

## CONSTITUIÇÃO E PERFIL DE UMA COMUNIDADE ATENDIDA POR ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Maria de Lourdes Denardin Budó\*  
 Maria Denise Schimith\*\*  
 Celso Leonel Silveira\*\*\*  
 Margot Agathe Seiffert\*\*\*\*  
 Daniele Trindade Vieira\*\*\*\*\*  
 Katiele Hundertmark\*\*\*\*\*

### RESUMO

Objetivou-se conhecer o perfil socioeconômico e a formação da comunidade visando subsidiar o planejamento em saúde. Trata-se de uma pesquisa qualitativa e descritiva. Para a coleta de dados, utilizou-se a Estimativa Rápida Participativa e como fonte de dados observação de campo, entrevistas com informantes-chave e análise documental. Ocorreu em 2008, na área de abrangência da Unidade de Saúde da Família São José, do município de Santa Maria, Rio Grande do Sul. Os dados foram trabalhados por meio da análise de conteúdo. Os resultados da pesquisa descrevem a formação, constituição, recursos da comunidade e dimensões dos determinantes sociais da saúde. A conformação da comunidade revela um território singular, ao mesmo tempo complexo e heterogêneo, favorecendo a intersetorialidade. Os determinantes sociais da saúde encontrados permitiram identificar vulnerabilidades, grandes disparidades socioeconômicas e também culturais. Esse dinamismo e complexidade deveriam ser considerados em todas as ações em saúde ali desenvolvidas, principalmente no planejamento local.

**Palavras-chave:** Planejamento em saúde comunitária. Atenção primária à saúde. Sistema único de saúde. Enfermagem.

### INTRODUÇÃO

Sabe-se atualmente que ter saúde ou ficar doente não se trata de algo casual ou destinado a esta ou àquela pessoa ou população. Trata-se de processo histórico e social, determinado pelo modo como cada pessoa ou grupo populacional se organiza em sociedade, e os recursos de que dispõe para viver<sup>(1)</sup>. Desta forma, os problemas de saúde, a representação social da doença e sua gravidade distribuem-se desigualmente entre as populações, seja por diferentes origens sociais, desigualdade de acesso às ações e aos serviços de saúde e demais políticas sociais<sup>(1)</sup>.

Nesse contexto, os determinantes sociais da saúde devem ser considerados como ferramentas essenciais para o planejamento em saúde, uma vez que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população. Estes podem ser relacionados com fatores

sociais, econômicos e políticos, que por sua vez podem determinar a busca pelos serviços de saúde, bem como a população mais vulnerável a ter problemas de saúde<sup>(2)</sup>.

A ampliação da compreensão do conceito de saúde e de seus determinantes possibilitou a análise da situação sanitária a partir de outras dimensões, incluindo dados de morbidade, incapacidade, acesso a serviços, qualidade da atenção, condições de vida e fatores ambientais. Considerando a saúde nesta concepção, a promoção da saúde e a prevenção das doenças, além de um trabalho interdisciplinar e intersetorial, são estratégias para sua obtenção<sup>(1)</sup>. A disponibilidade de informação apoiada em dados válidos e confiáveis é condição essencial para a análise objetiva da situação sanitária, assim como para a programação de ações de saúde<sup>(3)</sup>.

A implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) traz, em sua essência, a ampliação da

\* Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Associada do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGEnf) da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). E-mail: lourdesdenardin@gmail.com

\*\* Enfermeira. Doutora em Ciências. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da UFSM. E-mail: ma.denise2011@gmail.com

\*\*\* Enfermeiro. Mestre em Enfermagem pelo PPGEnf da UFSM. E-mail: ccilveira@hotmail.com

\*\*\*\* Enfermeira. Professora Substituta do Departamento de Enfermagem da UFSM. Mestranda do PPGEnf da UFSM. E-mail: margotenfer@gmail.com

\*\*\*\*\* Enfermeira graduada pela UFSM. E-mail: danieletrindadevieira@pop.com.br

\*\*\*\*\* Enfermeira graduada pela UFSM. E-mail: katielehun@gmail.com

autonomia administrativa do município, luta histórica de gestores, e com ela a necessidade de exercício do planejamento em saúde<sup>(4)</sup>. O processo de construção de informações para o planejamento ganha importância, já que entre os princípios da Estratégia Saúde da Família (ESF) está o de “desenvolver atividades de acordo com o planejamento e a programação realizados com base no diagnóstico situacional e tendo como foco a família e a comunidade”<sup>(5:9)</sup>.

O Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) desenvolve atividades nas ESF do município de Santa Maria, Rio Grande do Sul (RS), integrado às equipes. Por esta razão, justifica-se a necessidade de desvelar a constituição da comunidade, sua história e seu perfil socioeconômico, de modo que possibilite a realização do planejamento em saúde e o impacto nos indicadores de saúde local.

Este artigo apresenta o resultado de pesquisa realizada em área de abrangência da Unidade de Saúde da Família (USF) São José, localizada no bairro Camobi, cuja questão de pesquisa foi: qual é o perfil socioeconômico e como essa comunidade se constituiu? Para tanto, definiu-se como objetivo conhecer o perfil socioeconômico e a formação da comunidade, visando subsidiar o planejamento em saúde.

## MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa qualitativa descritiva, que utilizou para a coleta de dados a Estimativa Rápida Participativa (ERP). Este método é empregado para realizar diagnósticos da situação de saúde de grupos populacionais, fundamentando-se na identificação de informações relevantes que exponham as verdadeiras condições locais, a partir da própria população. Usa como fontes de dados registros existentes de fontes primárias e secundárias, observação de campo e entrevistas com informantes-chave, selecionados intencionalmente como pessoas de referência da comunidade. Na observação de campo, examina-se o ambiente físico da área, o perfil dos moradores, os tipos de serviços públicos oferecidos e as atitudes dos informantes durante a entrevista. Desse modo, a ERP permite evidenciar os problemas que afetam a população

e seus determinantes sociais, econômicos e ambientais<sup>(4)</sup>.

O cenário da pesquisa é o município de Santa Maria. Situa-se no centro do estado do RS e possuía, em 2008, uma população em torno de 260 mil habitantes. A assistência à saúde é conformada em distritos sanitários. A ESF foi implantada em 2004, com o objetivo de suprir vazios assistenciais, com 16 equipes mínimas e cinco equipes de saúde bucal, distribuídas nos distritos periféricos, atendendo uma cobertura de 23,84% da população do município. O contrato de trabalho das equipes era via terceirização. Em 2008 os agentes comunitários de saúde (ACS) foram concursados, mas o restante da equipe permaneceu com contrato provisório. A USF estudada possui duas áreas, cada uma constituída de seis microáreas. Em 2008, possuía uma população adscrita de 9.312 e 2.593 famílias cadastradas. A equipe no período da pesquisa era formada por duas enfermeiras, dois técnicos em enfermagem, duas médicas, uma dentista e um auxiliar de consultório odontológico.

A coleta de dados ocorreu no primeiro semestre de 2008, utilizadas como fonte de dados observação de campo, entrevistas com informantes-chave e análise documental. As entrevistas foram realizadas com 21 informantes-chave, dentre eles, oito moradores, seis ACS e sete dos demais integrantes da equipe de saúde da USF. As informações da análise documental advieram principalmente das instituições religiosas, de saúde e educação existentes no território, bem como o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). Além dessas fontes de dados, utilizou-se a observação de campo. Para isso, durante as entrevistas e a permanência nos locais de coleta de dados, como a USF, as residências dos entrevistados, ruas e dependências comunitárias foram observados o ambiente, as atividades desenvolvidas pelas pessoas, com vistas a descrever o contexto, o mais próximo possível da realidade. As observações foram registradas em um diário de campo.

Os dados foram trabalhados por meio da análise de conteúdo, do tipo temática<sup>(6)</sup>. Na apresentação dos resultados, registrou-se, em letra estilo itálico, as ideias centrais reveladas nos discursos, a identidade dos informantes foi

resguardada por meio de código composto por uma ou duas letras e um número, como por exemplo, MO1. As letras MO, EA e E representam, respectivamente, o morador, o ACS e a equipe de saúde da área de abrangência pesquisada, e o número, que se segue à letra, identifica a ordem da realização das entrevistas por segmento (MO1 a MO6, EA1 a EA6 e E1 a E7).

Respeitando os princípios éticos de uma pesquisa com seres humanos, conforme a Resolução 196/96<sup>(7)</sup>, foi lido e entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em duas vias, uma para o pesquisado e outra para o pesquisador. O projeto de pesquisa foi analisado e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da instituição a que o projeto está vinculado, com o número do processo: 23081.007518/2008-82 e CAAE (Certificado de Apresentação para Apreciação Ética): 0088.0.243.000-08.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados da pesquisa permitiram identificar dois temas: conformação da realidade local e dimensões dos determinantes sociais da saúde.

### CONFORMAÇÃO DA REALIDADE LOCAL: FORMAÇÃO, COMPOSIÇÃO E RECURSOS DISPONÍVEIS

De acordo com os dados da pesquisa, inicialmente a comunidade de São José tratava-se de uma área rural, povoada com a chegada do imigrante italiano Luis Franciscatto, em 1875, que veio em navio durante a imigração Italiana para o Brasil.

Ao chegar a Santa Maria, Franciscatto conheceu o padre Marcelino Bitencourt e começou a trabalhar como sacristão. Posteriormente, buscou sua família na Itália, trazendo consigo a imagem de São José, seu santo de devoção. Chegando a Santa Maria, com o auxílio de sua família e com o apoio do padre Bitencourt, construiu uma pequena capela, inaugurada em 1885. Assim, o nome da capela e da localidade passou a ser São José.

Na perspectiva do imigrante italiano, um dos valores fundamentais é a religiosidade, no caso, representada pela Igreja Católica. Dessa forma,

uma das primeiras ações da comunidade foi construir uma capela. Para os imigrantes, a capela era símbolo de orgulho e progresso, a presença do padre significava a garantia de crescimento para a comunidade<sup>(8)</sup>.

Com o passar do tempo, a família de Franciscatto foi aumentando e a pequena comunidade começou a tomar proporções maiores, tornando a localidade mais povoada, surgindo, assim, a necessidade de ampliação da capela, fato ocorrido em meados de 1900 e posteriormente em 1949.

Conforme dados encontrados nas entrevistas, as famílias que iniciaram a *urbanização* do Bairro São José tinham um nível socioeconômico alto, lotearam pequenas áreas e construíram suas próprias casas. Esse aumento da população gerou demandas de empreendimento as quais atendessem no mínimo às necessidades básicas das pessoas para o crescimento e desenvolvimento da localidade em questão. Assim, nesse período histórico, se inicia o processo de urbanização, conforme ocorreu na maior parte dos países, mesmo os industrializados<sup>(9)</sup>.

Atualmente, pode-se constatar que a comunidade é urbana, contando também com uma parte considerada rural, constituindo-se em um território muito extenso, dividido em duas áreas, cada uma com seis microáreas. No entanto, a área urbana preserva ainda muitos aspectos rurais. Ao se chegar à USF, observa-se, nas redondezas, a presença de terrenos destinados à criação de animais.

As *crenças religiosas* seguidas pelos moradores são, em sua maioria, a Católica e a Evangélica, esta última, segundo os informantes, a predominante. Na comunidade essas crenças também servem de espaço para se fazer saúde, constituindo-se em redes sociais de apoio para problemáticas sociais.

*Em relação à Evangélica {Assembleia de Deus}, os cultos já serviram também de espaço para informações em relação às atividades da USF, bem como de orientações sobre assuntos de relevância à saúde. Além disso, em geral os Pastores são líderes que servem de exemplo e incentivo junto aos demais, ensinando formas melhores de se viver. (E4)*

*A religião católica atua de forma bem expressiva junto às crianças, através da Pastoral. A equipe inclusive trabalha em parceria e neste espaço são realizadas informações, orientações, acompanhamento do desenvolvimento ponderal e nutricional das mesmas, além do fornecimento de alimentos, multi-mistura e até roupas para as pessoas com maior necessidade. (E4)*

Há ainda outras instituições na área de abrangência da USF São José, fundadas mais recentemente, as quais possuem importância social e sanitária. Exemplifica-se com a Sociedade Espírita Luz no Caminho Dr. Fernando do Ó, criada em 1992, a qual realiza trabalhos doutrinários e grupos de estudo, além de atender às crianças entre 5 e 14 anos, com renda per capita de até 80 reais mensais, os quais estudem em escola pública, desenvolvendo atividades de reforço escolar, aulas de informática, yoga e alimentação. A Igreja Pentecostal Missão Autêntica, fundada em 1998, localizada em uma microárea de estrato social mais baixo, tem como objetivo ajudar os mais necessitados, prevenir o uso de drogas e a prostituição infantil. Idealiza também servir refeições e evangelizar a população. É financiada por recursos de dízimo voluntário e pela família do pastor.

Em relação à *rede de ensino*, a localidade possui uma escola estadual e duas municipais. Existe também uma creche municipal, que visa dar suporte às mães para exercerem atividades profissionais, aumentando a renda familiar e, ainda, propiciando um ambiente tranquilo para as crianças. Acredita-se que hoje a população tenha vagas suficientes para a demanda da comunidade, conforme a fala das ACS e moradores. No entanto, sabe-se que algumas microáreas ficam distantes das escolas da localidade, fazendo com que os estudantes procurem escolas mais próximas de suas residências.

O relato apresentado permite visualizar as possibilidades que estão à disposição das equipes para desenvolvimento de ações intersetoriais no território, visto que a realidade social apresenta problemas de saúde, em sua maioria, complexos. A intersectorialidade é uma maneira de superar a fragmentação das políticas públicas, rompendo o limite do olhar setorial em busca da construção de um espaço comunicativo que possibilite a resolução de problemas complexos<sup>(10)</sup>.

## DIMENSÕES DOS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE

A seguir são apresentadas as dimensões dos determinantes sociais da saúde reveladas na pesquisa, bem como a influência nas questões de saúde. Inicialmente abordam-se as mudanças ambientais que afetam o processo saúde-doença dos indivíduos, considerando a discussão acerca da interface saúde e meio ambiente na atenção básica indispensável.

Com relação à *água consumida* pelos moradores, a maioria é proveniente do sistema público de abastecimento, fornecida pela Companhia Riograndense de Saneamento (CORSAN), o que pode ser comprovado pelas entrevistas e também pelo SIAB (93,71%). Em algumas entrevistas, foi constatada a presença de poços artesianos, poços convencionais e até o uso de água de nascentes para consumo. Nestes casos, a qualidade da água pode ser questionável, tendo em vista que nem sempre são realizados testes na água.

*[...] na minha área tem poço artesiano, a gente está sempre orientando que façam teste na água, na qualidade da água (EA3).*

*A água é poluída, totalmente poluída, mau odor, cheiro forte, mosquitos bastante [...] e eu cansei de levar isso aí à secretaria de saúde (MO5).*

O percentual de pessoas sem acesso à rede pública de água é pequeno. Entretanto, não é admissível a presença ainda de água não potável, destacando a responsabilização do gestor municipal. A questão da qualidade da água deve ser enfatizada, não somente devido à veiculação de vetores transmissores de doenças, mas tendo uma compreensão ampliada de atenção primária, abrangendo a dimensão ambiental no processo de saúde dos indivíduos e comunidades, implicando a promoção da saúde ambiental local<sup>(11)</sup>.

Outra questão importante diz respeito à problemática do destino do *lixo doméstico*. Segundo dados do SIAB, o lixo é recolhido pela prefeitura em 95,5% das residências, no entanto, pelas entrevistas, alguns problemas são listados.

*Em relação ao lixo, há coleta, no entanto o caminhão não chega bem perto de algumas casas, faltando um pouco de organização da comunidade para conseguir que isso ocorra, ou instalar um recipiente adequado que consiga*

*armazenar os resíduos de várias casas, até que a coleta seja realizada. (E4)*

*O lixo até que está considerável, de regular a bom, que temos a coleta três vezes por semana e quando dá um problema é que a própria comunidade não colabora em entregar tudo direitinho para colocar nas lixeiras. (EA1)*

Pelos relatos, a coleta de lixo é realizada três vezes por semana. O poder público é apontado como responsável pelo serviço deficiente em face de não tornar viável que o veículo coletor de lixo possa chegar a todas as moradias. Entretanto, os moradores também são indicados como corresponsáveis pelo problema.

A comunidade em estudo não possui *rede de esgoto*, a destinação dos dejetos humanos é feita em fossa séptica e em alguns casos não há destinação nenhuma, neste caso os dejetos são colocados em qualquer lugar, e espalhados pelas chuvas.

*O esgoto na minha área não tem tratamento, nos dias de chuva é horrível, há inundações que acontece, o pessoal chora bastante, aquilo ali é um mau cheiro. (EA3)*

*As condições de esgoto aqui é mais fossa, até tem esgoto a céu aberto, mais é fossa, ali mesmo passa um esgoto a céu aberto. (MO4)*

Faz-se necessário destacar a responsabilização do poder público nas lacunas de oferta de ações de saneamento básico apontadas pelos moradores. Somando-se ao fato da baixa cobertura populacional da ESF e do mapeamento sanitário, que ainda apresenta vazios assistenciais, trabalhar na área da saúde como campo ambiental é um desafio. Tal desafio perpassa o significado da expressão atenção primária como uma estratégia de ação ambiental, calcada na prevenção e participação em nível local. Reconhece o direito do ser humano de viver em um ambiente saudável e o de ser informado sobre a influência dos problemas ambientais na sua saúde, bem-estar e sobrevivência, como corresponsável na proteção, conservação e recuperação ambiental e da saúde<sup>(11)</sup>. No entanto, isso não elimina a ação do Estado de prover essas obrigações.

No decorrer da pesquisa, outras dimensões dos determinantes sociais da saúde foram identificadas, como a alfabetização da comunidade, as condições socioeconômicas, a

fonte de renda, o desemprego existente e o meio de transporte mais utilizado pelos moradores.

Quanto ao índice de *alfabetização*, as informações do SIAB mostram que 96,32% das pessoas maiores de 15 anos são alfabetizadas. Esse dado é relevante, pois o nível de instrução da população está intimamente ligado às questões de saúde, manifestando-se de diferentes formas, seja na percepção dos problemas de saúde, na capacidade de entendimento das informações sobre saúde, na adoção de estilos de vida saudáveis, no consumo e utilização dos serviços de saúde e na adesão aos procedimentos terapêuticos<sup>(2)</sup>.

Em relação às *condições socioeconômicas*, a comunidade também é bem heterogênea, há moradores com alto poder aquisitivo, de classe média e outros muito pobres, porém a classe média predomina. A *fonte de renda* é diversificada, coerente com a heterogenidade das condições socioeconômicas. Nos estratos sociais mais elevados, as pessoas são proprietárias de empresas, trabalham na prestação de serviços ou possuem emprego formal, já nos estratos sociais mais baixos, predomina o emprego e atividades informais. O crescimento constante do setor informal é um dos importantes problemas sociais e econômicos gerados pelos avanços tecnológicos do nosso país, que passou de uma economia agrária e de mineração para uma economia industrial, com ênfase no comércio e serviço<sup>(2)</sup>.

Sobre a *renda recebida*, destaca-se que os informantes responderam não ser suficiente para suprir as necessidades básicas nas famílias de estrato social mais baixo. Esse dado foi constatado nos relatos de quatro moradores, cinco ACS e de todos os demais integrantes da equipe de saúde que fizeram parte da pesquisa. O Programa Bolsa Família foi citado como uma forma de complementar a renda das famílias mais carentes. Este programa tornou-se um dos principais instrumentos de combate à fome e de garantia do direito humano à alimentação no Brasil, e em muitas famílias pobres de nosso país é a única forma de obtenção de fonte de renda<sup>(12)</sup>.

Segundo 16 informantes-chave, a comunidade também possui *pessoas desempregadas*, que se mantêm predominantemente por meio de empregos

temporários e informais. Assim, os moradores não possuem renda e emprego fixos, o que pode influenciar negativamente nas questões de saúde. Nessa perspectiva, a pesquisa revelou que o desemprego está associado a uma pior condição de saúde entre adultos brasileiros. Os trabalhadores formais apresentam os melhores indicadores de saúde, já os indivíduos que estão fora do mercado de trabalho possuem piores condições de saúde e maior utilização dos serviços de saúde<sup>(13)</sup>. Dessa forma, faz-se necessário considerar a situação de trabalho como um agravante para as desigualdades em saúde.

O meio de transporte mais utilizado pelos moradores da comunidade é o transporte coletivo (ônibus). A oferta do serviço depende da localização das microáreas, naquelas localizadas perto das rodovias a oferta é satisfatória. Já nas microáreas mais afastadas das rodovias, os moradores encontram dificuldades para utilizar o serviço, precisam deslocar-se muito para chegar aos pontos de ônibus, dificultando o acesso dos usuários à USF e das crianças às escolas.

Aos achados acima sobre a oferta do transporte coletivo soma-se o fato de a equipe de saúde ter mencionado que os moradores da redondeza da USF possuem melhores condições socioeconômicas, enquanto as microáreas mais afastadas apresentam poder aquisitivo baixo. A heterogeneidade ocorre até mesmo dentro da maioria das microáreas. Com isso, pode-se dizer que alguns moradores encontram dificuldades quanto à acessibilidade aos serviços de saúde, devido à localização geográfica e às condições socioeconômicas de algumas microáreas. A acessibilidade aos serviços de saúde considera a distância que o usuário percorre para chegar a uma porta de entrada da rede de atenção, os obstáculos físicos existentes, limites ou facilidades de locomoção e os custos implicados no deslocamento<sup>(14)</sup>. Por esta razão, o acesso necessita ser parte do planejamento em saúde local, a fim de definir ações que sejam coerentes com as realidades das comunidades<sup>(15)</sup>.

Essas disparidades socioeconômicas têm influência nas questões de saúde, uma vez que requerem um planejamento em saúde mais elaborado, reconhecendo as pessoas em todas as suas vulnerabilidades e necessidades. Entretanto, deve lembrar-se que a distribuição desigual vista

aqui pode ser comparada a de nosso país, refletindo a lógica de que a situação geral de saúde de uma nação não é medida a partir de sua riqueza total, mas pela maneira como ela se distribui<sup>(2)</sup>. Dessa forma, o planejamento e a programação local devem prever ações que contribuam para mudar a realidade, lutando contra o *status quo*.

No entanto, para a realização de planejamento viável e efetivo, é imprescindível que se realizem ações de caráter intersetorial, protagonizadas pelo Estado, juntamente com os profissionais e usuários do sistema público de saúde de cada localidade, a fim de possibilitar a resolução dos diversos problemas que afetam a vida das pessoas, de maneira condizente com sua realidade.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo realizado na área de abrangência da USF São José permitiu conhecer sua origem, formação e características atuais com vistas ao planejamento em saúde. Os resultados aqui apresentados revelaram um território singular, que é ao mesmo tempo complexo e heterogêneo. Convive-se com grandes disparidades socioeconômicas e também culturais, já que a comunidade que era inicialmente rural se transformou em urbana, não havendo mais uma etnia predominante, como em seu início. Esse dinamismo e complexidade deveriam ser levados em consideração em todas as ações em saúde ali desenvolvidas.

A utilização do SIAB se demonstrou frágil e insuficiente para fins de planejamento e tomada de decisões, apresentando-se como limite importante desta pesquisa. Além disso, pode-se afirmar que a equipe tem um grande desafio ao exercer essa atividade na USF. Precisa-se esclarecer que o município em questão ainda não havia efetuado concurso público para as equipes da ESF. Assim, ao ser terminada esta pesquisa, a equipe, que foi sujeito dela, já não trabalha no local, com exceção dos ACS, já concursados. Portanto, espera-se que esse compilado de resultados auxilie as equipes que hoje estão designadas para a tarefa, e as que ainda assumirão o espaço.

Esta investigação traz à tona as implicações do planejamento em saúde na comunidade, bem

como os desafios que equipes das ESFs, não só as do território, assumem ao desenvolverem seu trabalho no cenário da atenção básica. Assim, transformar as práticas em saúde em ações

singularizadas e comprometidas com os princípios e diretrizes do SUS exige dos trabalhadores um conhecimento profundo da realidade e uma atitude implicada.

## CONSTITUTION AND PROFILE OF A COMMUNITY ASSISTED BY THE FAMILY HEALTH STRATEGY

### ABSTRACT

The objective was to know the socio-economic profile, and the constitution of the community, aiming to subsidize health care planning. It is a qualitative, descriptive research. The data collection consisted in the use of Rapid Participative Assessment and as data source field observation, interviews with key-informants and document analysis were used. It occurred in 2008 in the coverage area of São José Family Health Unit, in Santa Maria, Rio Grande do Sul. The data was analyzed through content analysis. The survey results describe the formation, constitution, community features and dimensions of social determinants of health. The conformation of the community reveals a singular territory, while complex and heterogeneous, favoring the intersectoral approach. The unveiled social determinants of health enabled the identification of vulnerabilities, great social, economic and cultural disparities. Such dynamics and complexity should be considered in all actions in health developed in the area, mainly in the local planning.

**Keywords:** Community health planning. Primary health care. Unified health system. Nursing.

## CONSTITUCIÓN Y PERFIL DE UNA COMUNIDAD ATENDIDA POR ESTRATÉGIA DE SALUD FAMILIAR

### RESUMEN

El objetivo fue conocer el perfil socioeconómico y la formación de la comunidad pretendiendo auxiliar la planificación en salud. Se trata de una investigación cualitativa y descriptiva. Para la recolección de datos, se utilizó la Estimativa Rápida Participativa, utilizando como fuente de datos observación de campo, entrevistas con informaciones-clave y análisis documental. Ocurrió en el año 2008, en el área de la Unidad de Salud de la Familia São José, de la ciudad de Santa Maria, Rio Grande do Sul. Los datos fueron trabajados por medio del análisis de contenido. Los resultados de la investigación describen la formación, constitución, recursos de la comunidad y dimensiones de los determinantes sociales de la salud. La conformación de la comunidad revela un territorio singular, al mismo tiempo complejo y heterogéneo, favoreciendo la intersectorialidad. Los determinantes sociales de la salud encontrados permitieron identificar vulnerabilidad, grandes disparidades socioeconómicas y también culturales. Este dinamismo y complejidad deberían ser considerados en todas las acciones en salud allí desarrolladas, principalmente en la planificación local.

**Palabras clave:** Planificación en salud comunitaria. Atención primaria a la salud. Sistema único de salud. Enfermería.

## REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS. Painel de Indicadores do SUS [on-line]. Brasília (DF). 2006. [citado 2011 jul 10]. Disponível em: <http://www.fiocruz.br/redeblh/media/indicadsus1.pdf>
2. Ministério da Saúde (BR). As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil: relatório final da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde [on-line]. Brasília (DF); 2008 [citado 2011 jul 10]. Disponível em: <http://www.cndss.fiocruz.br/pdf/home/relatorio.pdf>
3. Ministério da Saúde (BR). Rede Interagencial de Informação para a Saúde. Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações [on-line]. Rede Interagencial de Informação para a Saúde - Ripsa. 2. ed. Brasília (DF): Organização Pan-Americana da Saúde, 2008. [citado 2011 jul 12]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/livroidb/2ed/apresent.pdf>

4. Tancredi FB, Barrios SRL, Ferreira JHG. Planejamento em Saúde [on-line]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 1998. [citado 2011 jul 12]. Disponível em: <http://www.saude.mt.gov.br/adminpublicacao/arquivo/Saude%20e%20Cidadania%20Volume02.pdf>
5. Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006 (BR). Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). [on-line]. [citado 2011 ago 12]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM648\\_20060328.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM648_20060328.pdf)
6. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 11. ed. São Paulo: Hucitec; 2010.
7. Conselho Nacional de Saúde (BR). Resolução 196/96. Pesquisa em Seres Humanos, Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1996.
8. Santin S. A imigração esquecida. Caxias do Sul: EDUCS; 1986.

9. Hobsbawm E. Era dos extremos: o breve século XX: 1914-1991. Tradução Marcos Santarrita. São Paulo: Companhia das Letras; 1995.
10. Silva KL, Rodrigues AT. Ações intersetoriais para promoção da saúde na Estratégia Saúde da Família: experiências, desafios e possibilidades. *Rev bras enferm.* 2010; 63(5):762-9.
11. Cezar-Vaz MR, Muccillo-Baisch AL, Soares JFS, Weis AH, Costa VZ, Soares MCF. Concepções de enfermagem, saúde e meio ambiente: abordagem ecossistêmica da produção coletiva de saúde na atenção básica. *Rev latino-am enfermagem.* 2007 [citado 2011 jul 15]; 15 (3):418-25. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n3/v15n3a09.pdf>
12. Zimmermann CR. Os programas sociais sob a ótica dos direitos humanos: o caso do Bolsa Família do Governo Lula no Brasil. *Sur Rev int direitos human.* 2006 [citado 2011 ago 8]; 3 (4):144-59. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sur/v3n4/08.pdf>
13. Giatti L, Barreto SM, Cesar CC. Trabalho sem proteção social, desemprego e saúde em regiões metropolitanas brasileiras, 1998 e 2003. *Cad saúde pública.* 2008 [citado em 2011 ago 12]; 24 (10):2396-2406. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n10/20.pdf>
14. Silva Júnior ES, Medina MG, Aquino R, Fonseca ACF, Vilasbôas ALQ. Acessibilidade geográfica à atenção primária à saúde em distrito sanitário do município de Salvador, Bahia. *Rev bras saúde matern infant.* 2010; 10(supl 1):49-60.
15. Nonnenmacher CL, Weiller TH, Oliveira S G. Acesso à saúde: limites vivenciados por usuários do SUS na obtenção de um direito. *Cienc cuid saúde.* 2011 abr-jun; 10(2):248-255.

---

**Endereço para correspondência:** Maria de Lourdes Denardin Budó. Av. Roraima, 1000. Cidade Universitária. Bairro Camobi. CEP. 97105-900. Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil.

**Data de recebimento:** 28/10/2011

**Data de aprovação:** 18/11/2013