTALIDADE MATERNA NO CEARÁ, BRASIL, 2001 A 2022.



Fonte: Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos – SINASC/
Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM/Módulo Federal,
2022. IBGE, 2024

Observa-se que a RMM oscila no decorrer dos anos. Houve um aumento considerável nos anos de 2020 e 2021, possivelmente, causado pela pandemia de COVID-19. Neste período, o acompanhamento à gestante na APS ficou prejudicado, uma vez que o grande investimento foi na assistência hospitalar. Ao lado disso, esse gráfico nos alerta para a importância de termos uma Rede de Atenção à Saúde Materna-Infantil consolidada e que possa garantir um

cuidado e assistência com qualidade às gestantes.

4.5.6 MORTALIDADE GERAL

A seguir, alguns dados relativos à série histórica de óbitos ocorridos no Ceará, no período de 2010 – 2019, por causa, sexo e ano, conforme descrito nas tabelas 16 e 17.

TABELA 16 - MORTALIDADE - CEARÁ - PERÍODO: 2010-2019.

CAUSA - CID-BR-10	ÓBITOS P/RESIDÊNCIA POR CAUSA - CID-BR-10 E ANO DO ÓBITO										
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	TOTAL
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	1673	1947	1886	2012	1877	2116	2154	2525	2265	2375	20830
Neoplasias	6996	7125	7545	7747	7870	8397	8751	9162	9386	9748	82727

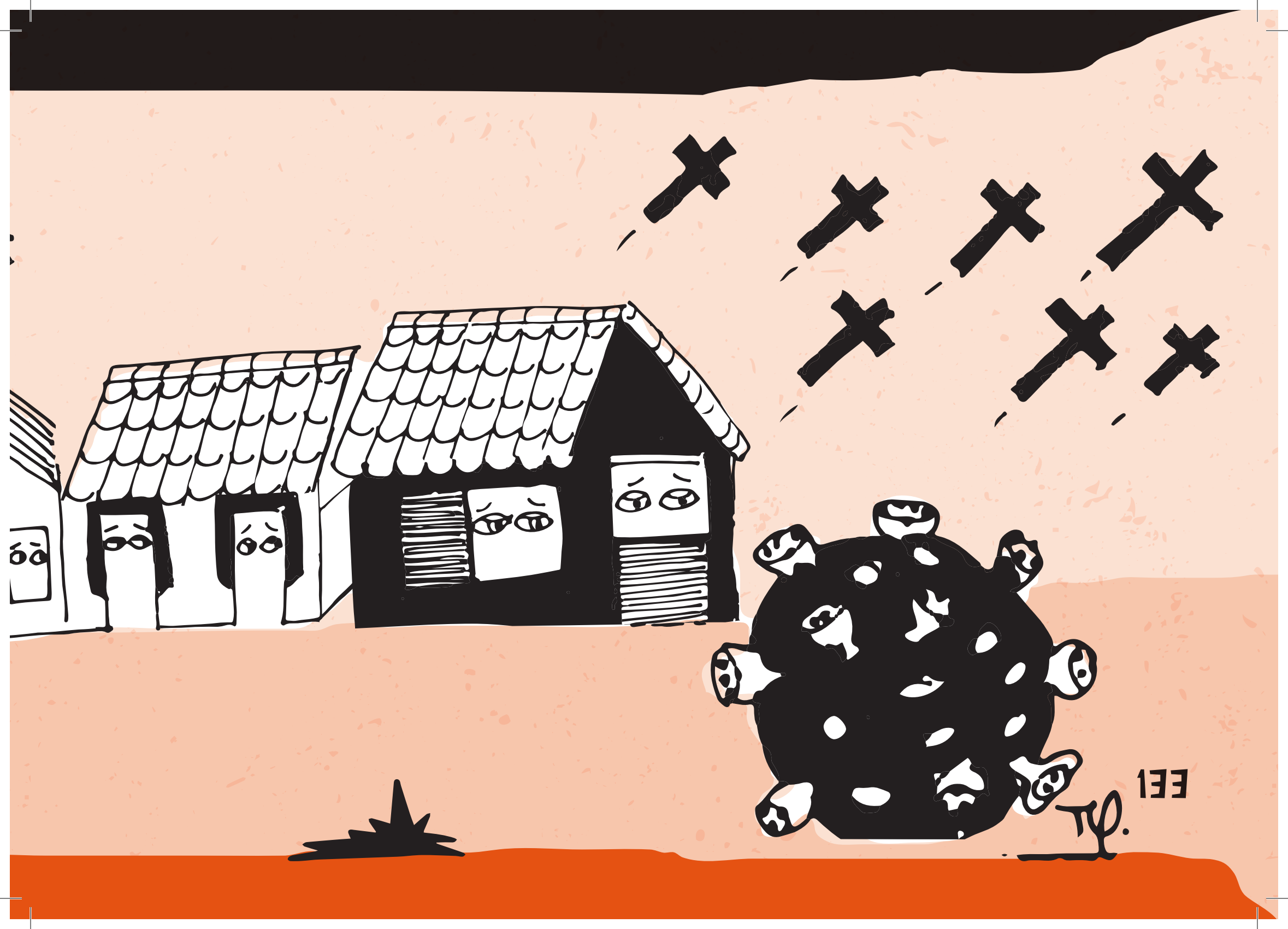
CAUSA - CID-BR-10	ÓBITOS P/RESIDÊNCIA POR CAUSA - CID-BR-10 E ANO DO ÓBITO										
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	TOTAL
Doenças do sangue e origem hematológica e alguns transtornos imunitários	259	278	249	258	285	298	313	297	264	308	2809
Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	2658	3233	2830	2893	2810	2787	2651	2911	2584	2703	28060
Transtornos mentais e comportamentais	1021	1104	968	1067	933	971	694	726	736	806	9026
Doenças do sistema nervoso	918	1041	1060	1144	1221	1459	1496	1719	1734	2082	13874
Doenças dos olhos e anexos	1	3	2	1	1	1	1	-	2	1	13
Doenças do ouvido e da apófise mastóide	8	10	8	9	7	7	6	9	10	11	85

CAUSA - CID-BR-10	ÓBITOS P/RESIDÊNCIA POR CAUSA - CID-BR-10 E ANO DO ÓBITO										
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	TOTAL
Doenças do aparelho circulatório	12522	13683	13473	13693	13778	15080	14418	15568	15446	15490	143151
Doenças do aparelho respiratório	4071	4890	4755	5369	5469	6503	6374	7770	7081	7669	59951
Doenças do aparelho digestivo	1864	2128	2200	2230	2262	2541	2562	2855	2883	3019	24544
Doenças da pele e tecido subcutâneo	145	173	187	185	187	289	318	425	363	412	2684
doenças do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo	172	187	168	201	190	246	296	375	341	348	2524
Doenças do aparelho geniturinário	677	807	891	958	927	1116	1239	1345	1445	1567	10972

CAUSA - CID-BR-10	ÓBITOS P/RESIDÊNCIA POR CAUSA - CID-BR-10 E ANO DO ÓBITO										
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	TOTAL
Gravidez, parto e puerpério	93	94	91	95	95	73	78	86	113	108	926
Algumas afecções originadas no período perinatal	1056	1049	1022	1098	968	996	965	1007	963	911	10035
Malformação congênita, deformidade e anomalias cromossômicas	434	413	394	407	397	433	500	503	501	553	4535
Sintomas, sinais e achados anormais clínicos e laboratoriais, não classificados(as) em outra parte	2232	2301	2550	3190	3376	3121	3331	2173	1725	1643	25642
Causas externas de morbidade e mortalidade	7047	7420	8433	9081	9297	8824	8129	9807	9186	6826	84050
TOTAL	43847	47886	48712	51638	51950	55258	54276	59263	57028	56580	526438

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM.





TY.

**TABELA 17 - MORTALIDADE GERAL POR SEXO - CEARÁ - PERÍODO:
2010-2019.**

CAUSA - CID-BR-10	ÓBITOS POR RESIDÊNCIA POR CAUSA - CID-BR-10 E SEXO			
	MASC.	FEM.	IGN.	TOTAL
Neoplasias	41994	40731	2	82727
Doenças do sangue e origem hematológica e alguns transtornos imunitários	1386	1423	-	2809
Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	12177	15882	1	28060
Transtornos mentais e comportamentais	6485	2541	-	9026
Doenças do sistema nervoso	6545	7329	-	13874



CAUSA - CID-BR-10	ÓBITOS POR RESIDÊNCIA POR CAUSA - CID-BR-10 E SEXO			
	MASC.	FEM.	IGN.	TOTAL
Doenças dos olhos e anexos	8	5	-	13
Doenças do ouvido e da apófise mastóide	42	43	-	85
Doenças do aparelho circulatório	74440	68707	4	143151
Doenças do aparelho respiratório	28882	31066	3	59951
Doenças do aparelho digestivo	15560	8983	1	24544
Doenças da pele e tecido subcutâneo	1250	1433	1	2684
Doenças e do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo	887	1637	-	2524
Doenças do aparelho geniturinário	6077	4895	-	10972

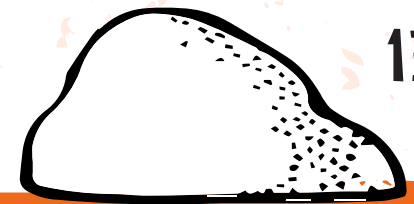
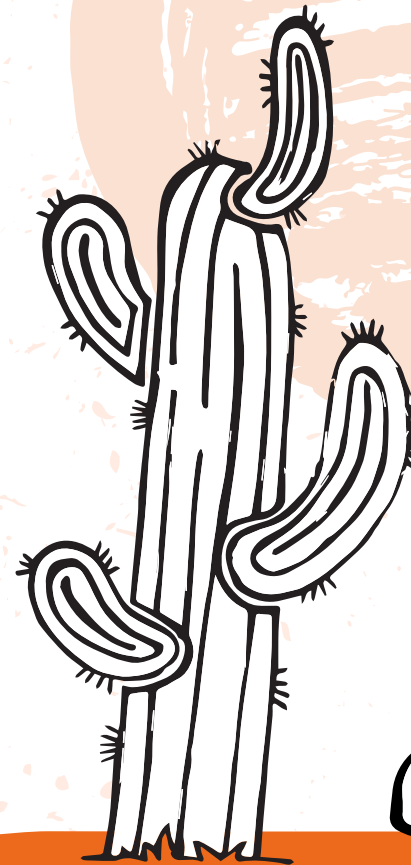


CAUSA - CID-BR-10	ÓBITOS POR RESIDÊNCIA POR CAUSA - CID-BR-10 E SEXO			
	MASC.	FEM.	IGN.	TOTAL
Gravidez, parto e puerpério	-	926	-	926
Algumas afecções originadas no período perinatal	5593	4393	49	10035
Malformação congênita, deformidade e anomalias cromossômicas	2380	2077	78	4535
Sintomas, sinais e achados anormais clínicos e laboratoriais, não classificados(as) em outra parte	13738	11899	5	25642
Causas Externas De Morbidade E Mortalidade	72421	11625	4	84050
TOTAL	289865	215595	148	505608

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM.

Segundo a Organização Mundial da Saúde - OMS (2021), as doenças crônicas não-transmissíveis constituem sete das dez principais causas de morte no mundo, destacando a necessidade de uma atenção global em ações de prevenção e tratamento das doenças cardiovasculares, neoplasias, diabetes e doenças respiratórias crônicas, conforme estabelecido na agenda dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) da Organização das Nações Unidas - ONU (2015). Diferença nessas causas podem ser encontradas, por exemplo, em muitos países da África e do Sudeste Asiático em que ainda se encontra uma alta prevalência de doenças infectocontagiosas, como HIV/AIDS e tuberculose (OMS, 2021).

No Brasil, apesar de algumas diferenças nas principais causas de mortalidade em relação aos dados mundiais, as três principais causas são as mesmas: doenças arteriais coronarianas, acidente vascular cerebral e doenças respiratórias crônicas. Além disso, no nosso país, oito das dez principais causas de mortes são por doenças crônicas não-transmissíveis (ONU, 2015). Além da con-



tribuição das doenças crônicas é importante ressaltar as curvas de aumento na mortalidade e de anos perdidos por incapacidade no grupo dos homens por causas externas, com marcada sobremortalidade em idades jovens (Martins *et al.*, 2021).

As causas de mortalidade no Ceará, entre 2010-2019, que apresentaram maiores números absolutos totais, em ordem decrescente, foram doenças do aparelho circulatório (n=143.151); causas externas de morbidade e mortalidade (n=84.050); neoplasias (n=82.727); doenças do aparelho respiratório (n=59.951) e doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (n=28.060). Na distinção por gênero, a diferença mais expressiva, convergindo com os dados nacionais, foi encontrada no grupo das causas externas com predominância de 6,23 vezes maior no gênero masculino (n= 72.421) em relação ao gênero feminino (11.625) (INCA, 2021; Brasil, 2021).

4.5.7 MORTALIDADE POR NEOPLASIAS

A seguir, alguns dados relativos à série histórica de óbitos por neoplasias ocorridos no Ceará, no período de 2010 - 2019, por sexo e ano, conforme descrito nas tabelas 18 e 19.



TABELA 18 - MORTALIDADE POR NEOPLASIAS - CEARÁ - PERÍODO: 2010 - 2019.

NEOPLASIAS	ÓBITOS P/ RESIDÊNCIA POR CAUSA - CID-BR-10 E ANO DO ÓBITO										
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	TOTAL
Neoplasia maligna do lábio, cavidade oral e faringe	246	237	259	271	245	275	306	333	312	343	2827
Neoplasia maligna do esôfago	293	291	316	324	359	374	376	364	347	356	3400
Neoplasia maligna do estômago	687	693	691	721	728	778	815	766	833	853	7565
Neoplasia maligna do cólon, reto e ânus	352	333	403	412	436	447	460	509	564	548	4464
Neoplasia maligna do fígado e vias biliares intrahepáticas	272	318	329	307	336	371	359	383	413	424	3512

NEOPLASIAS	ÓBITOS P/ RESIDÊNCIA POR CAUSA - CID-BR-10 E ANO DO ÓBITO										
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	TOTAL
Neoplasia maligna do pâncreas	208	268	254	306	276	311	317	417	395	387	3139
Neoplasia maligna da laringe	134	160	188	157	184	171	198	216	196	199	1803
Neoplasia maligna da traquéia, brônquios e pulmões	809	844	936	938	1005	1083	1167	1212	1232	1311	10537
Neoplasia maligna da pele	45	34	33	50	29	53	56	44	49	72	465
Neoplasia maligna da mama	499	499	499	544	543	645	647	684	734	773	6067
Neoplasia maligna do colo do útero	240	252	261	252	242	276	288	324	311	316	2762
Neoplasia maligna de corpo e partes não especificadas do útero	134	119	122	116	128	135	125	135	123	158	1295

NEOPLASIAS	ÓBITOS P/ RESIDÊNCIA POR CAUSA - CID-BR-10 E ANO DO ÓBITO										
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	TOTAL
Neoplasia maligna do ovário	111	118	150	121	128	138	143	149	167	183	1408
Neoplasia maligna da próstata	570	562	605	622	654	616	693	686	687	698	6393
Neoplasia maligna da bexiga	65	62	89	97	101	98	112	122	123	130	999
neoplasia maligna das meninges, encéfalo e outras partes no sistema nervoso central	309	312	333	313	323	356	358	343	380	363	3390
Linfoma não-Hodgkin	108	116	142	143	152	151	153	168	150	185	1468
Mieloma múltiplo e neoplasia maligna de plasmócitos	58	58	71	83	91	85	104	102	134	119	905
Leucemia	247	257	262	247	261	280	274	267	291	315	2701

NEOPLASIAS	ÓBITOS P/ RESIDÊNCIA POR CAUSA - CID-BR-10 E ANO DO ÓBITO										
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	TOTAL
Neoplasias in situ, benignas, comportamento incerto	200	188	177	240	168	229	241	253	232	226	2154
Outras neoplasias malignas	1409	1404	1425	1483	1481	1525	1559	1685	1713	1789	15473
TOTAL	6996	7125	7545	7747	7870	8397	8751	9162	9386	9748	82727

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM.



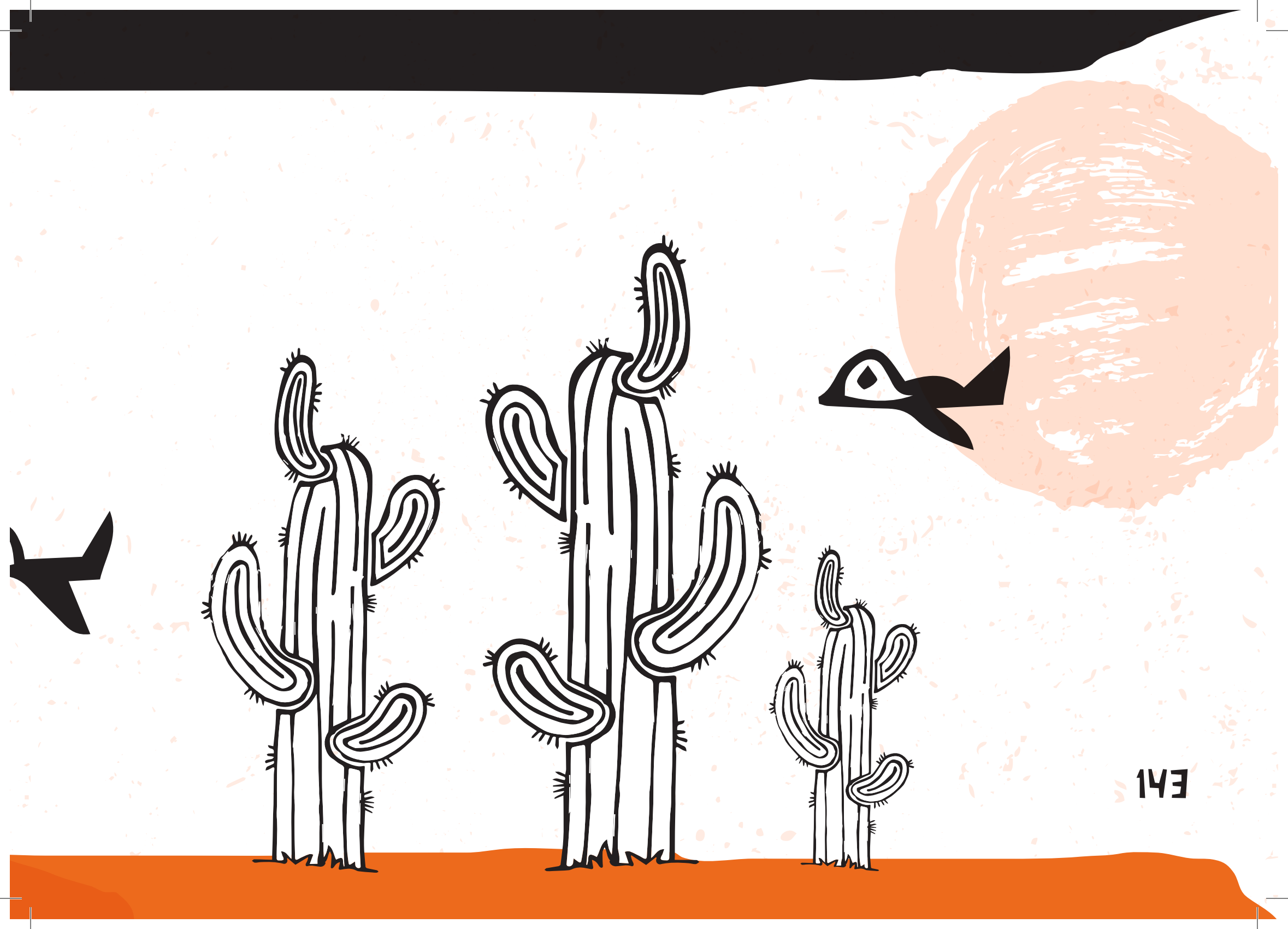


TABELA 19 - MORTALIDADE POR NEOPLASIAS, POR SEXO - CEARÁ - PERÍODO:2010-2019.

NEOPLASIAS	ÓBITOS P/ RESIDÊNCIA POR CAUSA - CID-BR-10 E SEXO			
	MASC.	FEM.	IGN.	TOTAL
Neoplasia maligna do lábio, cavidade oral e faringe	2006	821	-	2827
Neoplasia maligna do esôfago	2448	952	-	3400
Neoplasia maligna do estômago	4758	2807	-	7565
Neoplasia maligna do cólon, reto e ânus	2090	2373	1	4464
Neoplasia maligna do fígado e vias biliares intrahepáticas	1750	1762	-	3512
Neoplasia maligna do pâncreas	1520	1619	-	3139


NEOPLASIAS	ÓBITOS P/ RESIDÊNCIA POR CAUSA - CID-BR-10 E SEXO			
	MASC.	FEM.	IGN.	TOTAL
Neoplasia maligna da laringe	1509	294	-	1803
Neoplasia maligna da traquéia, brônquios e pulmões	5482	5055	-	10537
Neoplasia maligna da pele	268	197	-	465
Neoplasia maligna da mama	96	5971	-	6067
Neoplasia maligna do colo do útero	-	2762	-	2762
Neoplasia maligna de corpo e partes não especificadas do útero	-	1295	-	1295
Neoplasia maligna do ovário	-	1408	-	1408
Neoplasia maligna da próstata	6393	-	-	6393

NEOPLASIAS	ÓBITOS P/ RESIDÊNCIA POR CAUSA - CID-BR-10 E SEXO			
	MASC.	FEM.	IGN.	TOTAL
Neoplasia maligna da bexiga	637	362	-	999
neoplasia maligna das meninges, encéfalo e outras partes no sistema nervoso central	1678	1712	-	3390
Linfoma não-Hodgkin	832	636	-	1468
Mieloma múltiplo e neoplasia maligna de plasmócitos	465	440	-	905
Leucemia	1435	1266	-	2701
Neoplasias in situ, benignas, comportamento incerto	1099	1055	-	2154
Restante de neoplasias malignas	7528	7944	1	15473
TOTAL	41994	40731	2	82727

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM.

Entre essas doenças não-transmissíveis com alta mortalidade destacam-se as neoplasias. No Ceará, os principais grupos causadores de mortalidade por neoplasia, entre 2010-2019, excluindo-se o grupo “restante de neoplasias malignas”, em ordem decrescente, foram traqueia, brônquios e pulmões (n=10537); estômago (n=7565); próstata (n=6393); mama (n=6067) e cólon, reto e ânus (n=4464). Essas causas mostram algumas divergências na comparação entre os gêneros, em que a principal localização nas mulheres foi na mama e nos homens na próstata. Importante salientar as neoplasias de traqueia, brônquios e pulmões como segunda causa de mortalidade, entre as neoplasias, em ambos os sexos. Esses dados são semelhantes aos encontrados na população brasileira em geral, demonstrando a importância de ações de prevenção secundária em busca da detecção precoce e de promoção de saúde no combate aos fatores de risco (Brasil, 2021; INCA, 2021).



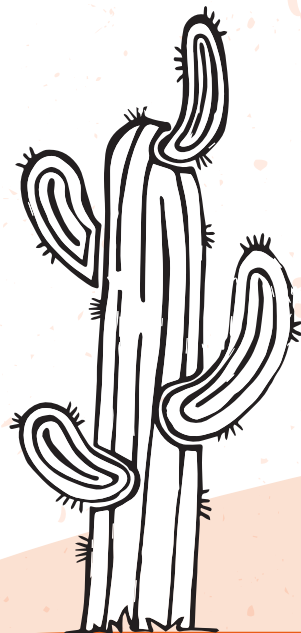
 **5. PARTE II:
RESULTADOS E
DIÁLOGOS SOBRE
A ESF DO CEARÁ A
PARTIR DOS DADOS
PRIMÁRIOS**



5.1 NOTAS SOBRE O DIREITO À SAÚDE E À ESF EM TERRITÓRIOS DO CEARÁ.

Em 1988, a Constituição Federal (CF) definiu os princípios gerais do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabeleceu que a direção única e a responsabilidade da gestão federal do Sistema são do Ministério da Saúde (Brasil, 2016). O capítulo II, Art. 196, expressa: A saúde é 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. Esses princípios posteriormente foram regulamentados pela Lei 8.080/1990, que dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes (Brasil, 2016).

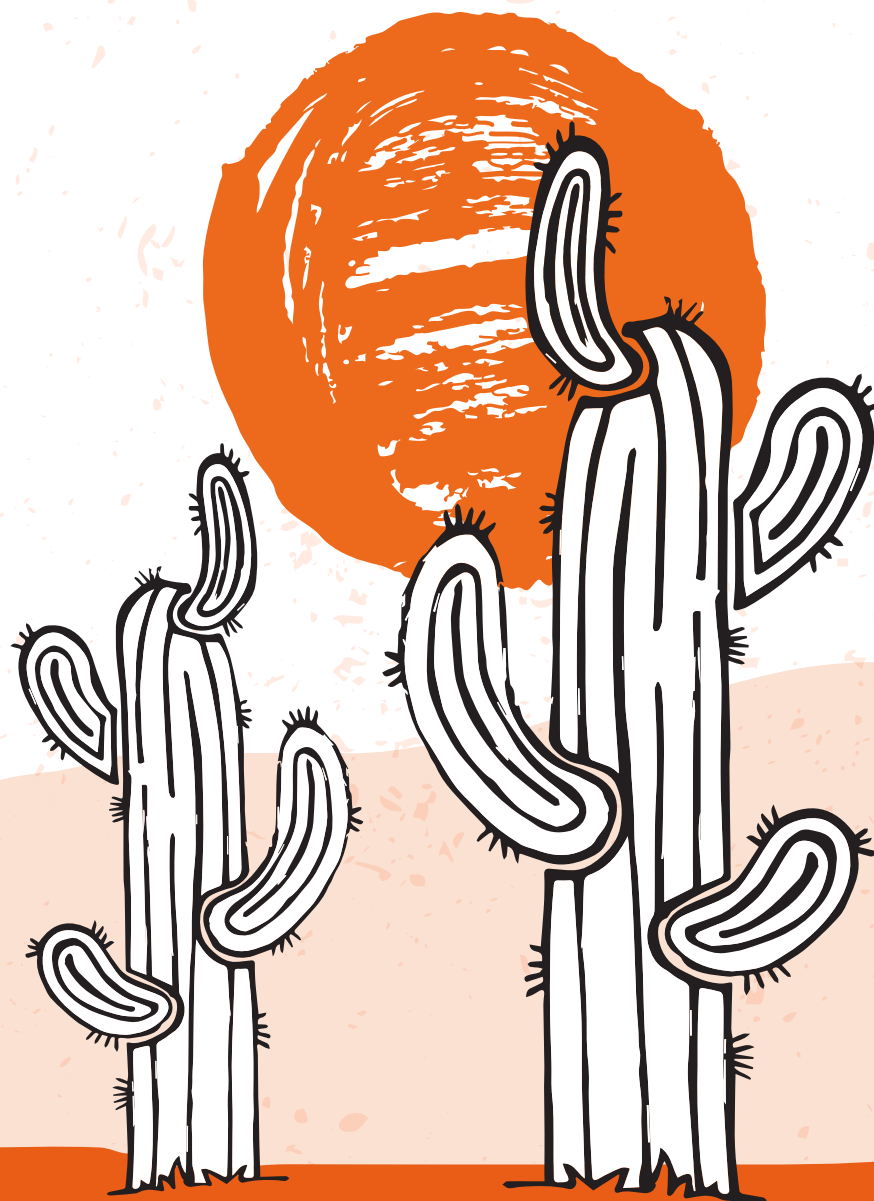
A CF ampliou a responsabilidade do Estado com a saúde pública da população em geral com a criação do SUS, que tem como propósito a universalização da assistência à saúde de forma equânime, pública e gratuita nos níveis primário, secundário e terciário a todos os cidadãos do território brasileiro e em consonância com



as demais áreas de atuação do Estado (Paim; Almeida Filho, 1988).

A década de 1980 teve, portanto, uma importância fundamental para o setor saúde, no bojo da redemocratização brasileira, culminando com a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada entre 17 e 21 de março de 1986, consagrando-se como um dos momentos mais importantes na definição do SUS e debateu três temas principais: 'A saúde como dever do Estado e direito do cidadão', 'A reformulação do Sistema Nacional de Saúde' e 'O financiamento setorial' (EPSJV/FIOCRUZ, 2008).

A Declaração Universal dos Direitos Humanos, de 1948, no artigo XXV, define que todo ser humano tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar-lhe e a sua família, saúde e bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis. Ou seja, o direito à saúde é indissociável do direito à vida, que tem por inspiração o valor de igualdade entre as pessoas.



A Constituição Federal de 1988 inovou ao criar o macrossistema denominado Seguridade Social, regido pelos princípios do bem-estar e da justiça social, composto por três subsistemas: saúde, previdência e assistência social. Entendemos que o direito à saúde é inclusivo, incorporando outros direitos sociais, que interagem entre si, como: nutrição, moradia, acesso a água potável e segurança, condições sanitárias adequadas e de trabalho, bem como a ambientes saudáveis, ou seja, está intimamente relacionado a determinantes políticos, econômicos, sociais, culturais e ambientais, que afetam a saúde como um todo.

O Ceará, situado no semiárido nordestino, vivencia intensas transformações, como também o Brasil, pelo fomento de políticas econômicas e sociais atreladas ao interesse do mercado, com vistas à reprimarização da economia. À guisa do exemplo, as mudanças planetárias, que vão desde a extinção de espécies vegetais e animais, alterações climáticas, o modelo agrícola, como também a incorporação da biotecnologia. Diversos autores tratam desta questão, relacionando alterações am-

bientais, modelo de produção capitalista e saúde (Pessoa, 2015).

Compreendemos que os aportes legais que regulamentam a criação do SUS e que orientam o seu funcionamento, os saberes teóricos produzidos pela academia como contributo importante na construção desse importante sistema universal, pode ser potencializado através da contribuição de pessoas que usufruem dele e convivem cotidianamente nos espaços da concretização desses regramentos institucionais e ideias resultantes das análises pelos cientistas da saúde.

Bringel e Varella (2014) reconhecem que o saber ancestral, coletivo e popular se torna central no cenário de produção do conhecimento, estando presente tanto de maneira autônoma quanto de maneira dialética, em perspectivas de construção de saber transformador. O diálogo de saberes, reconhecendo este saber, por exemplo, é fundamental para o cuidado em saúde centrado nas necessidades de saúde no âmbito da saúde coletiva. Entendemos nesse sentido, que o sertanejo/camponês, que vivia e vive hoje no semiárido tem um saber sobre o

cuidado em saúde, que não é conhecido pelo serviço de saúde e que precisa ser reconhecido e aprendido pelos profissionais da saúde (Pessoa, 2015).

Para a construção das respostas às indagações presentes nesse projeto de pesquisa, indagar sobre os serviços, investigar a compreensão dos usuários e profissionais sobre o cuidado em saúde, integrar esses saberes promovendo um diálogo e escuta qualificada, configura-se como um importante passo metodológico e que enriquece o processo da pesquisa-ação, além dos documentos técnicos e evidências científicas disponíveis.

Dessa forma, lançar mão de informações produzidas a partir de dados primários, pensado por pesquisadores e obtidas através de questionários, aplicados junto a profissionais e pessoas usuárias do serviço de saúde, significa uma valiosa contribuição para o fenômeno que está sendo estudado.









5.2 PARTICIPANTES DA PESQUISA

As Oficinas contaram com a participação de 68 pessoas, distribuídas nas atividades pedagógicas. Participaram das oficinas as lideranças comunitárias de distintos equipamentos sociais, profissionais de saúde, profissionais da agricultura, profissionais da educação e demais sujeitos da comunidade.

A maioria das pessoas que participou das Oficinas foram mulheres (61,8%). A idade das pessoas participantes foram entre 15 e 72 anos, com predomínio nas faixas 15 a 30 anos (25%) e 31 a 40 anos (25%). Quanto a escolaridade o predomínio foi o ensino médio completo (39,7%) seguido de nível superior completo (29,4%). O estado civil preponderante foi casado (42,6%), seguido de solteiro (38,2%).

No que tange à formação acadêmica e/ou profissional, 52,9% se declararam sem formação, mas observa-se uma variedade de outras formações como enfermagem (7,4%), técnico em agropecuária (5,4%), pedagogia (4,4%) técnico em enfermagem (4,4%) e algumas outras formações que somaram 25,5%.

A maior parte dos participantes trabalhavam na agricultura familiar (30,9%) seguido de serviço público de saúde (19,1%), os demais, em outros equipamentos públicos e privados e serviços domésticos.



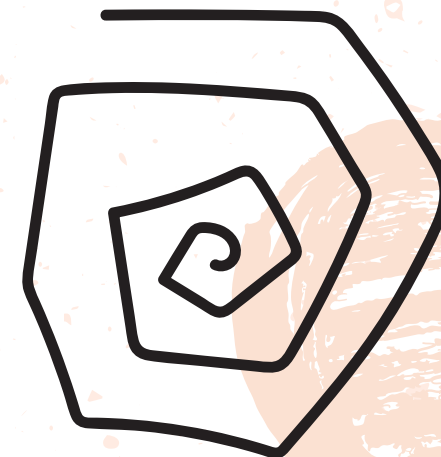
TABELA 20 - PERFIL DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA NO ESTADO DO CEARÁ (N=68).

CARACTERÍSTICA	N (%)
SEXO	
Feminino	42 (61,8)
Masculino	25 (36,8)
NR	1 (1,5)
FAIXA ETÁRIA	
Menor de 30 anos	17 (25,0)
31 a 40 anos	17 (25,0)



41 a 50 anos	15 (22,1)	Ensino Médio incompleto	2 (2,9)
51 a 60 anos	5 (7,4)	Ensino Médio Completo	27 (39,7)
61 a 72 anos	12 (17,6)	Superior Incompleto	2 (2,9)
NR	2 (2,9)	Superior Completo	20 (29,4)
ESCOLARIDADE		NR	1 (1,5)
Sem escolaridade	3 (4,4)	ESTADO CIVIL	
Ensino Fundamental Incompleto	10 (14,7)	Solteiro(a)	26 (38,2)
Ensino Fundamental Completo	3 (4,4)	Casado(a)	29 (42,6)

União Estável	5 (7,4)
Divorciado(a)	6 (8,8)
Viúvo(a)	1 (1,5)
NR	1 (1,5)
FORMAÇÃO PROFISSIONAL	
Administração	1 (1,5)
Agronomia	1 (1,5)
Assistente Social	2 (2,9)



Ciências Biológicas	1 (1,5)	Pedagogia	3 (4,4)
Direito	1 (1,5)	Sem formação	36 (52,9)
Enfermagem	5 (7,4)	Técnico em Administração	1 (1,5)
Geografia	1 (1,5)	Técnico em Agente Comunitário de Saúde	2 (2,9)
Guarda Civil Municipal	1 (1,5)	Técnico em Agropecuária	4 (5,9)
História	2 (2,9)	Técnico em Enfermagem	3 (4,4)
Licenciatura em Química	1 (1,5)	Técnico em Higiene Dental	1 (1,5)
Medicina	1 (1,5)	NR	1 (1,5)

LOCAL DE TRABALHO	
Agricultura Familiar	21 (30,9)
Aposentada	2 (2,9)
Cooperativa de beneficiamento de coco	3 (4,4)
Doméstica	4 (5,9)
Empresa Privada	4 (5,9)
Empresa Pública	1 (1,5)
Equipe de Saúde da Família	13 (19,1)



Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva	2 (2,9)
Secretaria Municipal de Saúde	3 (4,4)
Serviço Público	4 (5,9)
Trabalho comunitário	4 (5,9)
Unidade Básica de Saúde	1 (1,5)
NR	6 (8,8)

Fonte: Banco de dados da pesquisa, 2022.

LEGENDA: N - NÚMERO ABSOLUTO DO TOTAL DE RESPONDENTES; (%) - FREQUÊNCIA SIMPLES; NR - NÃO RESPONDEU.

5.3 PRÁTICAS DA ESF NOS TERRITÓRIOS

Apresentamos nesta seção o resultado sistematizado em tabelas, dos dados primários, oriundos da aplicação do formulário com 60 parâmetros, sendo 50 referentes a Avaliação das atribuições comuns das equipes da ESF definidos na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e 10 referentes aos Parâmetros de inovação relacionados ao cuidado em saúde. O formulário foi preenchido individualmente e de forma anônima, pelos participantes de cada Oficina, totalizando 68 formulários. A seguir está organizado os resultados pelos atributos da APS.



**SERPOVOS, SAÚDE, CUIDADO
E ECOLOGIA DE SABERES**

5.3.1 ABORDAGEM CENTRADA NO TERRITÓRIO

Que abriga parâmetros relativos a métodos, técnicas e instrumento(s) para identificar de forma participativa as necessidades sociais em saúde dos territórios, diagnóstico local da população adscrita, mapa de sua área de abrangência (que se visualize postos formais e informais de trabalho, riscos ocupacionais e ambientais), equipamentos e serviços existentes no território e informações sobre determinantes sociais da saúde.

A tabela 21 apresenta as respostas relativas ao parâmetro de atribuições comuns da Atenção Primária à Saúde: abordagem centrada no território, na opinião de trabalhadores da saúde e usuários dos serviços de saúde dos municípios de Crato, Itapipoca, Quiterianópolis e Trairi. Para a avaliação desse parâmetro, foi distribuído em cinco itens onde apenas dois encontram-se com resposta positiva acima de 70%. O item 2, a equipe possui diag-

nóstico local da população adscrita, com informações de número de pessoas, por sexo e faixa etária, e classificação de risco das famílias foi o mais bem avaliado com 84,4% das respostas positivas e o item 3, a equipe possui mapa de sua área de abrangência e nele estão identificados os principais postos formais e informais de trabalho (agronegócio, fábricas, indústrias, áreas comerciais, serviços etc.), bem como os riscos ocupacionais e ambientais (desastres, contaminação da água, do solo, do ar) decorrentes das atividades produtivas presentes no território foi o item que menos pontuou com respostas positiva apresentado apenas 37,5%.

Então percebemos que as equipes dos territórios estudados não realizam de forma satisfatória a territorialização de sua área de abrangência, não desenvolve métodos, técnicas e instrumento(s) para identificar de forma participativa as necessidades sociais em saúde dos territórios e não identificam em sua área de abrangência os recursos que a comunidade possui.

No campo da saúde é essencial discutir a concepção de território como forma de ancorar a política de saúde, entremeando-a ao contexto social, político, econômico e cultural. Definir as especificidades do território levando em conta a amplitude conceitual e a vinculação da saúde com diferentes campos do conhecimento, pelo entendimento contextual do processo saúde-doença nos seus aspectos mais abrangentes (Pessoa, *et al.*, 2013). Conforme os autores e autoras: Compreender a dimensão sócio-histórica do território, onde foi construída uma relação sociedade-natureza, respeitando e ou desrespeitando os limites e potencialidades locais, a história de luta, a mobilização e o envolvimento dos agentes locais no enfrentamento e na conquista dos direitos de cidadania, pode propiciar ao setor saúde o entendimento da resistência, dos mecanismos de sobrevivência da comunidade e auxiliar a repensar as práticas de saúde instituídas com vistas à melhoria da qualidade de vida (Pessoa *et al.*, 2013 p.2260).

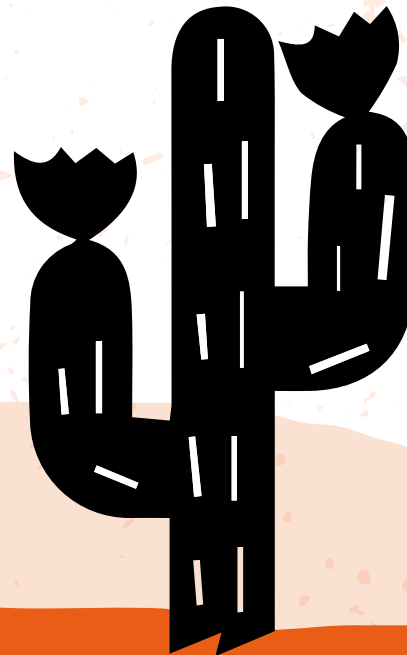


TABELA 21 - ANÁLISE DA ATUAÇÃO DE EQUIPES DA ESF QUANTO A ABORDAGEM CENTRADA NO TERRITÓRIO, NO ESTADO DO CEARÁ (N=64).

ABORDAGEM CENTRADA NO TERRITÓRIO	SIM N (%)	NÃO N (%)	NR N (%)
Desenvolve métodos, técnicas e instrumento(s) para identificar de forma participativa as necessidades sociais em saúde dos territórios.	25 (39,1)	38 (59,4)	1 (1,6)
A equipe possui diagnóstico local da população adscrita, com informações de número de pessoas, por sexo e faixa etária, e classificação de risco das famílias.	54 (84,4)	9 (14,1)	1 (1,6)
A equipe possui mapa de sua área de abrangência e nele estão identificados os principais postos formais e informais de trabalho (agronegócio, fábricas, indústrias, áreas comerciais, serviços etc.), bem como os riscos ocupacionais e ambientais (desastres, contaminação da água, do solo, do ar) decorrentes das atividades produtivas presentes no território.	24 (37,5)	38 (59,4)	2 (3,1)

ABORDAGEM CENTRADA NO TERRITÓRIO	SIM N (%)	NÃO N (%)	NR N (%)
Os recursos da comunidade como equipamentos (creches, escolas, igrejas, praças, hortas comunitárias etc.) e serviços sociais existente (grupos culturais ou de esporte) são identificados pela equipe.	44 (68,8)	19 (29,7)	1 (1,6)
Os determinantes sociais da saúde da população adscrita são identificados a partir de dados como o número de domicílios, densidade familiar, condições de moradia, abastecimento de água, destino de fezes e urina, e destino do lixo, renda familiar e escolaridade.	45 (70,3)	14 (21,9)	5 (7,8)

Fonte: Banco de dados da pesquisa, 2022.

LEGENDA: N - NÚMERO ABSOLUTO DO TOTAL DE RESPONDENTES; (%) - FREQUÊNCIA SIMPLES; NR - NÃO RESPONDEU.



A exemplo do trabalho desenvolvido pela pesquisa-ação nos territórios por ocasião da realização das oficinas, utilize o instrumento elaborado e aplicado para avaliar a sua equipe em relação ao atributo abordagem centrada no território.

Selecione o item abaixo informando se a sua equipe da Estratégia Saúde da Família **REALIZA** (SIM ou NÃO) as ações abaixo descritas.

QUADRO 1 - PARÂMETROS DE ATRIBUIÇÕES COMUNS DAS EQUIPES DA ESF DEFINIDOS NA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA - ABORDAGEM CENTRADA NO TERRITÓRIO.

PARÂMETROS	1. SIM	2. NÃO
ABORDAGEM CENTRADA NO TERRITÓRIO		
Desenvolve métodos, técnicas e instrumento(s) para identificar de forma participativa as necessidades sociais em saúde dos territórios.		
A equipe possui diagnóstico local da população adscrita, com informações de número de pessoas, por sexo e faixa etária, e classificação de risco das famílias.		

PARÂMETROS	1. SIM	2. NÃO
<p>A equipe possui mapa de sua área de abrangência e nele estão identificados os principais postos formais e informais de trabalho (agronegócio, fábricas, indústrias, áreas comerciais, serviços etc.), bem como os riscos ocupacionais e ambientais (desastres, contaminação da água, do solo, do ar) decorrentes das atividades produtivas presentes no território.</p>		
<p>Os recursos da comunidade como equipamentos (creches, escolas, igrejas, praças, hortas comunitárias etc.) e serviços sociais existente (grupos culturais ou de esporte) são identificados pela equipe.</p>		
<p>Os determinantes sociais da saúde da população adscrita são identificados a partir de dados como o número de domicílios, densidade familiar, condições de moradia, abastecimento de água, destino de fezes e urina, e destino do lixo, renda familiar e escolaridade.</p>		

Fonte: Elaborado pelos autores, 2022.

5.3.2 ACESSO E ACOLHIMENTO

Os parâmetros se referem a uma prática presente em todas as relações de cuidado, nos encontros reais entre trabalhadores de saúde e usuários, nos atos de receber e escutar as pessoas, podendo acontecer de formas variadas (Brasil, 2013, p. 19).

A tabela 22 apresenta as respostas relativas aos atributos da Atenção Primária à Saúde: acesso e acolhimento, na opinião de trabalhadores da saúde e usuários dos serviços de saúde dos municípios de Crato, Itapipoca, Quiterianópolis e Trairi. Para a avaliação desses atributos, foi subdividido em 3 itens onde apenas um encontra-se com resposta positiva acima de 70%. O item 3, realiza o acolhimento à demanda espontânea, realizando a classificação e a estratificação de risco, priorizando o atendimento aos casos de urgência ou emergência foi o mais bem avaliado com 71,9% das respostas positivas e o item 2, realiza o acolhimento, com atendimento humanizado, com avaliação de risco e de vulnerabilidade,

identificação das necessidades de intervenção de cuidado, responsabilização pela continuidade da atenção e viabilizando o estabelecimento do vínculo foi o item que menos pontuou com respostas positiva apresentando apenas 48,4%.

Então observamos que um atributo de muita relevância como o acesso para a APS não está sendo respeitado como deveria, pois este se refere a não se restringir à entrada no serviço de saúde, mas a existência de serviços de acordo com a necessidade da população. Refere-se também a aspectos organizacionais, geográficos, econômicos e socioculturais, sendo também ligado à questão da resolutividade.

O Caderno da Atenção Básica (CAB) sobre acolhimento (Brasil, 2013), orienta que a despeito da existência de formas cientificamente fundadas de definição objetiva das necessidades de saúde e das formas de lidar com elas, é preciso entender que a ciência e os profissionais de saúde não são os únicos definidores das

necessidades de saúde. O usuário também define, com formas e graus variados, o que é necessidade de saúde para ele, podendo apresentá-la enquanto demanda ao serviço de saúde.

E é importante que a demanda apresentada pelo usuário seja acolhida, escutada, problematizada, reconhecida como legítima. O exercício de acolher amplia o acesso por contemplar diferentes agendas, seja programada ou espontânea, abordando-se cada uma dessas situações segundo as especificidades de suas dinâmicas e tempos.

O acolhimento adequado fortalece vínculos, resulta de um processo de reconhecimento das necessidades individuais e familiares, sedimentando a responsabilização pelo cuidado de forma compartilhada, constituindo-se a representação de uma espiral que se complementa e evolui de forma ascendente e contínua.



TABELA 22 - ANÁLISE DA ESF QUANTO AO ACESSO E ACOLHIMENTO NO ESTADO DO CEARÁ.

ACESSO E ACOLHIMENTO	SIM N (%)	NÃO N (%)	NR N (%)
As necessidades sociais em saúde da população são o referencial para a definição das ações e serviços ofertados pela equipe, da organização dessa oferta e do funcionamento da Unidade Básica de Saúde (horário de atendimento e formas de agendamento).	36 (56,3)	27 (42,2)	1 (1,6)
Realiza o acolhimento, com atendimento humanizado, com avaliação de risco e de vulnerabilidade, identificação das necessidades de intervenção de cuidado, responsabilização pela continuidade da atenção e viabilizando o estabelecimento do vínculo.	31 (48,4)	32 (50,0)	1 (1,6)

ACESSO E ACOLHIMENTO	SIM N (%)	NÃO N (%)	NR N (%)
Realiza o acolhimento à demanda espontânea, realizando a classificação e a estratificação de risco, priorizando o atendimento aos casos de urgência ou emergência.	46 (71,9)	17 (26,6)	1 (1,6)

Fonte: Banco de dados da pesquisa, 2022.

LEGENDA: N - NÚMERO ABSOLUTO DO TOTAL DE RESPONDENTES; (%) - FREQUÊNCIA SIMPLES; NR - NÃO RESPONDEU.

Conforme o item anterior analise a sua equipe em relação ao atributo acesso e acolhimento.

Selecione o item ao lado informando se a sua equipe da Estratégia Saúde da Família **REALIZA** (SIM ou NÃO) as ações ao lado descritas.



QUADRO 2 - PARÂMETROS DE ATRIBUIÇÕES COMUNS DAS EQUIPES DA ESF DEFINIDOS NA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA- ACESSO E ACOLHIMENTO.

PARÂMETROS	1. SIM	2. NÃO
ACESSO E ACOLHIMENTO		
As necessidades sociais em saúde da população são o referencial para a definição das ações e serviços ofertados pela equipe, da organização dessa oferta e do funcionamento da Unidade Básica de Saúde (horário de atendimento e formas de agendamento).		
Realiza o acolhimento, com atendimento humanizado, com avaliação de risco e de vulnerabilidade, identificação das necessidades de intervenção de cuidado, responsabilização pela continuidade da atenção e viabilizando o estabelecimento do vínculo.		
Realiza o acolhimento à demanda espontânea, realizando a classificação e a estratificação de risco, priorizando o atendimento aos casos de urgência ou emergência.		

Fonte: Elaborado pelos autores, 2022.

5.3.3 INTEGRALIDADE

Que se materializa a partir de um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema (Brasil, 1990), bem como o cuidado sistêmico do indivíduo.

A tabela 23 apresenta as respostas relativas ao atributo da Atenção Primária à Saúde: integralidade, para trabalhadores da saúde e usuários dos serviços de saúde dos municípios de Crato, Itapipoca, Quiterianópolis e Trairi. Para a avaliação desse atributo, foi subdividido em 9 itens onde apenas dois encontram-se com resposta positiva acima de 70%. O item 3, a equipe possibilita o agendamento de exames complementares de diagnóstico, de outras ações e serviços em outros níveis de atenção foi o mais bem avaliado com 85,9% das respostas

positivas, seguido do item 1, a equipe provê atendimento adequado às situações de maior complexidade e dá suporte até que os usuários sejam acolhidos em outros pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS) com 75,0%. O item 6, a equipe realiza ações intrasetoriais de saúde, em especial com a vigilância, para reduzir os acidentes e agravos relacionados aos processos de trabalho das PCFA foi o item que menos pontuou com respostas positiva apresentado apenas 26,6%.

O alcance desse atributo está relacionado além da organização dos processos de trabalho da equipe e a responsabilização pelo cuidado, à organização da oferta de serviços e ações de saúde em outros níveis de atenção que extrapolam a APS, a aspectos de organização do sistema de regulação municipal, a serviços de apoio diagnóstico/terapêutico e a um adequado serviço de transporte sanitário, condições que

exigem um grau de organização da gestão municipal fato esse que torna esse atributo com maior complexidade e mais difícil de alcançar.

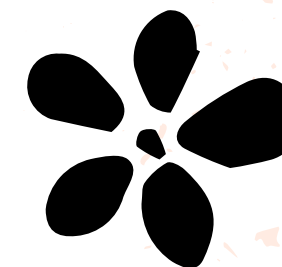
Apenas dois itens pontuando acima de 70% das respostas positivas mostra que a integralidade, que prevê a atenção integral dentro da perspectiva da atenção primária que deve oferecer serviços para que o usuário possa ter acesso a medidas de prevenção, promoção, cura e reabilitação, não estão sendo considerados na prestação de serviços desse território.



TABELA 23 - ANÁLISE DA ESF QUANTO A INTEGRALIDADE NO ESTADO DO CEARÁ.

INTEGRALIDADE	SIM N (%)	NÃO N (%)	NR N (%)
A equipe provê atendimento adequado às situações de maior complexidade e dá suporte até que os usuários sejam acolhidos em outros pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS).	48 (75,0)	16 (25,0)	0 (0)
A equipe viabiliza transporte sanitário para o usuário que necessita ser transferido para outro ponto da RAS.	30 (46,9)	31 (48,4)	3 (4,7)
A equipe possibilita o agendamento de exames complementares de diagnóstico, de outras ações e serviços em outros níveis de atenção.	55 (85,9)	7 (10,9)	2 (3,1)

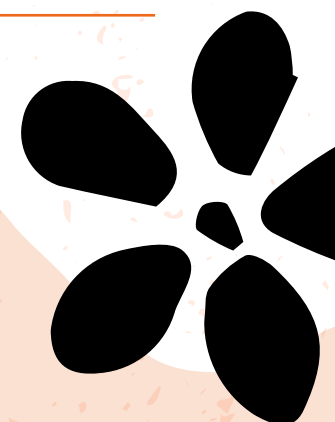
INTEGRALIDADE	SIM N (%)	NÃO N (%)	NR N (%)
A equipe busca a integralidade do cuidado, identificando as especificidades das PCFA e realizando ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, prevenção de doenças e agravos, realização de ações programáticas, coletivas e de vigilância em saúde.	37 (57,8)	27 (42,2)	0 (0)
A equipe realiza ações de promoção ou assistência em saúde do trabalhador e da trabalhadora das Populações do campo, da floresta e das águas.	21 (32,8)	41 (64,1)	2 (3,1)
A equipe realiza ações intrasetoriais de saúde, em especial com a vigilância, para reduzir os acidentes e agravos relacionados aos processos de trabalho das Populações do campo, da floresta e das águas.	17 (26,6)	44 (68,8)	3 (4,7)
A equipe incorpora diversas racionalidades em saúde, respeitando e recomendando os saberes e práticas tradicionais de cuidado das PCFA e as Práticas Integrativas e Complementares.	34 (53,1)	30 (46,9)	0 (0)

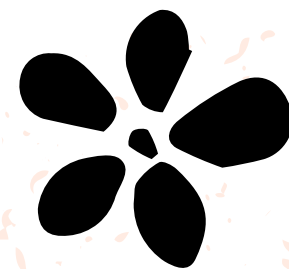
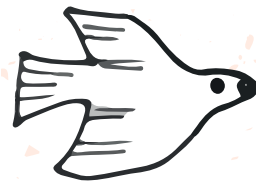
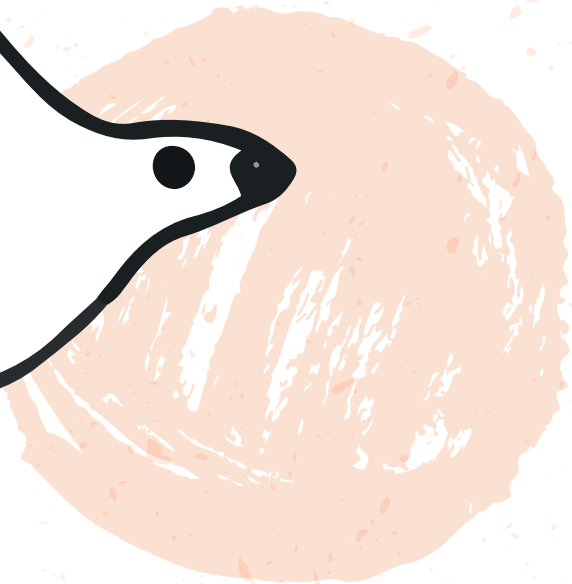


INTEGRALIDADE	SIM N (%)	NÃO N (%)	NR N (%)
A equipe contribui para o fortalecimento da autonomia das pessoas no cuidado à saúde, estabelecendo articulação orgânica com o conjunto da Rede de Atenção à Saúde.	36 (56,3)	26 (40,6)	2 (3,1)
A equipe desenvolve ações intersetoriais em interlocução com escolas, equipamentos do Sistema Único de Assistência Social, associações de moradores, cooperativas, sindicatos, equipamentos de segurança, entre outros, que tenham relevância na comunidade, integrando projetos e redes de apoio social, voltados para o desenvolvimento de uma atenção integral.	30 (46,9)	33 (51,6)	1 (1,6)

Fonte: Banco de dados da pesquisa, 2022.

LEGENDA: N - NÚMERO ABSOLUTO DO TOTAL DE RESPONDENTES; (%) - FREQUÊNCIA SIMPLES; NR - NÃO RESPONDEU.





Analise a sua equipe em relação ao atributo *integralidade*.

Selecione o item abaixo informando se a sua equipe da Estratégia Saúde da Família **REALIZA** (SIM ou NÃO) as ações abaixo descritas.

QUADRO 3 - PARÂMETROS DE ATRIBUIÇÕES COMUNS DAS EQUIPES DA ESF DEFINIDOS NA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA-INTEGRALIDADE.

PARÂMETROS	1. SIM	2. NÃO
INTEGRALIDADE		
A equipe provê atendimento adequado às situações de maior complexidade e dá suporte até que os usuários sejam acolhidos em outros pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS).		
A equipe viabiliza transporte sanitário para o usuário que necessita ser transferido para outro ponto da RAS.		
A equipe possibilita o agendamento de exames complementares de diagnóstico, de outras ações e serviços em outros níveis de atenção.		

PARÂMETROS	1. SIM	2. NÃO
A equipe busca a integralidade do cuidado, identificando as especificidades das PCFA e realizando ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, prevenção de doenças e agravos, realização de ações programáticas, coletivas e de vigilância em saúde.		
A equipe realiza ações de promoção ou assistência em saúde do trabalhador e da trabalhadora das Populações do campo, da floresta e das águas.		
A equipe realiza ações intrasetoriais de saúde, em especial com a vigilância, para reduzir os acidentes e agravos relacionados aos processos de trabalho das PCFA.		
A equipe incorpora diversas racionalidades em saúde, respeitando e recomendando os saberes e práticas tradicionais de cuidado das Populações do campo, da floresta e das águas. e as Práticas Integrativas e Complementares.		
A equipe contribui para o fortalecimento da autonomia das pessoas no cuidado à saúde, estabelecendo articulação orgânica com o conjunto da Rede de Atenção à Saúde.		
A equipe desenvolve ações intersetoriais em interlocução com escolas, equipamentos do Sistema Único de Assistência Social, associações de moradores, cooperativas, sindicatos, equipamentos de segurança, entre outros, que tenham relevância na comunidade, integrando projetos e redes de apoio social, voltados para o desenvolvimento de uma atenção integral.		

5.3.4 LONGITUDINALIDADE

Trata-se do acompanhamento do paciente ao longo do tempo por médico generalista ou equipe de APS, para os múltiplos episódios de doença e cuidados preventivos (Cunha; Giovanella, 2011).

A tabela 24 apresenta as respostas relativas ao atributo da APS: longitudinalidade, na opinião de trabalhadores da saúde e usuários dos serviços de saúde dos municípios de Crato, Itapipoca, Quiterianópolis e Trairi. Para a avaliação desse atributo, foi subdividido em nove itens onde oito itens apresentam resposta positiva acima de 70%. O item mais bem avaliado com 92,6% das respostas positivas é o item 1, as crianças da área de responsabilidade da equipe com até um ano de vida são identificadas, estratificadas por grau de risco e acompanhadas de acordo com essa estratificação. O único item

que não atingiu o perfil desejado foi o 7, os usuários com tuberculose, residentes no território, são diagnosticados e tratados pela equipe que apresentou 54,7% das respostas positivas.

Isso mostra que a longitudinalidade que pressupõe ação continuada da atenção pautada na relação interpessoal entre o serviço e o paciente, e a sua utilização ao longo do tempo vem sendo oferecida pela equipe de saúde tendo em conta o caráter mútuo, humanizado e interpessoal da relação de confiança recíproca entre a equipe de saúde e a população. Nos territórios estudados há uma relação de confiança e reconhecimento dos esforços empreendidos pelas equipes no sentido de garantir a continuidade do cuidado, nas formas mais diversas das necessidades apresentadas.

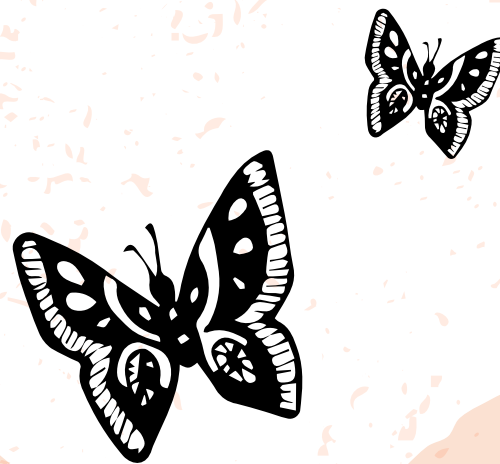


TABELA 24 - ANÁLISE DA ESF QUANTO A LONGITUDINALIDADE NO ESTADO DO CEARÁ.

LONGITUDINALIDADE	SIM N (%)	NÃO N (%)	NR N (%)
As crianças da área de responsabilidade da equipe com até um ano de vida são identificadas, estratificadas por grau de risco e acompanhadas de acordo com essa estratificação.	59 (92,2)	3 (4,7)	2 (3,1)
As gestantes da área são captadas, estratificadas por grau de risco e acompanhadas durante o pré-natal e puerpério.	62 (96,9)	2 (3,1)	0 (0)
As mulheres na faixa etária preconizada para a realização dos exames de citologia de colo de útero e mamografia estão identificadas e são acompanhadas.	60 (93,8)	2 (3,1)	2 (3,1)

LONGITUDINALIDADE	SIM N (%)	NÃO N (%)	NR N (%)
Os diabéticos da área são identificados, estratificados por grau de risco e acompanhados de acordo com essa estratificação.	52 (81,3)	10 (15,6)	2 (3,1)
Os hipertensos da área são identificados, estratificados por grau de risco e acompanhados de acordo com essa estratificação.	57 (89,1)	6 (9,4)	0 (0)
Os idosos da área são identificados, estratificados por grau de risco e acompanhados de acordo com essa estratificação.	45 (70,3)	16 (25,0)	3 (4,7)
Os usuários com tuberculose, residentes no território, são diagnosticados e tratados pela equipe.	35 (54,7)	20 (31,3)	9 (14,1)

LONGITUDINALIDADE	SIM N (%)	NÃO N (%)	NR N (%)
Os usuários com hanseníase, residentes no território, são diagnosticados e tratados pela equipe.	45 (70,3)	15 (23,4)	4 (6,3)
Os casos de dengue, zika e chikungunya de usuários residentes no território são atendidos e acompanhados pela equipe, conforme protocolo clínico.	50 (78,1)	12 (18,8)	2 (3,1)

Fonte: Banco de dados da pesquisa, 2022.

LEGENDA: N - NÚMERO ABSOLUTO DO TOTAL DE RESPONDENTES; (%) - FREQUÊNCIA SIMPLES; NR - NÃO RESPONDEU.



Analise a sua equipe em relação ao atributo *longitudinalidade*.

Selecione o item abaixo informando se a sua equipe da Estratégia Saúde da Família **REALIZA** (SIM ou NÃO) as ações abaixo descritas.

QUADRO 4 - PARÂMETROS DE ATRIBUIÇÕES COMUNS DAS EQUIPES DA ESF DEFINIDOS NA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA-LONGITUDINALIDADE.

PARÂMETROS	1. SIM	2. NÃO
LONGITUDINALIDADE		
As crianças da área de responsabilidade da equipe com até um ano de vida são identificadas, estratificadas por grau de risco e acompanhadas de acordo com essa estratificação.		
As gestantes da área são captadas, estratificadas por grau de risco e acompanhadas durante o pré-natal e puerpério.		
As mulheres na faixa etária preconizada para a realização dos exames de citologia de colo de útero e mamografia estão identificadas e são acompanhadas.		

PARÂMETROS	1. SIM	2. NÃO
Os diabéticos da área são identificados, estratificados por grau de risco e acompanhados de acordo com essa estratificação.		
Os hipertensos da área são identificados, estratificados por grau de risco e acompanhados de acordo com essa estratificação.		
Os idosos da área são identificados, estratificados por grau de risco e acompanhados de acordo com essa estratificação.		
Os usuários com tuberculose, residentes no território, são diagnosticados e tratados pela equipe.		
Os usuários com hanseníase, residentes no território, são diagnosticados e tratados pela equipe.		
Os casos de dengue, zika e chikungunya de usuários residentes no território são atendidos e acompanhados pela equipe, conforme protocolo clínico.		



5.3.5 COORDENAÇÃO DO CUIDADO

Estabelecimento de conexões de modo a alcançar o objetivo maior de prover/atender às necessidades e preferências dos usuários na oferta de cuidados em saúde, com elevado valor, qualidade e continuidade (Almeida *et al.*, 2018).

A tabela 25 apresenta as respostas relativas ao atributo da Atenção Primária à Saúde: coordenação do cuidado, na opinião de trabalhadores da saúde e usuários dos serviços de saúde dos municípios de Crato, Itapipoca, Quiterianópolis e Trairi. Para a avaliação desse atributo, foi subdividido em quatro itens onde nenhum apresenta resposta positiva acima de 70%. O item 4, a equipe alimenta os sistemas de informação sob sua responsabilidade foi o melhor avaliado com 67,2% das respostas positivas e o item 2, a equipe realiza o monitoramento das internações por condições sensíveis à APS ocorridas em seu território foi o pior avaliado com 45,3% das respostas positivas.



Verificamos que o atributo coordenação do cuidado precisa ser dada mais importância pelas equipes, pois esse atributo visa à integração da rede de serviços, a continuidade da atenção através da informação, executando registro dos procedimentos realizados em prontuários e coordenando a interface dos serviços. A valorização das informações epidemiológicas, seja no aspecto de registro de agravos através das notificações,

seja no cuidado com o registro das informações acerca de formas de adoecimento da população adscrita, bem como o monitoramento dos motivos de internação, são elementos fundamentais que demonstram a adequada coordenação do cuidado com respostas positivas ao serem utilizadas e valorizadas pela equipe.

TABELA 25 - ANÁLISE DA ESF QUANTO A COORDENAÇÃO DO CUIDADO NO ESTADO DO CEARÁ.

COORDENAÇÃO DO CUIDADO	SIM N (%)	NÃO N (%)	NR N (%)
A equipe mantém a coordenação do cuidado mesmo quando a população adscrita necessita de atenção em outros pontos do sistema de saúde.	36 (56,3)	26 (40,6)	2 (3,1)
A equipe realiza o monitoramento das internações por condições sensíveis à APS ocorridas em seu território.	29 (45,3)	32 (50,0)	3 (4,7)



COORDENAÇÃO DO CUIDADO	SIM N (%)	NÃO N (%)	NR N (%)
São realizadas notificações compulsórias de agravos e doenças, inclusive aqueles relacionados à Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, para a Vigilância em Saúde.	38 (59,4)	20 (31,3)	6 (9,4)
A equipe alimenta os sistemas de informação sob sua responsabilidade.	43 (67,2)	15 (23,4)	6 (9,4)

Fonte: Banco de dados da pesquisa, 2022.

LEGENDA: N - NÚMERO ABSOLUTO DO TOTAL DE RESPONDENTES; (%) - FREQUÊNCIA SIMPLES; NR - NÃO RESPONDEU.

Analise a sua equipe em relação ao atributo coordenação do cuidado.

Selecione o item abaixo informando se a sua equipe da Estratégia Saúde da Família **REALIZA** (SIM ou NÃO) as ações abaixo descritas.

QUADRO 5 - PARÂMETROS DE ATRIBUIÇÕES COMUNS DAS EQUIPES DA ESF DEFINIDOS NA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA-COORDENAÇÃO DO CUIDADO.

PARÂMETROS	1. SIM	2. NÃO
COORDENAÇÃO DO CUIDADO		
A equipe mantém a coordenação do cuidado mesmo quando a população adscrita necessita de atenção em outros pontos do sistema de saúde.		
A equipe realiza o monitoramento das internações por condições sensíveis à APS ocorridas em seu território.		



PARÂMETROS	1. SIM	2. NÃO
São realizadas notificações compulsórias de agravos e doenças, inclusive aqueles relacionados à Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, para a Vigilância em Saúde.		
A equipe alimenta os sistemas de informação sob sua responsabilidade.		

5.3.6 CENTRALIZAÇÃO NA FAMÍLIA

Busca o conhecimento dos membros da família, através de seus problemas de saúde e do reconhecimento da família enquanto espaço singular (Starfield, 2002).

A tabela 26 apresenta as respostas relativas ao atributo da APS: centralização na família, na opinião de trabalhadores da saúde e usuários dos serviços de saúde dos municípios de Crato, Itapipoca, Quiterianópolis e Trairi. Para a avaliação desse atributo, foi subdividido em cinco itens onde apenas um não apresenta resposta positiva acima de 70%. O item 2, a equipe desenvolve

junto às famílias ações abordando a saúde da criança foi o melhor avaliado com 90,6% das respostas positivas e o item 5, a equipe realiza visitas domiciliares às famílias foi o pior avaliado com 67,2% das respostas positivas.

Percebemos que esse atributo é executado pela equipe de saúde, o que fortalece o cuidado, pois a família é considerada o eixo principal da atenção, devendo estar em processo contínuo de interação com a equipe de saúde, tendo acesso às informações necessárias para o conhecimento da situação de saúde sem desprezar as necessidades individuais e seu potencial de cuidado.



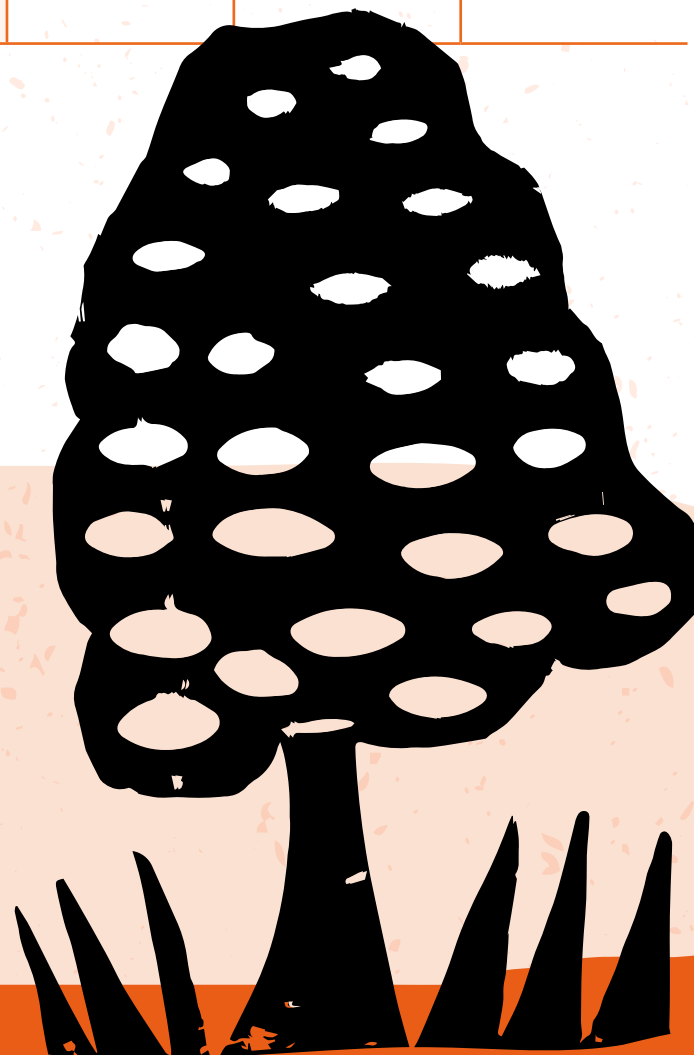
TABELA 26 - ANÁLISE DA ESF QUANTO A CENTRALIZAÇÃO NA FAMÍLIA NO ESTADO DO CEARÁ.

CENTRALIZAÇÃO NA FAMÍLIA	SIM N (%)	NÃO N (%)	NR N (%)
As famílias da área de abrangência estão classificadas segundo o grau de risco.	49 (76,6)	12 (18,8)	1 (1,6)
A equipe desenvolve junto às famílias ações abordando a saúde da criança.	58 (90,6)	4 (6,3)	2 (3,1)
A equipe desenvolve junto às famílias ações abordando os cuidados no pré-natal, parto e puerpério.	57 (89,1)	4 (6,3)	3 (3,1)
A equipe desenvolve ações junto às famílias relacionadas aos cuidados com a hipertensão e/ou diabetes.	48 (75,0)	15 (23,4)	1 (1,6)

CENTRALIZAÇÃO NA FAMÍLIA	SIM N (%)	NÃO N (%)	NR N (%)
A equipe realiza visitas domiciliares às famílias.	43 (67,2)	18 (28,1)	3 (4,7)

Fonte: Banco de dados da pesquisa, 2022.

LEGENDA: N - NÚMERO ABSOLUTO DO TOTAL DE RESPONDENTES; (%) - FREQUÊNCIA SIMPLES; NR - NÃO RESPONDEU.





RAÍZES DA VIDA

Analise a sua equipe em relação ao atributo centralização na família.

Selecione o item abaixo informando se a sua equipe da Estratégia Saúde da Família **REALIZA** (SIM ou NÃO) as ações abaixo descritas.

QUADRO 6 - PARÂMETROS DE ATRIBUIÇÕES COMUNS DAS EQUIPES DA ESF DEFINIDOS NA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA-CENTRALIZAÇÃO NA FAMÍLIA.

PARÂMETROS	1. SIM	2. NÃO
CENTRALIZAÇÃO NA FAMÍLIA		
As famílias da área de abrangência estão classificadas segundo o grau de risco.		
A equipe desenvolve junto às famílias ações abordando a saúde da criança.		

PARÂMETROS	1. SIM	2. NÃO
A equipe desenvolve junto às famílias ações abordando os cuidados no pré-natal, parto e puerpério.		
A equipe desenvolve ações junto às famílias relacionadas aos cuidados com a hipertensão e/ou diabetes.		
A equipe realiza visitas domiciliares às famílias.		



5.3.7 ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA

Entendimento que as necessidades de saúde e outras necessidades expressadas pelas famílias adscritas se relacionam ao contexto social mais amplo, ao qual elas pertencem estão inseridas (Starfield, 2002).

A tabela 27 apresenta as respostas relativas ao atributo da APS: orientação comunitária, na opinião de trabalhadores da saúde e usuários dos serviços de saúde dos municípios de Crato, Itapipoca, Quiterianópolis e Trairi. Para a avaliação desse atributo, foi subdividido em cinco itens onde nenhum apresenta resposta positiva acima de 70%. O item melhor avaliado com 37,5% das respostas positivas foi o 5, a equipe pratica o cuidado de grupos sociais e propõe intervenções que possam influenciar os processos saúde-doença individual, das coletividades e da própria comunidade e tres itens apre-

sentam as piores avaliações com 34,4% que são os itens 1, a equipe identifica as principais lideranças comunitárias e mantém diálogo regular com elas sobre o cuidado em saúde ofertado para a comunidade; 2, participa de atividades organizadas pelas comunidades e movimentos sociais para discutir problemas sociais, ambientais e sanitários dos territórios das PCFA e 3, a comunidade tem mecanismos para manifestar formalmente a sua opinião em relação à unidade de saúde.

Percebemos que o atributo orientação comunitária precisa de mais ênfase por parte das equipes de saúde, pois esse atributo refere-se ao reconhecimento da influência do contexto social, econômico e cultural nas necessidades de saúde de uma comunidade, além do reconhecimento da importância da disseminação de informações epidemiológicas e o estímulo à participação comunitária no planejamento e avaliação dos serviços.



TABELA 27 - ANÁLISE DA ESF QUANTO A ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA NO ESTADO DO CEARÁ.

ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA	SIM N (%)	NÃO N (%)	NR N (%)
A equipe identifica as principais lideranças comunitárias e mantém diálogo regular com elas sobre o cuidado em saúde ofertado para a comunidade.	22 (34,4)	41 (64,1)	1 (1,6)
Participa de atividades organizadas pelas comunidades e movimentos sociais para discutir problemas sociais, ambientais e sanitários dos territórios das PCFA.	22 (34,4)	40 (62,5)	2 (3,1)
A comunidade tem mecanismos para manifestar formalmente a sua opinião em relação à unidade de saúde.	22 (34,4)	41 (64,1)	1 (1,6)

ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA	SIM N (%)	NÃO N (%)	NR N (%)
A equipe identifica e mantém diálogo com as principais associações, sindicatos ou outras instituições sociais ligadas à comunidade.	23 (35,9)	40 (62,5)	1 (1,6)
A equipe pratica o cuidado de grupos sociais e propõe intervenções que possam influenciar os processos saúde-doença individual, das coletividades e da própria comunidade.	24 (37,5)	36 (56,3)	4 (6,3)

Fonte: Banco de dados da pesquisa, 2022.

LEGENDA: N - NÚMERO ABSOLUTO DO TOTAL DE RESPONDENTES; (%) - FREQUÊNCIA SIMPLES; NR - NÃO RESPONDEU.



Analise a sua equipe em relação ao atributo orientação comunitária.

Selecione o item abaixo informando se a sua equipe da Estratégia Saúde da Família **REALIZA** (SIM ou NÃO) as ações abaixo descritas.

QUADRO 7 - PARÂMETROS DE ATRIBUIÇÕES COMUNS DAS EQUIPES DA ESF DEFINIDOS NA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA-ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA.

PARÂMETROS	1. SIM	2. NÃO
ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA		
A equipe identifica as principais lideranças comunitárias e mantém diálogo regular com elas sobre o cuidado em saúde ofertado para a comunidade.		
Participa de atividades organizadas pelas comunidades e movimentos sociais para discutir problemas sociais, ambientais e sanitários dos territórios das PCFA.		

PARÂMETROS

1. SIM

2. NÃO

A comunidade tem mecanismos para manifestar formalmente a sua opinião em relação à unidade de saúde.

A equipe identifica e mantém diálogo com as principais associações, sindicatos ou outras instituições sociais ligadas à comunidade.

A equipe pratica o cuidado de grupos sociais e propõe intervenções que possam influenciar os processos saúde-doença individual, das coletividades e da própria comunidade.



5.3.8 ORGANIZAÇÃO, GESTÃO E EDUCAÇÃO PARA O SERVIÇO

Processos de gestão e de educação permanente em saúde a partir das necessidades das pessoas.

A tabela 28 apresenta as respostas relativas ao parâmetro de atribuições comuns da Atenção Primária à Saúde: organização, gestão e educação para o serviço, na opinião de trabalhadores da saúde e usuários dos serviços de saúde dos municípios de Crato, Itapipoca, Quiterianópolis e Trairi. Para a avaliação desse atributo, foi subdividido em cinco itens onde nenhum apresenta resposta positiva acima de 70%. Os três itens melhores avaliados apresentaram a mesma pontuação com 43,8% de respostas positivas, que foram os itens 1, para o planejamento das ações e serviços, a equipe utiliza instrumentos de planejamento estratégico situacional em saúde e envolve a comunidade, item 2, realizar busca ativa e notifica doenças e agravos de notificação compulsória, bem como outras doenças, agravos, surtos, acidentes, violências, situações sanitárias e ambientais de importância local, considerando essas ocorrências para o planejamento de ações de



prevenção, proteção e recuperação em saúde no território e o item 4, realiza trabalhos interdisciplinares e em equipe, integrando áreas técnicas, profissionais de diferentes formações, buscando incorporar práticas de vigilância, clínica ampliada e matriciamento ao processo de trabalho cotidiano. O pior item avaliado foi o 5, realiza atividades de educação permanente para os trabalhadores da equipe com temáticas relacionadas às especificidades das PCFA e considerando a in-

terculturalidade para o cuidado em saúde para essas populações com 29,7% de respostas positivas.

Observamos que as ações direcionadas para fortalecer a prática dos trabalhadores com temáticas relacionadas as PCFA ainda precisam ser intensificadas, os núcleos de educação permanente no âmbito municipal serem implementados para a oferta de formações com essa finalidade.

TABELA 28 - ANÁLISE DA ESF QUANTO A ORGANIZAÇÃO, GESTÃO E EDUCAÇÃO PARA O SERVIÇO NO ESTADO DO CEARÁ.

ORGANIZAÇÃO, GESTÃO E EDUCAÇÃO PARA O SERVIÇO	SIM N (%)	NÃO N (%)	NR N (%)
Para o planejamento das ações e serviços, a equipe utiliza instrumentos de planejamento estratégico situacional em saúde e envolve a comunidade.	28 (43,8)	32 (50,0)	4 (6,3)
Realizar busca ativa e notifica doenças e agravos de notificação compulsória, bem como outras doenças, agravos, surtos, acidentes, violências, situações sanitárias e ambientais de importância local, considerando essas ocorrências para o planejamento de ações de prevenção, proteção e recuperação em saúde no território.	28 (43,8)	35 (54,7)	1 (1,6)

ORGANIZAÇÃO, GESTÃO E EDUCAÇÃO PARA O SERVIÇO	SIM N (%)	NÃO N (%)	NR N (%)
Realiza frequentemente o monitoramento e avaliação das ações da equipe, visando à readequação do processo de trabalho e do planejamento frente às necessidades, realidades, dificuldades e possibilidades analisadas.	24 (37,5)	35 (54,7)	5 (7,8)
Realiza trabalhos interdisciplinares e em equipe, integrando áreas técnicas, profissionais de diferentes formações, buscando incorporar práticas de vigilância, clínica ampliada e matriciamento ao processo de trabalho cotidiano.	28 (43,8)	31 (48,4)	4 (6,3)
Realiza atividades de educação permanente para os trabalhadores da equipe com temáticas relacionadas às especificidades das PCFA e considerando a interculturalidade para o cuidado em saúde para essas populações.	19 (29,7)	41 (64,1)	4 (6,3)

Fonte: Banco de dados da pesquisa, 2022.

LEGENDA: N - NÚMERO ABSOLUTO DO TOTAL DE RESPONDENTES; (%) - FREQUÊNCIA SIMPLES; NR - NÃO RESPONDEU.

Analisar a sua equipe em relação ao atributo organização, gestão e educação para o serviço.

Selecione o item abaixo informando se a sua equipe da Estratégia Saúde da Família **REALIZA** (SIM ou NÃO) as ações abaixo descritas.

QUADRO 8 - PARÂMETROS DE ATRIBUIÇÕES COMUNS DAS EQUIPES DA ESF DEFINIDOS NA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA - ORGANIZAÇÃO, GESTÃO E EDUCAÇÃO PARA O SERVIÇO.

PARÂMETROS	1. SIM	2. NÃO
ORGANIZAÇÃO, GESTÃO E EDUCAÇÃO PARA O SERVIÇO		
Para o planejamento das ações e serviços, a equipe utiliza instrumentos de planejamento estratégico situacional em saúde e envolve a comunidade.		
Realiza busca ativa e notifica doenças e agravos de notificação compulsória, bem como outras doenças, agravos, surtos, acidentes, violências, situações sanitárias e ambientais de importância local, considerando essas ocorrências para o planejamento de ações de prevenção, proteção e recuperação em saúde no território.		



PARÂMETROS	1. SIM	2. NÃO
Realiza frequentemente o monitoramento e avaliação das ações da equipe, visando à readequação do processo de trabalho e do planejamento frente às necessidades, realidades, dificuldades e possibilidades analisadas.		
Realiza trabalhos interdisciplinares e em equipe, integrando áreas técnicas, profissionais de diferentes formações, buscando incorporar práticas de vigilância, clínica ampliada e matriciamento ao processo de trabalho cotidiano.		
Realiza atividades de educação permanente para os trabalhadores da equipe com temáticas relacionadas às especificidades das PCFA e considerando a interculturalidade para o cuidado em saúde para essas populações.		

5.3.9 PRODUÇÃO COMPARTILHADA DO CUIDADO

Diálogos interculturais e gestão colaborativa da clínica no cuidado integral ao indivíduo e coletividades.

A tabela 29 apresenta as respostas relativas ao parâmetro de atribuições comuns da Atenção Primária à Saúde: produção compartilhada do cuidado, na opinião de trabalhadores da saúde e usuários dos serviços de saúde dos municípios de Crato, Itapipoca, Quiterianópolis e Trairi. Para a avaliação desse atributo, foi subdividido em cinco itens onde nenhum apresenta resposta positiva acima de 70%. O item 1 foi o melhor avaliado com 45,3% das respostas positivas, a equipe desenvolve ações educativas sistematizadas de forma que possam interferir no processo saúde-doença da população, no desenvolvimento de autonomia, individual e coletiva, e na busca

por qualidade de vida e promoção do autocuidado pelas comunidades. E o 5, avalia o impacto das ações de produção do cuidado em saúde realizadas pela equipe sobre o processo saúde-doença nos territórios das PCFA, apresentou apenas 34,4% das respostas positivas.

Portanto, as equipes precisam direcionar suas ações para a produção compartilhada do cuidado desenvolvendo mais ações educativas sistematizadas, realizar ações de fomento a autonomia e protagonismo dos diferentes sujeitos implicados na produção da saúde e os membros da equipe precisam participar do conselho local de saúde de sua área de abrangência articulando e incentivando a participação dos trabalhadores e da comunidade nas reuniões dos conselhos locais e municipais de saúde.



TABELA 29 - ANÁLISE DA ESF QUANTO A PRODUÇÃO COMPARTILHADA DO CUIDADO NO ESTADO DO CEARÁ.

PRODUÇÃO COMPARTILHADA DO CUIDADO	SIM N (%)	NÃO N (%)	NR N (%)
A equipe desenvolve ações educativas sistematizadas de forma que possam interferir no processo saúde-doença da população, no desenvolvimento de autonomia, individual e coletiva, e na busca por qualidade de vida e promoção do autocuidado pelas comunidades.	29 (45,3)	33 (51,6)	2 (3,1)
A equipe realiza ações de fomento a autonomia e protagonismo dos diferentes sujeitos implicados na produção da saúde.	23 (35,9)	37 (57,8)	4 (6,3)
Membros da equipe participam do conselho local de saúde de sua área de abrangência, assim como articula e incentiva a participação dos trabalhadores e da comunidade nas reuniões dos conselhos locais e municipais de saúde.	26 (40,6)	28 (43,8)	10 (15,6)

PRODUÇÃO COMPARTILHADA DO CUIDADO	SIM N (%)	NÃO N (%)	NR N (%)
Realiza ações de Educação Popular em Saúde, que envolvam a arte e a cultura, na produção do cuidado e na promoção da saúde.	25 (39,1)	37 (57,8)	2 (3,1)
Avalia o impacto das ações de produção do cuidado em saúde realizadas pela equipe sobre o processo saúde-doença nos territórios das PCFA.	22 (34,4)	22 (34,4)	19 (29,7)

Fonte: Banco de dados da pesquisa, 2022.

LEGENDA: N - NÚMERO ABSOLUTO DO TOTAL DE RESPONDENTES; (%) - FREQUÊNCIA SIMPLES; NR - NÃO RESPONDEU.





CONTAR PARA CUIDAR

TERESA

Análise a sua equipe em relação ao atributo organização, gestão e educação para o serviço.

Selecione o item abaixo informando se a sua equipe da Estratégia Saúde da Família **REALIZA** (SIM ou NÃO) as ações abaixo descritas.

QUADRO 9 - PARÂMETROS DE ATRIBUIÇÕES COMUNS DAS EQUIPES DA ESF DEFINIDOS NA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA-PRODUÇÃO COMPARTILHADA DO CUIDADO.

PARÂMETROS	1. SIM	2. NÃO
PRODUÇÃO COMPARTILHADA DO CUIDADO		
A equipe desenvolve ações educativas sistematizadas de forma que possam interferir no processo saúde-doença da população, no desenvolvimento de autonomia, individual e coletiva, e na busca por qualidade de vida e promoção do autocuidado pelas comunidades.		
A equipe realiza ações de fomento a autonomia e protagonismo dos diferentes sujeitos implicados na produção da saúde.		

PARÂMETROS	1. SIM	2. NÃO
<p>Membros da equipe participam do conselho local de saúde de sua área de abrangência, assim como articula e incentiva a participação dos trabalhadores e da comunidade nas reuniões dos conselhos locais e municipais de saúde.</p>		
<p>Realiza ações de Educação Popular em Saúde, que envolvam a arte e a cultura, na produção do cuidado e na promoção da saúde.</p>		
<p>Avalia o impacto das ações de produção do cuidado em saúde realizadas pela equipe sobre o processo saúde-doença nos territórios das PCFA.</p>		



5.4 PARÂMETROS DE INOVAÇÃO RELACIONADOS AO CUIDADO EM SAÚDE

Os formulários sobre os Parâmetros de Inovação Relacionados ao Cuidado em Saúde preenchidos, sinalizam sobre como os trabalhadores de saúde e demais participantes identificam os atributos da atenção primária à saúde ocorrendo no cotidiano das práticas da equipe e em comunidade. Estes se colocam como apontamentos de inovação no cuidado em saúde, ao trazer a qualificação e construção de um novo modo de fazer saúde em e com a comunidade.

Considerando o processo de trabalho das equipes voltado para a PCFA em questão, a abordagem centrada no território se coloca como importante elemento, no entanto, as ações ainda não reconhecem as questões ambientais e de saúde que estão presentes no território e que se colocam como foco de intervenções e articulação com a saúde, como apresenta a Tabela 30.

Sobre a questão, verificamos que se tem de modo incipiente a identificação pela equipe dos processos produtivos danosos, dos poluentes e agravos, no entanto, as ações para enfrentamento dos impactos e dos problemas relacionados ao saneamento, acesso à água e manejo de resíduos ainda são escassas.

TABELA 30 - ANÁLISE DA ESF QUANTO A ABORDAGEM CENTRADA NO TERRITÓRIO NO ESTADO DO CEARÁ.

ABORDAGEM CENTRADA NO TERRITÓRIO	NR N (%)	REALIZA COM MUITA FREQUÊNCIA N (%)	REALIZA FREQUENTE N (%)	REALIZA, MAS NÃO COM FREQUÊNCIA N (%)	POUCO REALIZA N (%)	NÃO REALIZA N (%)
1. A equipe identifica processos produtivos danosos no território, como empreendimentos que causam a poluição das águas, do ar e dos solos.	1 (1,6)	3 (4,7)	7 (10,9)	10 (15,6)	5 (7,8)	38 (59,4)
2. A equipe identifica quais são os poluentes lançados pelos empreendimentos no ambiente e seus impactos sobre os modos de vida e formas de trabalho presentes nas PCFA.	2 (3,1)	3 (4,7)	6 (9,4)	14 (21,9)	4 (6,3)	35 (54,7)
3. A equipe identifica os agravos nas populações que são decorrentes dos empreendimentos implantados no território.	1 (1,6)	3 (4,7)	7 (10,9)	9 (14,1)	3 (4,7)	31 (48,4)

ABORDAGEM CENTRADA NO TERRITÓRIO	NR N (%)	REALIZA COM MUITA FREQUÊNCIA N (%)	REALIZA FREQUENTE N (%)	REALIZA, MAS NÃO COM FREQUÊNCIA N (%)	POUCO REALIZA N (%)	NÃO REALIZA N (%)
4. A equipe realiza ações em conjunto com as comunidades para o enfrentamento dos impactos produzidos por empreendimentos no ambiente e na saúde das populações.	3 (4,7)	5 (7,8)	6 (9,4)	2 (3,1)	2 (3,1)	46 (71,9)
5. A equipe realiza ações em conjunto com as comunidades para o enfrentamento de problemas relacionados com o saneamento, o acesso à água e o manejo dos resíduos sólidos nas PCFA.	2 (3,1)	3 (4,7)	5 (7,8)	6 (9,4)	11 (17,2)	36 (56,3)

Fonte: Banco de dados da pesquisa, 2022.

LEGENDA: N - NÚMERO ABSOLUTO DO TOTAL DE RESPONDENTES; (%) - FREQUÊNCIA SIMPLES; NR - NÃO RESPONDEU.

Considerando as questões relacionadas à população do campo, floresta e águas, a Tabela 31 aponta que não há um reconhecimento e valorização dos aspectos de vida e trabalho dessa população como promotores da saúde bem como dos saberes e práticas tradicionais, como preconiza a política e como seria adequado. A promoção da saúde, estímulos às práticas de alimentação saudável e conseqüente segurança alimentar, compõem o elenco de ações a serem desenvolvidas pelas equipes, fortalecendo os vínculos com a população da área adscrita no cumprimento da responsabilidade sanitária que lhe é atribuída.



TABELA 31 - ANÁLISE DA ESF QUANTO A POPULAÇÕES DO CAMPO, FLORESTA E ÁGUAS NO ESTADO DO CEARÁ.

POPULAÇÕES DO CAMPO, FLORESTA E ÁGUAS	NR N (%)	REALIZA COM MUITA FREQUÊNCIA N (%)	REALIZA FREQUENTE N (%)	REALIZA, MAS NÃO COM FREQUÊNCIA N (%)	POUCO REALIZA N (%)	NÃO REALIZA N (%)
1. A equipe reconhece, valoriza e fortalece os aspectos do trabalho e do modo de vida das PCFA que são promotores da saúde.	3 (4,7)	14 (21,9)	3 (4,7)	5 (7,8)	10 (15,6)	29 (45,3)
2. A equipe realiza atividades de valorização dos saberes e das práticas tradicionais de saúde das PCFA e recomenda essas práticas presentes no território.	2 (3,1)	14 (21,9)	3 (4,7)	11 (17,2)	4 (6,3)	30 (46,9)

Fonte: Banco de dados da pesquisa, 2022.

LEGENDA: N - NÚMERO ABSOLUTO DO TOTAL DE RESPONDENTES; (%) - FREQUÊNCIA SIMPLES; NR - NÃO RESPONDEU.

No contexto da atenção com foco em grupos populacionais específicos do território, a Tabela 32 apresenta que a equipe não considera a ênfase no cuidado integral a partir das necessidades específicas da população, relacionado ao modo de vida e trabalho além do olhar voltado às especificidades de gênero na mulher.

Nos modos de vida das populações das PCFA, as formas de trabalho e os meios de sobrevivência são imbricados com a existência, fato que extrapola limites de horários, intempéries da natureza, dias específicos. As necessidades estão presentes no cotidiano da vida exigindo das pessoas uma presença contínua, maior exposição dos corpos, um olhar atento e vigilante para a obtenção de resultados que supram o que lhes é necessário. Essas especificidades merecem um olhar e atenção pela equipe de saúde, considerando a situação individual de pessoas, de famílias, vinculando-as a essas condições presentes na vida delas.

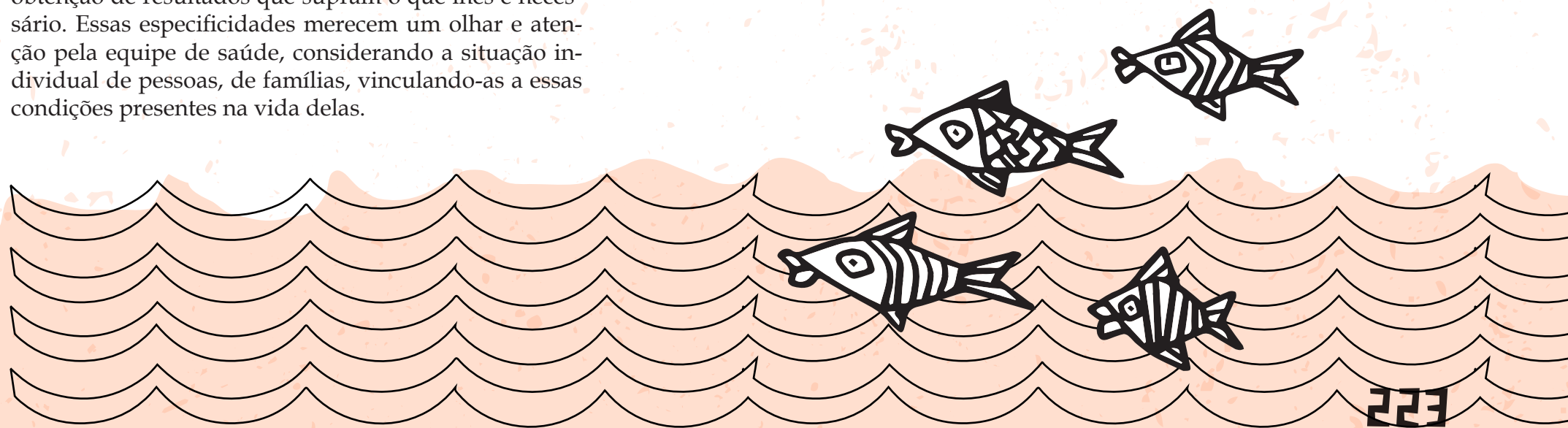


TABELA 32 - ANÁLISE DA ESF QUANTO A FOCO EM GRUPOS POPULACIONAIS ESPECÍFICOS NO ESTADO DO CEARÁ.

FOCO EM GRUPOS POPULACIONAIS ESPECÍFICOS	NR N (%)	REALIZA COM MUITA FREQUÊNCIA N (%)	REALIZA FREQUENTE N (%)	REALIZA, MAS NÃO COM FREQUÊNCIA N (%)	POUCO REALIZA N (%)	NÃO REALIZA N (%)
1. A equipe produz o cuidado integral a saúde considerando necessidades de saúde específicas das PCFA relacionadas com o modo de vida e trabalho dessas populações.	4 (6,3)	15 (23,4)	2 (3,1)	9 (14,1)	4 (6,3)	29 (45,3)
2. A equipe desenvolve ações voltadas para o cuidado das mulheres das PCFA considerando as especificidades de gênero nessas populações.	4 (6,3)	15 (23,4)	3 (4,7)	8 (12,5)	7 (10,9)	26 (40,6)

Fonte: Banco de dados da pesquisa, 2022.

LEGENDA: N - NÚMERO ABSOLUTO DO TOTAL DE RESPONDENTES; (%) - FREQUÊNCIA SIMPLES; NR - NÃO RESPONDEU.

Outro elemento importante identificado diz respeito a educação, informação e comunicação em saúde desenvolvido pelas equipes, conforme apresenta a Tabela 33. Ainda existem barreiras geográficas e de acesso à informação no contexto das PCFA, mas as equipes procuram vencê-las e utilizam os meios de comunicação como rádio comunitária, grupos de WhatsApp, facebook, entre outros, para envolver a comunidade e todos os grupos inseridos nela na produção de cuidado em saúde.

São importantes ferramentas de comunicação as Tecnologias Digitais de Informação e Comunicação em Saúde (TDICS) que se colocam como mediadoras não apenas no contexto da formação, mas também da atenção em saúde ao colocar-se como fonte importante de veiculação de informações que habilitará a comunidade no incremento das habilidades pessoais e de cuidado em saúde (Schuartz; Sarmiento, 2020).

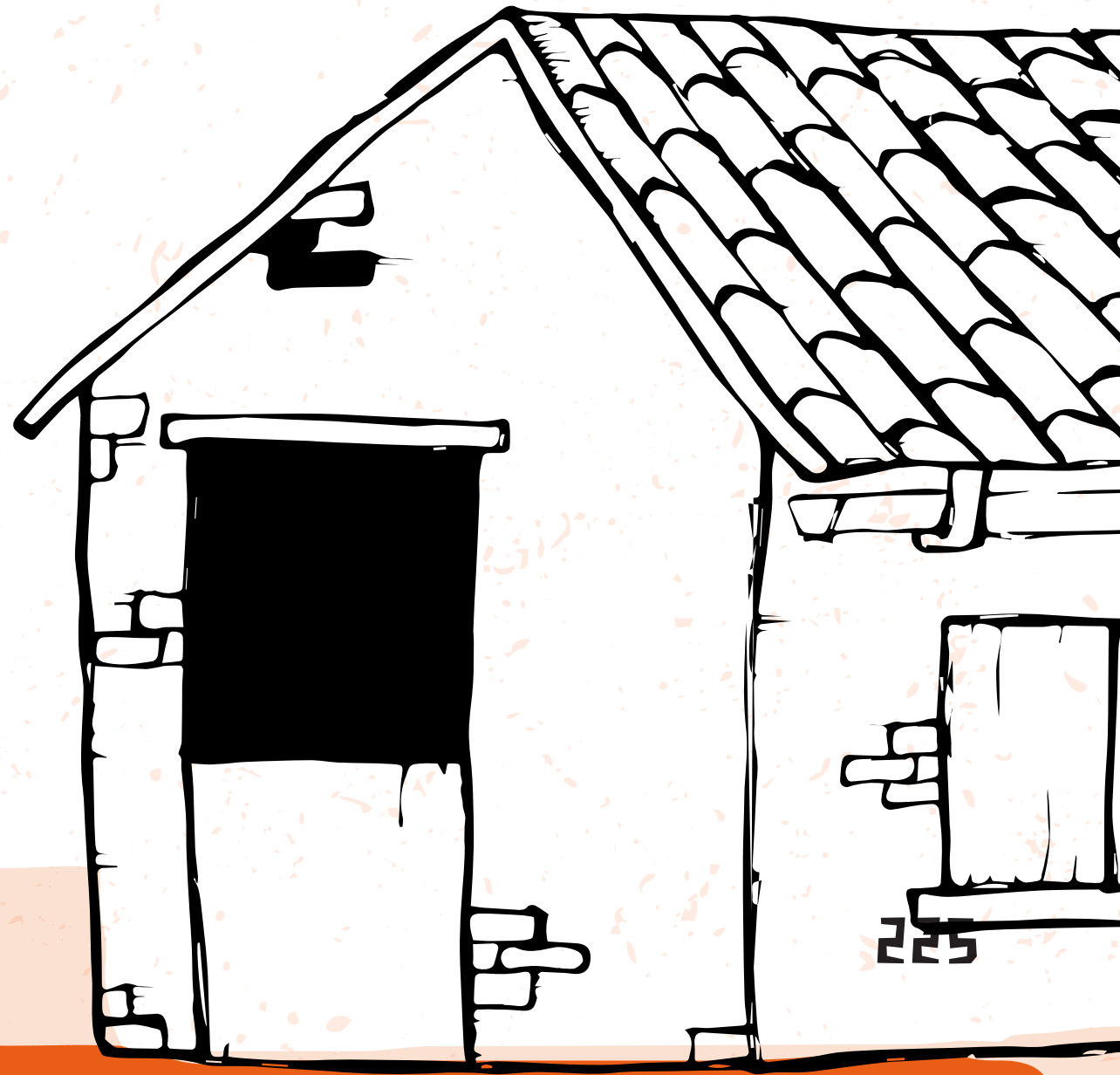


TABELA 33 - ANÁLISE DA ESF QUANTO A EDUCAÇÃO, INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO EM SAÚDE NO ESTADO DO CEARÁ.

EDUCAÇÃO, INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO EM SAÚDE	NR N (%)	REALIZA COM MUITA FREQUÊNCIA N (%)	REALIZA FREQUENTE N (%)	REALIZA, MAS NÃO COM FREQUÊNCIA N (%)	POUCO REALIZA N (%)	NÃO REALIZA N (%)
1. A equipe utiliza meios de comunicação, tais como: rádios comunitárias, grupos de WhatsApp, facebook, ou outros que envolvam as comunidades, jovens, mulheres, famílias, idosos e escolas para produzir o cuidado.	3 (4,7)	27 (42,2)	0 (0)	0 (0)	19 (29,7)	15 (23,4)

Fonte: Banco de dados da pesquisa, 2022.

LEGENDA: N - NÚMERO ABSOLUTO DO TOTAL DE RESPONDENTES; (%) - FREQUÊNCIA SIMPLES; NR - NÃO RESPONDEU.







228



6. CONSIDERAÇÕES E PROPOSTAS DE AÇÕES PARA FORTALECER A ESF NO CEARÁ

Identificamos que a implantação da ESF continua ascendente, ainda que não esteja totalmente universalizada no Ceará, mas com uma cobertura expressiva de 83,3 % da população. Ressaltamos que a necessidade de avançar na implantação da saúde bucal, bem como ampliar a cobertura de médicos e valorizar a presença dos agentes comunitários de saúde, enfermeiros e técnicos de enfermagem na ESF cearense.

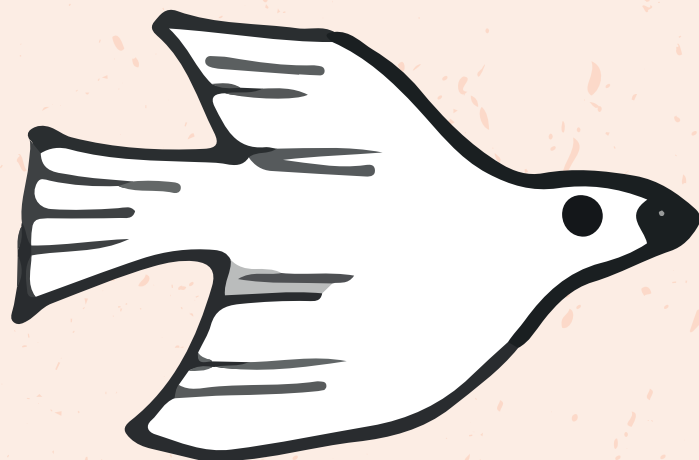
Outro aspecto relevante é abordar o território, considerando a ESF urbana e rural no Ceará, tentando desen-

dar suas singularidades, a capilaridade e tipo de equipe e de população assistida. Apesar das populações do campo, da floresta e das águas estarem presentes em todo o território, inclusive urbanos, há um predomínio destes grupos populacionais nos territórios rurais. E adotando-se este recorte identificou-se que 1070 equipes da ESF estão em municípios rurais adjacentes, corroborando com a universalidade e a equidade do SUS nestes territórios, cumprindo assim, o primeiro eixo da PNSIPCFSA, que é a garantia do acesso.



Com esta pesquisa foi possível, em parte, verificar a complexidade que envolve a operacionalização da ESF como modelo organizacional, que orienta as ações da APS no Estado do Ceará, no que tange à cobertura populacional e o desafio de manter um quadro funcional de profissionais da saúde para atuarem nas equipes de saúde da família e equipes de saúde bucal nos 184 municípios do Ceará.

A ampliação de investimentos para a APS e a qualificação das equipes de saúde da família, a fim de garantir

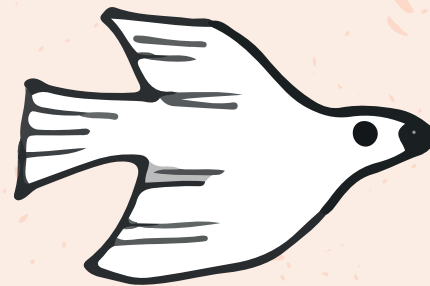
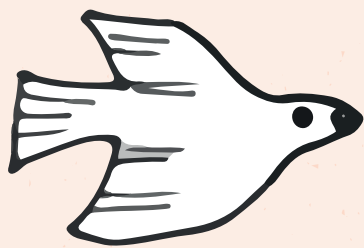


os princípios da ESF de atuar em equipe, avançando na interprofissionalidade, compreendendo o território, com competência cultural e orientação comunitária possibilitará cada vez mais o acesso à saúde de qualidade e o cuidado para o povo cearense.

A garantia do cuidado integral passa fortemente pela formação dos trabalhadores da saúde, sendo de suma importância a educação permanente da força de trabalho em saúde da APS. Na pesquisa em tela, aprofundar as análises e conhecer o cenário de práticas nos territórios serão passos subsequentes, com vistas a dialogar com estes resultados e continuar na etapa diagnóstica da pesquisa-ação. Por ora estes resultados são de grande utilidade para o desenvolvimento de estratégias e ações que visem a qualificação da ESF e o fortalecimento da APS nos territórios cearenses tanto para movimentos sociais, gestores e pesquisadores.

Os resultados reiteram a necessidade de elaborar estratégias e consolidar mecanismos que possam ser eficientes de vigilância em saúde relativa à morbimortalidade no Estado do Ceará. Destarte, faz-se necessário e urgente pensar estratégias, também, de proteção à vida e à saúde, sendo necessário entender melhor as causas e os motivos de cada indicador de morbidade e mortalidade, aqui descritos, assim como os agentes externos e as possibilidades que poderiam conferir certa vulnerabilidade ao povo do Ceará.

A prevenção da morbimortalidade pelos agentes e eventos, aqui descritos, na população cearense se faz, na atualidade, uma questão de indiscutível urgência. É sabido que o conhecimento da epidemiologia destes problemas não basta sozinho, visto estar-se diante de fenômenos complexos, com vários determinantes e com soluções desafiadoras e, por vezes, trabalhosas, que exigem interesses políticos, gestão em saúde, in-



vestimento de recursos (materiais, financeiros, logísticos) e mudanças mais gerais na sociedade.

É evidente, entretanto, que cabe a nós, pesquisadoras e pesquisadores da área da saúde, se implicar, elaborar, pesquisar, apontar e identificar ações que possam auxiliar a estabelecer estratégias de prevenção e medidas importantes para a promoção à saúde para a preservação da vida. Esperamos com estas reflexões contribuir para que gestores públicos, profissionais de saúde, movimentos sociais, percebam claramente pela linguagem numérica que é inadmissível há mais de uma década o Ceará permanecer com estagnação na taxa de mortalidade infantil. Este indicador obriga a todos e todas a repensar a Sociedade e o Estado. É preciso mudar esta realidade, e com o intuito de contribuir com esta mudança recomendamos:



☛ a) Ações necessárias para avançar no fortalecimento do direito à saúde e a promoção da saúde em territórios rurais:

Entendemos que o direito à saúde é inclusivo, incorporando outros direitos sociais, que interagem entre si, como: nutrição, moradia, acesso a água potável e segurança, condições sanitárias adequadas e de trabalho, bem como a ambientes saudáveis, ou seja, está intimamente relacionado a determinantes políticos, econômicos, sociais, culturais e ambientais, que afetam a saúde como um todo. Dentre os princípios do SUS, a equidade, entendida como um fator para a justiça social, considera o contexto de desigualdades e diversidade na inserção dessa política;

Integração das políticas sociais exercidas pelo poder público de forma a contemplar as necessidades sociais das populações específicas dos territórios rurais;

Estímulo a participação da população nos espaços de decisão da política de saúde em cada esfera de atuação, contribuindo na organização desses canais de atuação;

Reconhecimento das iniciativas comunitárias que possam melhorar a qualidade de vida e que promova a saúde, contribuindo com condições estruturais e atividades formativas que potencializem essa ação.

☛ b) Ações necessárias para avançar no aperfeiçoamento da ESF como modelo de atenção:

A organização do processo de trabalho no seio da ESF vem, desde o decreto 7.508 do ano de 2011, tentando incorporar uma mudança de conteúdo das práticas no sentido de tomar para si a importante tarefa de coordenar o cuidado, ampliar a cobertura de ações e serviços, tornando o espaço de produção dessas ações um campo de oportunidades para concretizar o exercício

da cidadania e fortalecer o compromisso do setor saúde com a vida humana;

Temos vivido tempos contraditórios em que o Estado, como ente responsável pela condução da política de saúde ou outras afins, realiza movimentos que dificultam a incorporação de práticas que se aproximem das necessidades de saúde das populações;

Compreendemos que a ESF carece revisitar suas práticas colocando a sua vocação de proteger e promover a saúde e o compromisso ético com a missão que lhe é destinada;

Valorizar a acessibilidade como forma de ampliar a cobertura da oferta de serviços sem desvinculá-la do que é necessário para melhorar a qualidade de vida das pessoas assistidas;

Qualificar a atenção ofertada levando em conta os de-





terminantes da saúde nos territórios, a realidade vivida, as dificuldades enfrentadas e as iniciativas individuais e comunitárias que favorecem a saúde;

Estimular o protagonismo de equipes de saúde no sentido de lançar mão das tecnologias e meios de trabalho disponibilizados, porém, valorizar o conhecimento e formas de condução de problemas de saúde presentes nos modos de vida dos territórios;

Integrar as práticas de saúde presentes na ESF com outras políticas que podem oferecer as condições necessárias para suprir o que necessitam tais como alimentação, moradia, cultura, segurança e condições socioambientais que favorecem a saúde, a vida e o exercício da cidadania;

Buscar apoio para a criação de leis para a implementação das Práticas Integrativas e Complementares (PIC's) nos territórios da ESF, implantando as atividades relativas às Práticas Integrativas e Complementares nos

sistemas de informações oficiais do SUS;

Buscar apoio e reconhecimento da gestão municipal do SUS em Projetos realizados pelos profissionais que atuam na ESF.

☛) Ações necessárias para avançar no estímulo a inovação do cuidado em saúde em territórios do campo, da floresta e das águas:

Disseminar e compartilhar os conhecimentos sobre o uso de plantas e raízes do território com a comunidade;

Divulgar os cuidados usando os saberes e as plantas medicinais e/ou outras formas de cuidado relacionadas a resgate de culturas alimentares;

Fortalecer e visibilizar o uso das Práticas Integrativas e Complementares (PIC's) por meio de espaços de diálogos com distintas Instituições.







REFERÊNCIAS

ALMEIDA, P. F. de. *et al.*. Coordenação do cuidado e Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, v. 42, n. spe1, p. 244-260, set. 2018.

ALVIS OVALLOS, Fredy *et al.* **Leishmanioses no Brasil**: aspectos epidemiológicos, desafios e perspectivas. Atualidades em medicina tropical no Brasil: protozoários. Tradução. Rio Branco: Stricto Sensu, 2020. Disponível em: <https://sseditora.com.br/wp-content/uploads/Atualidades-em-Medicina-Tropical-no-Brasil-Protozo%C3%A1rios.pdf> . Acesso em: 23 jan. 2024.

ARAÚJO, J. D. de. Epidemiological Polarization in Brazil. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 21, n. 4, p. 533-538, dez. 2012.

ARRUDA, C. A. M. **O trabalho do agente comunitário de saúde**: percepção dos usuários de uma equipe do programa saúde da família de Boa Viagem - Ceará. 2007. Monografia (Curso de Especialização em Pesquisa Científica) - Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2007.

BACHILI, R. G.; SCAVASSA, A. J.; SPIRI, W. C. A identidade do agente comunitário de saúde: uma abordagem fenomenológica. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.13, n. 1, p. 51-60, 2008.

BRASIL. Congresso Nacional. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 25. abr. 2023.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações determinadas pelas Emendas Constitucionais de Revisão nos 1 a 6/94, pelas Emendas Constitucionais nos 1/92 a 91/2016 e pelo Decreto Legislativo no 186/2008. Brasília: Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas, 2016. 496 p.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção

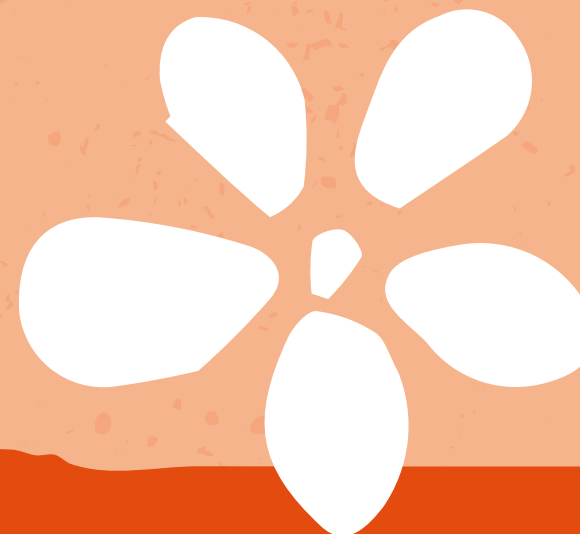
Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União 2011; dez 26.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Acolhimento à demanda espontânea**. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. **SIM: Sistema de Informação de Mortalidade**. Brasília: Ministério da Saúde, 2021 [acesso em 28 nov. 2021]. Disponível em: <http://svs.aids.gov.br/dantps/centrais-de-conteudos/paineis-de-monitoramento/mortalidade/gbd-brasil/principais-causas>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O trabalho do agente comunitário de saúde**. 3. ed. Brasília, DF, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Família**. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencao-basica.phd>. Acesso em: 27 jan. 2023.



BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Suicídio: saber, agir e prevenir.** Boletim Epidemiológico, v. 48, n. 30, 2017.

BRINGEL, B; VARELLA, R V S. **Pesquisa militante e produção de conhecimentos:** o enquadramento de uma perspectiva. 2014. Disponível em: <https://netsal.iesp.uerj.br/images/diversos/Texto-base.pdf>. Acesso em: 12 agosto 2023.

CARDOSO, M. C. B.; ARAÚJO, T. M. Os Centros de Referências em Saúde do Trabalhador e as ações em saúde mental: um inquérito no Brasil. **Rev Bras Saude Ocup**, v. 41, p. e7, 2016.

CARNEIRO, F. F.; PESSOA, V. M.; TEIXEIRA, A. C. de A (org.). **Campo, floresta e águas: práticas e saberes em saúde.** Editora UnB, 2017.

CEARÁ. Governo do Estado. **Ceará em números.** Disponível em: http://www.ceara.gov.br/portal_govce/ceara/ceara-em-numeros. Acesso em: 12 abr. 2020.

COSTA, L. A. da *et al.* Estratégia Saúde na Família rural: uma análise a partir da visão dos movimentos populares do Ceará. **Saúde Debate.** Rio de Janeiro. v 43, número especial 8, p. 36-49, 2019.

CRUZ, Y. M. V.; CARDOSO, M. C. F.; ALMEIDA, C. S. Leishmaniose visceral no brasil: aspectos epidemiológicos nos anos de 2014 a 2018. **Periódicos Repositório Tiradentes**, 2020.

CUNHA, E. M. DA.; GIOVANELLA, L. **Longitudinalidade/continuidade do cuidado:** identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 16, p. 1029-1042, 2011.

EPSJV/Fiocruz | 01/09/2008. **Oitava Conferência Nacional de Saúde:** o SUS ganha forma. São lançadas as diretrizes para a construção de um sistema descentralizado e único. Saúde é vista como dever do Estado. <http://www.ccs.saude.gov.br/cns/> Acesso em 08 de setembro das 2023 às 05:49.

ESMERALDO, G. R. de O. V. *et al.* **Tensão entre o modelo biomédico e a Estratégia Saúde da Família: a visão dos trabalhadores da saúde.** *Rev. APS.* v. 20, n. 1, p. 98-106, 2017.

FRANCO, C. M.; LIMA, J. G.; GIOVANELLA, L. Primary healthcare in rural areas: access, organization, and health workforce in an integrative literature review. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, n. 7, e00310520, 2021.

GALAVOTE, H. S.; FRANCO, T. B.; FREITAS, P. de S. S.; LIMA, E. de F. A.; GARCIA, A. C. P.; ANDRADE, M. A. C.; LIMA, R. de C. D.. A gestão do trabalho na estratégia saúde da família: (des)potencialidades no cotidiano do trabalho em saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 25, n.4, p.988-1002, 2016.

GIL, A. C.. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 6. ed. São Paulo: Atlas, 2017.

GUIMARAES, L.; VEIGA, R.; GUIMARÃES, R.; SOUZA, K. S.; CATETE, C. Epidemiologia espacial da



leishmaniose: um Estudo do Perfil Socioepidemiológico em Barcarena-PA. **Revista Saúde e Meio Ambiente - RESMA**, Três Lagoas, v. 11, n. 2, p. 19-35, 2020.

HEssel, R. **Apesar do crescimento do PIB, dados mostram que Brasil nunca foi tão desigual**. Postado em 07 de junho de 2021. Disponível em: <https://www.correio-braziliense.com.br/economia/2021/06/4929384-apesar-do-crescimento-do-pib-dados-mostram-que-brasil-nunca-foi-tao-desigual.html>. Acesso em: 25 nov. 20

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICAS. IBGE. **Diretoria de Pesquisas - DPE - Coordenação de População e Indicadores Sociais - COPIS**. 2021.

INSTITUTO NACIONAL DE CâNCER. **Estatísticas de Câncer** [internet]. Rio de Janeiro: INCA [acesso em 28 nov. 2021]. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/numeros-de-cancer>.

LIMA, D. M. N.; HOLANDA, M. M. Análise epidemiológica da leishmaniose tegumentar americana. **Rev.**

Cienc. Saúde., v.18, n.3, p.176-184, 2020.

LIMA, R. G.; MENDONÇA, T. M.; MENDES, T. S.; MENEZES, M. V. C. Perfil epidemiológico da leishmaniose visceral no Brasil, no período de 2010 a 2019. **REAS**. v. 13, n.4, e.6931, 2021.

MALTA, D. C.; SARDINHA, L. M. V.; MOURA, L.; LANSKY, S.; LEAL, M. C.; SZWARCOWALD, C. L.; FRANÇA, E.; ALMEIDA, M. F.; DUARTE, E. C. Atualização da lista de causas de mortes evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde do Brasil. **Epidemiol Serv Saúde**. v. 19, n. 2, p. 173-6, 2010.

MARTINS, T. C. F.; SILVA, J. H. C. M.; MÁXIMO, G. C.; GUIMARÃES, R. M. Transição da morbimortalidade no Brasil: um desafio aos 30 anos de SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 26, n. 10, p. 4483-4496, 2021.

NADANOVSKY, P.; SANTOS, A. P. P. dos. **Saúde amanhã: textos para discussão 56: mortes por causas externas no Brasil: previsões para as próximas duas décadas**. Fundação Oswaldo Cruz, 2021. 60 p. dis-

ponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/47615>.

NAGHAVI, M.; on behalf of The Global Burden of Disease Self-Harm Collaborators. Global, regional, and national burden of suicide mortality 1990 to 2016: systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. **British Medical Journal**, 364, p. 194, fev. 2019.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS)**. ONU: Nova York, 2015 [Acesso em 28 nov. 2021]. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/sdgs>.

PAIM, J. S., ALMEIDA F., N. Saúde coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? **Rev Saude Publica**, v.32, n.4, p.299-316, 1998.

PALMA, D. C. A.; SANTOS, E. S. D.; IGNOTTI, E. Analysis of spatial patterns and characterization of suicides in Brazil from 1990 to 2015. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 4, e00092819, 2020.



PESSOA, V. M. **Ecologia de saberes na tessitura de um pensamento em saúde no sertão**: do conhecimento regulado às práticas emancipatórias na estratégia saúde da família. 2015. 314 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2015.

PESSOA, V. M. *et al.* Pesquisa-ação: proposição metodológica para o planejamento das ações nos serviços de atenção primária no contexto da saúde ambiental e da saúde do trabalhador. **Interface** (Botucatu), v.17, n. 45, p. 301- 314, 2013.

PESSOA, V. M. *et al.* Sentidos e métodos de territorialização na atenção primária à saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Ago, vol.18, no.8, p.2253-2262, 2013.

PESSOA, V. M.; ALMEIDA, M. M.; CARNEIRO, F. F.. Como garantir o direito à saúde para as populações do campo, da floresta e das águas no Brasil?. **Saúde em Debate**, v. 42, p. 302-314, 2018.

PIANA, M. C. **A construção do perfil do assistente social no cenário educacional** [online]. São Paulo: Editora UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2009.

PIGNATI, W.; OLIVEIRA, N. P.; SILVA, A. M. C. da. Vigilância aos agrotóxicos: quantificação do uso e previsão de impactos na saúde-trabalho-ambiente para os municípios brasileiros. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 12, p. 4669-4678, dez. 2014.

REIS, W. G.; SCHERER, M. D. dos A.; CARCERERI, D. L.. O trabalho do Cirurgião-Dentista na Atenção Primária à Saúde: entre o prescrito e o real. **Saúde em Debate**, v. 39, p. 56-64, 2015.

SCHUARTZ, A.S.; SARMENTO, H.B.M. Tecnologias digitais de informação e comunicação (TDIC) e processo de ensino. **Rev katálysis** [Internet], v. 23, n. 3, p. 429-38, 2020.

SILVA, G. P. da. **Desenho de pesquisa**. Brasília: Enap, 2018.

SILVEIRA, J. A. V. da.; OLIVEIRA, E. H. de. Visceral Leishmaniose: epidemiological and temporal analysis in the state of Maranhão, Brazil. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 9, n. 8, p. e838986537, 2020.

STARFIELD, B. **Atenção Primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

STRALEN, A. C. S. V.; MASSOTE, A. W.; CARVALHO, C. L.; GIRARDI, S. N.. Percepção de médicos sobre fatores de atração e fixação em áreas remotas e desassistidas: rotas da escassez. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 27, n.1, 147-172, 2017.

TEIXEIRA, J. R. B. *et al.* Intoxicações por agrotóxicos de uso agrícola em estados do Nordeste brasileiro, 1999-2009. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 23, n. 3, p. 497-508, set. 2014.

TRAVASSOS, C.; NORONHA, J. C.; MARTINS, M. Mortalidade hospitalar como indicador de qualidade:



uma revisão. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. v. 4, n. 2, 1999.

VIANA, A. L. D.; POZ, M. R. D. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o programa de saúde da família. **Physis**, v. 15, Supl., p. 225-264, 2005.

VICTORA, C. G.; AQUINO, E. M. L.; LEAL, M. C.; MONTEIRO, C. A.; BARROS, F. C.; SZWARCOWALD, C. L. Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. **Lancet**, v. 377, n. 9780, p. 1863-1876, 2011.

VIELLAS, E. F. *et al.* Assistência pré-natal no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública** [online]. 2014, v. 30, n. Suppl 1, pp. S85-S100, 2014.

VILANOVA, S. da R. M.; CASSIA, A. R.. Papel da Análise de Dados Secundários na Construção de Pesquisas Sociais: Estratégia de Investigação. **XLIV Encontro da AnPAD - Em ANPAD 2020**. Evento on-line- 14 a 16 de outubro de 2020 -2177 - 2576 versão on line.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **OMS revela principais causas de morte e incapacidade em todo o mundo entre 2000 e 2019** [internet]. Geneva: OMS, 2021 [acesso em 28 nov. 2021]. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/9-12-2020-oms-revela-principais-causas-morte-e-incapacidade-em-todo-mundo-entre-2000-e>.



SOBRE OS AUTORES DO CADERNO



CARLOS ANDRÉ MOURA ARRUDA

Pedagogo, doutor em Saúde Pública, Pesquisador Colaborador do Serpovos, Docente do Programa de Pós-graduação em Saúde da Família (PROFSAÚDE) e Professor Assistente, Faculdade de Ciências da Saúde do Sertão Central (FACISC), Universidade Estadual do Ceará (UECE).

E-mail: carlos.arruda@fiocruz.br



ANDRESSA OLIVEIRA BRAZ DIAS

Enfermeira, mestranda do Programa de Pós-graduação em Saúde da Família (PROFSAÚDE), Profissional de saúde do SUS, Pesquisadora colaboradora do Serpovos.

E-mail: andressa_braz@msn.com



VANIRA MATOS PESSOA

Enfermeira sanitária, Doutora em Saúde Coletiva, Pesquisadora em Saúde Pública da Fiocruz Ceará, Professora dos Programas de Pós-graduação em Saúde da Família (PPGSF/RENASF) e do PROFSAÚDE, Coordenadora do Serpovos.

E-mail: vanira.pessoa@fiocruz.br





MARIA DAS GRAÇAS VIANA BEZERRA

Cirurgiã-dentista, mestre em Saúde Pública, Pesquisadora colaboradora do Serpovos.

E-mail: viannamaria@yahoo.com.br



RENATA CASTELO NÓBREGA

Cirurgiã-dentista, mestre em Saúde da Família, Profissional de saúde da Atenção Primária à Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza. Pesquisadora colaboradora do Serpovos.

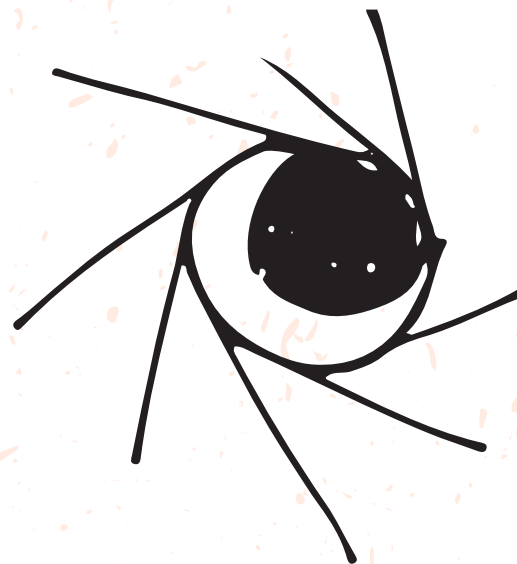
E-mail: renata.acastelo@hotmail.com



FERNANDO FERREIRA CARNEIRO

Biólogo, Doutor em Epidemiologia, Pesquisador em Saúde Pública da Fiocruz Ceará, Professor do Programa de Pós-graduação em Saúde da Família (PPGSF/RENASF), coordenador do participatório em saúde e ecologia de saberes.

E-mail: fernando.carneiro@fiocruz.br





ALISSAN KARINE LIMA MARTINS

Enfermeira, doutora em Enfermagem, Professora da Universidade Regional do Cariri (URCA) Pesquisadora Colaboradora do Serpovos.

E-mail: alissan.martins@urca.br



ANA CLÁUDIA DE ARAÚJO TEIXEIRA

Farmacêutica, doutora em Educação, Pesquisadora em Saúde Pública da Fiocruz Ceará, Professora do Programa de Pós-graduação em Saúde da Família (PPGSF/ RENASF)

E-mail: ana.claudia@fiocruz.br



LUÍS LOPES SOMBRA NETO

Médico, doutorando em Saúde Pública, professor substituto da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará, pesquisador Colaborador do Serpovos

E-mail: luisneto88@hotmail.com





RAFAEL DIAS DE MELO (POTIGUAR)

Biólogo sanitário, professor da Secretaria da Educação do Ceará, pesquisador colaborador do Serpovos

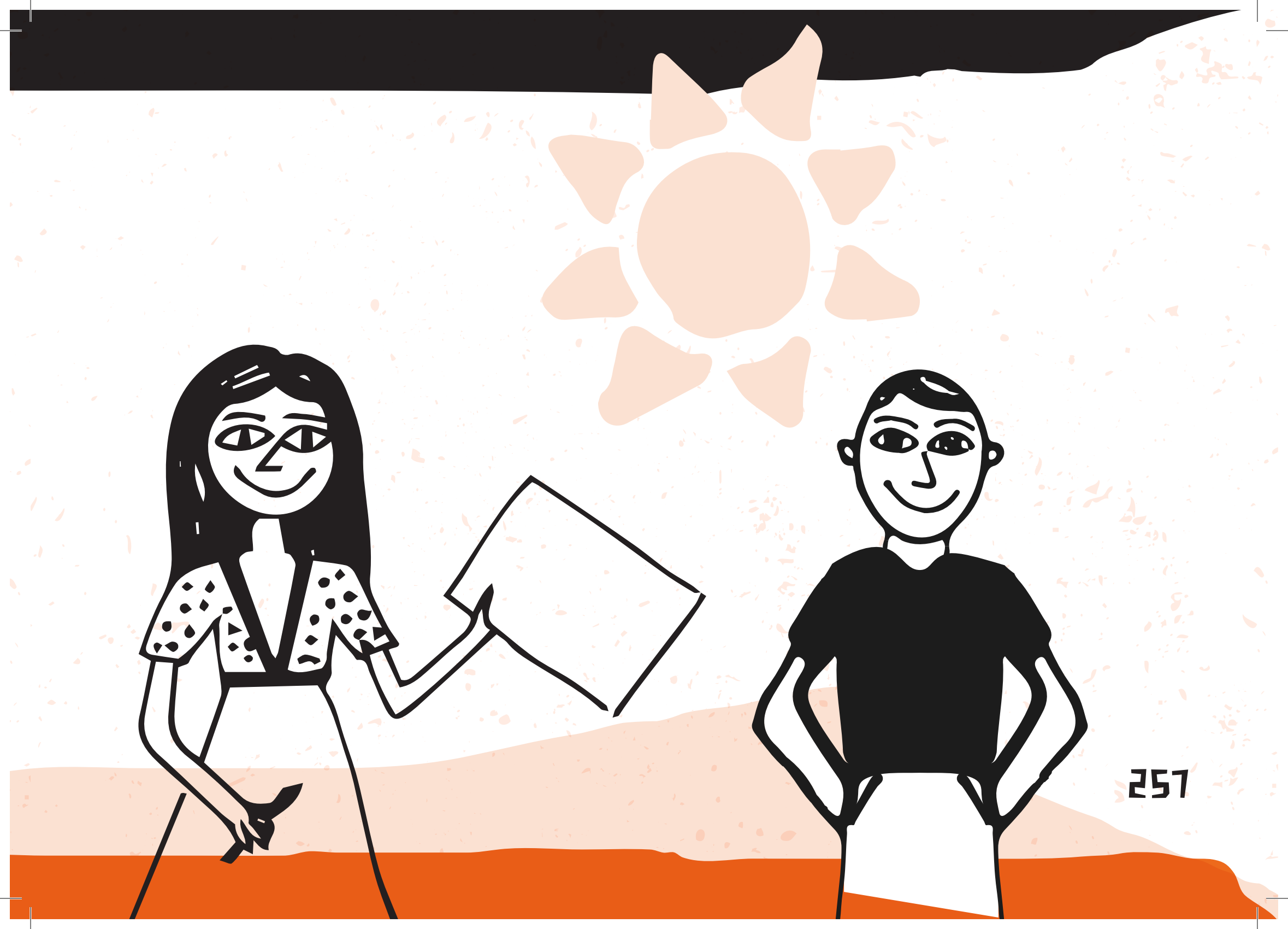
E-mail: rafael.potiguar@gmail.com



FLORA VIANA ELIZEU DA SILVA

Cientista ambiental, pesquisadora colaboradora do Serpovos

E-mail: flora_vi@hotmail.com









ISBN: 978-65-88540-05-3



9 786588 540053

BR

