

**SAÚDE E VULNERABILIDADE SOCIAL: DISCUTINDO A NECESSIDADE DE
AÇÕES COMUNITÁRIAS COM BASE EM INDICADORES SOCIAIS NO
MUNICÍPIO DE TAQUARA/RS****HEALTH AND SOCIAL VULNERABILITY: DISCUSSING THE NEED FOR
COMMUNITY ACTIONS BASED ON SOCIAL INDICATORS IN THE CITY OF
TAQUARA / RS****SALUD Y VULNERABILIDAD SOCIAL: DISCUTIR LA NECESIDAD DE
ACCIONES COMUNITARIAS BASADAS EN INDICADORES SOCIALES EN EL
MUNICIPIO DE TAQUARA/RS**

Edemilson Pichek dos Santos¹
Roberto Tadeu Ramos Morais²
Dilani Silveira Bassan³

RESUMO

O objetivo geral deste artigo é analisar os indicadores sociais do município de Taquara (Rio Grande do Sul, Brasil) discutindo acerca das intervenções realizadas em uma comunidade em situação de vulnerabilidade social, na perspectiva da saúde, enquanto direito humano fundamental. Como metodologia se utilizou um estudo exploratório-descritivo. Realizou-se um levantamento dos indicadores sociais no município de Taquara, localizado no Vale do Paranhana (RS); a partir da obtenção dos dados, procedeu-se a análise descritiva e, paralelamente, a reflexão com base nas intervenções realizadas. Os resultados permitiram propor dois eixos temáticos, através dos quais foram realizadas as discussões: a) direitos humanos no território dos excluídos: desvelando os indicadores sociais; b) experiência de Intervenções em um território com vulnerabilidades sociais: desvelando a necessidade de práticas de cuidados e cidadania. Por fim, se conclui que a experiência de exercer a saúde no território demonstra que não é possível ignorar outros setores do âmbito social, requer a articulação de vários serviços e esferas governamentais. Faz-se necessária atuação veemente junto às autoridades municipais-regionais para fortalecer a execução de políticas públicas que visem às necessidades da população.

Palavras-chave: Desenvolvimento Regional. Enfermagem. Indicadores de Saúde. Políticas Públicas. Relações Comunidade-Instituição.

¹Mestrando em Desenvolvimento Regional. Acadêmico das Faculdades Integradas de Taquara (FACCAT). Taquara. Rio Grande do Sul. Brasil. E-mail: edemilson@sou.faccat.br. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9539-3238>

²Doutor em Desenvolvimento Regional. Professor das Faculdades Integradas de Taquara (FACCAT). Taquara. Rio Grande do Sul. Brasil. E-mail: masprm@faccat.br. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2533-0834>

³Doutora em Desenvolvimento Regional. Professora das Faculdades Integradas de Taquara (FACCAT). Taquara. Rio Grande do Sul. Brasil. E-mail: bassandilani@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2223-9827>

ABSTRACT

The general objective of this article is to analyze the social indicators of the municipality of Taquara (Rio Grande do Sul, Brazil) discussing about the interventions carried out in a community in a situation of social vulnerability from the perspective of health as a fundamental human right. A survey of social indicators was carried out in the municipality of Taquara, located in Vale do Paranhana (RS); after obtaining the data, a descriptive analysis was carried out and, in parallel, reflection based on the interventions performed. The results allowed to propose two thematic axes, through which the discussions were held: a) human rights in the territory of the excluded: unveiling the social indicators; b) Experience of Interventions in a territory with social vulnerabilities: unveiling the need for care and citizenship practices. Finally it is concluded that the experience of exercising health in the territory demonstrates that it is not possible to ignore other sectors of the social sphere, it requires the articulation of various services and governmental spheres. It is necessary to act strongly with the municipal-regional authorities to strengthen the implementation of public policies aimed at the needs of the population.

Key words: Regional development. Nursing. Health Indicators. Public policy. Community-Institutional Relations.

RESUMEN

El objetivo general de este artículo es analizar los indicadores sociales del municipio de Taquara (Rio Grande do Sul, Brasil), debatir sobre las intervenciones llevadas a cabo en una comunidad en situación de vulnerabilidad social, desde la perspectiva de la salud, como un derecho humano fundamental. Este es un estudio exploratorio descriptivo. Se realizó una encuesta de indicadores sociales en el municipio de Taquara, ubicado en Vale do Paranhana (RS); a partir de la recopilación de datos, se realizó un análisis descriptivo y, en paralelo, una reflexión basada en intervenciones. Los resultados permitieron proponer dos ejes temáticos, a través de los cuales se sostuvieron debates: a) derechos humanos en el territorio de los excluidos: presentación de indicadores sociales; b) Experiencia de intervenciones en un territorio con vulnerabilidades sociales: desvelando la necesidad e atención y prácticas de ciudadanía. Finalmente, se concluye que la experiencia de ejercer la salud en el territorio demuestra que no es posible ignorar otros sectores de la esfera social, requiere la articulación de diversos servicios y esferas gubernamentales. Es necesario actuar fuertemente con las autoridades municipales-regionales para fortalecer la implementación de políticas públicas dirigidas a las necesidades de la población.

Palabras clave: Desarrollo regional. Enfermería. Indicadores de salud. Políticas públicas. Relaciones Comunidad-Institucionales.

Como citar este artigo: SANTOS, Edemilson Pichek dos; MORAIS, Roberto Tadeu Ramos; BASSAN, Dilani Silveira. Saúde e vulnerabilidade social: discutindo a necessidade de ações comunitárias com base em indicadores sociais no município de Taquara/RS. **DRd - Desenvolvimento Regional em debate**, v. 10, p. 885-904, 11/08/2020. DOI: <https://doi.org/10.24302/drd.v10i0.2849>

Artigo recebido em: 13/05/2020

Artigo aprovado em: 30/07/2020

Artigo publicado em: 11/08/2020

1 INTRODUÇÃO

A vulnerabilidade social associada as dificuldades de saúde pública no Brasil é recorrente. O país apesar de possuir um dos mais robustos sistemas de saúde do mundo ainda peca na sua execução. Nesse sentido, os municípios que são o elo mais sensível possuem fragilidades para atender as demandas comunitárias do seu território, entre as quais é possível destacar o reduzido número de médicos e especialidades por região; a falta de equipamentos e medicamentos, a falta de leitos para atendimento condizente, entre outros. Monitorar através dos indicadores sociais é uma salvaguarda para a implementação de ações mais adequadas.

Situações de vulnerabilidade e desigualdade, na perspectiva da saúde e assistência social, dizem respeito à condição suscetível de seres humanos, face às desvantagens para a mobilidade social, que os impedem de galgar melhores patamares relacionados à qualidade de vida, uma vez que a cidadania destes se encontra comprometida (CARMO; GUIZARD, 2018).

O processo de globalização, resultante especialmente da economia de mercado, acarretou fortes discrepâncias entre as condições de vida, saúde e bem-estar social, com desafios qualitativamente novos para as sociedades, as instituições e os atores (SILVA, 2019). Nesse sentido, a busca da superação das desigualdades sociais, fortalecendo as regiões a partir do empoderamento dos atores sociais para a busca de soluções, constitui ferramenta potente para o enfrentamento dos problemas (SCALCON, 2016)

Contudo, o papel do Estado tem sofrido várias transformações com o passar do tempo. Diante da crescente expansão da democracia, intensificaram-se as responsabilidades do Estado, principalmente, no que tange a fatores relacionados à promoção do bem-estar social (DRUCK, 2016). As fragilidades na atenção a esses aspectos afetam diretamente a sociedade, e têm constituído um grande desafio no cenário contemporâneo, pressupondo a necessidade e desenvolvimento de ações que atendam, de forma direta, diversas e diferentes áreas, como educação, saúde, habitação, assistência social, meio ambiente, entre outras.

No Brasil, o Estado tem papel central como responsável pela garantia de recursos que assegurem direitos básicos para a população, como saúde, educação e habitação. Através da elaboração, implementação e controle de políticas públicas que garantam o acesso universal aos serviços prestados, contando com a participação popular (PESSOTO, RIBEIRO e GUIMARÃES, 2015). Em nível municipal, os dados fornecidos por meio dos indicadores sociais são fundamentais para acompanhar e facilitar a resolução de problemas sociais. Contudo, somente a partir da Constituição Federal de 1988, é que houve destaque, no sentido de atender às classes sociais menos favorecidas, e quando programas e ações focalizados em grupos mais vulneráveis, entraram na agenda da política social e garantiram direitos sociais (VAITSMAN; ANDRADE; FARIAS, 2009).

Nesse sentido, para a formulação e/ou implementação de políticas públicas, é fundamental o uso de indicadores sociais, como instrumentos que permitem a operacionalização das demandas, de interesse programático, na área social. A utilização de indicadores permite realizar análises que objetivam o desenvolvimento do planejamento público e de formulação das políticas públicas, uma vez que apontam, aproximam, indicam, e traduzem em termos operacionais, as dimensões sociais. Possibilita, ainda, o monitoramento das condições de vida da população (JANNUZZI, 2014).

Assim, os indicadores mostram-se essenciais para a elaboração de diagnósticos situacionais, e, em geral, são elaborados a partir dos censos demográficos do IBGE ou das pesquisas amostrais, como a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD). Com o retrato amplo e detalhado da realidade, torna-se possível uma melhor orientação, no sentido de priorizar programas que padecem de maior urgência de implementação, e de ações e estratégias devem ser desenvolvidas, segundo Jannuzzi (2014).

Frente a esse cenário, percebe-se que análises regionais e municipais, principalmente em realidades de vulnerabilidade social, tornam-se fundamentais para possibilitar ações inovadoras, capazes de engajar os diversos atores sociais e as esferas representativas do Estado. Essa conjuntura anuncia a necessidade de diálogo entre diversas áreas do conhecimento, sejam elas sociais, políticas, econômicas, geográficas, e outras que possibilitem inovações, por meio das mudanças nas relações sociais que atendam às necessidades humanas (COGO; DALABRIDA, 2015).

Tem-se nas Instituições de Ensino Superior (IES) lócus em potencial estratégico para a promoção de tais articulações, uma vez que estas, por sua própria natureza e segmento, têm a tarefa primária de produzir conhecimentos aplicáveis a processos de geração e distribuição de riquezas. Estas, assumem a cada dia, a responsabilidade e o compromisso de contribuir com a formação de pessoas conscientes do seu papel na sociedade, mediante desenvolvimento de competências que permitam aos seus egressos, vislumbrar novas oportunidades e ultrapassar as barreiras da estagnação, encaminhem ações criativas e propositivas em prol da transformação de realidades (CALDERÓN, GOMES e BORGES, 2016). Assim, retratar e refletir situações de desigualdade e vulnerabilidade nos espaços de formação e desenvolvimento profissional, para além de promover discussões a nível científico, contribuem para a exploração da discussão sobre o tema.

A nível gerencial, estimulando a análise sobre os processos decisórios e estratégias de enfrentamento das desigualdades sociais; favorece o movimento de aproximação entre academia, serviço e comunidade, rompendo com ações de cunho assistencialista, e criando contextos de aprendizagem disruptivos, os quais contribuam para o desenvolvimento social sustentável.

Diante da problemática apresentada, questiona-se: Como o uso de indicadores sociais pode contribuir para a melhoria da saúde e a redução da vulnerabilidade social no município de Taquara/RS? Com base nestes questionamentos, objetiva-se com este artigo, analisar os indicadores sociais do município de Taquara e suas relações com as ações de saúde empreendidas por acadêmicos em uma comunidade em situação de vulnerabilidade social ao longo do ano de 2018. O município de Taquara está localizado no Vale do Paranhana, Rio Grande do Sul, integrante da Região Metropolitana de Porto Alegre (RMPA), distante 72 Km

da capital, Porto Alegre e se caracteriza como um polo regional em diversas áreas, como comércio, serviços e o setor de ensino.

O presente artigo contém quatro seções, sendo a primeira esta introdução. Na segunda seção se apresenta o delineamento da pesquisa com os métodos e procedimentos utilizados. Os resultados e a sua discussão se encontra na terceira seção e, por fim, as conclusões do estudo.

2 MÉTODOS

Trata-se de um estudo exploratório descritivo, o qual teve como cenário o município de Taquara, Rio Grande do Sul, situado na Região do Vale do Paranhana. Trata-se do município mais antigo da região, que compõe a mesorregião metropolitana de Porto Alegre, RS, Brasil, e que apresenta localização geográfica privilegiada, constituindo-se ponto de articulação estratégica entre regiões de importância econômica do Estado (Serra, Litoral, Região Metropolitana e Vale do Rio dos Sinos) (MORAIS; BASSAN, 2011).

O estudo foi estruturado em dois momentos distintos. No primeiro momento, foi realizado o levantamento de indicadores sociais nos sítios do IBGE, do Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil, da Fundação de Economia e Estatística do Estado do Rio Grande do Sul (FEE), no período de agosto e setembro de 2018. Para fins deste estudo, selecionaram-se as seguintes variáveis: IDHM (Índice de Desenvolvimento Humano Municipal - *Longevidade, Educação e Renda*), demografia, educação, renda, trabalho, habitação e vulnerabilidade, realizou-se a análise descritiva.

Em um segundo momento, foram sistematizadas algumas das experiências realizadas ao longo da pesquisa-ação desenvolvida em atividades comunitárias empreendidas no âmbito de desenvolvimento do projeto matricial “Gestão da prática clínica na atenção primária à saúde: sistematização e proposições para a qualificação da assistência de enfermagem no município de Taquara-RS”, aprovado em Comitê de Ética em Pesquisa (CAAE:71701517.6.0000.8135). Em termos gerais, as atividades comunitárias nortearam-se por princípios de reorganização da Atenção Primária à Saúde (APS), pautadas no estabelecimento de vínculo entre acadêmicos, equipe de saúde e comunidade, sendo realizadas ações em descrição à população do território, mediante territorialização e diagnóstico situacional, e cadastramento das famílias e indivíduos, em aplicação da ferramenta de estratificação de risco “Escala de Risco Familiar de Coelho e Savassi” (ERF-CS). As ações selecionadas para este estudo foram realizadas no período de março a julho de 2017, tinham periodicidade semanal, e envolveu professores e acadêmicos de uma IES local, equipe de saúde do território de abrangência, voluntários de uma Organização Não-Governamental (ONG) inserida na comunidade, e pessoas da comunidade.

3 RESULTADOS E DISCUSSÕES

A região onde se insere o município de Taquara apresenta diversos fatores que influenciam seu desenvolvimento, destaca-se as especializações produtivas nos setores primários, secundários e terciários. O município de Taquara palco do estudo é o mais antigo do Vale do Paranhana, e originou outros três municípios: Igrejinha, Parobé e Três Coroas. Taquara também é considerado um polo regional, oferecendo parcela expressiva de prestação de serviços para os municípios satélites. Para a análise dos indicadores sociais e a formulação de políticas públicas, faz-se necessária a avaliação e comparação dos indicadores de toda a região e, ainda da unidade maior, neste caso, o estado do Rio Grande do Sul e cujos resultados, são apresentados em dois tópicos, a seguir.

3.1 SITUAÇÕES DE DESIGUALDADE E VULNERABILIDADE COM BASE EM INDICADORES SOCIAIS: DESVELANDO UM CENÁRIO DE EXCLUSÃO

As análises de indicadores sociais de determinada região são fundamentais ao desvelamento dos múltiplos fatores que fragilizam o sujeito no exercício de sua cidadania, sendo fundamental essa compreensão, para o desenvolvimento de práticas comunitárias com vistas à produção e desenvolvimento no campo da saúde.

Ao considerar o contexto histórico para a análise dos indicadores sociais, a Tabela 1 apresenta o número populacional dos municípios, que compõem a região do Vale do Paranhana em comparação com o Rio Grande do Sul.

Tabela 1 – População total por municípios, Taquara/RS, Brasil, 2019.

Municípios	População total 1991	População total 2000	População total 2010	Estimativa população 2018
Igrejinha	20.514	26.767	31.660	36.450
Parobé	31.995	44.776	51.502	57.660
Riozinho	3.389	4.071	4.330	4.629
Rolante	14.795	17.851	19.485	21.199
Taquara	42.467	52.825	54.643	57.292
Três Coroas	15.087	19.430	23.848	27.837
Rio Grande do Sul	9.138.670	10.187.798	10.693.929	11.329.605

Fonte: Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil (Brasil, 2015a)

Verifica-se que entre 1991 e 2000, a população do município de Taquara cresceu a uma taxa média anual de 2,45%, já entre os anos 2000 e 2010, visto o crescimento da taxa média anual de 0,34%. Entretanto, verifica-se que foi o município com menor taxa de crescimento populacional, apesar de ser o mais antigo do Vale do Paranhana. Apesar do crescimento populacional inferior ao da região, Taquara apresentou taxas de crescimento superiores às do Rio Grande do Sul.

Como já mencionado anteriormente, a região destaca-se pela localização geográfica privilegiada, sendo ponto de ligação entre regiões de importância econômica no Rio Grande do Sul (Serra, Litoral Norte, Região Metropolitana e Vale do Rio dos Sinos). Sua importância econômica, distingue-se pelos setores de comércio, prestação de serviços, ensino e saúde. Na região, observa-se que as cidades de maior concentração populacional no ano de 2010 são Taquara, Parobé e Igrejinha.

A atração populacional, para os municípios de Parobé e Igrejinha, relaciona-se com a cadeia industrial do calçado. Além disso, o município de Igrejinha conta com uma fábrica de bebidas, com expressividade nacional (BASSAN, 2017). Já Taquara conta com a presença de uma Instituição de Ensino Superior (IES) que apresenta uma grande movimentação de estudantes da região e regiões limítrofes, sendo este, um fator de atração populacional. A maior concentração de população no meio urbano da região, se dá pelo fato de possuir setores como indústria, comércio e serviços, que atraem os indivíduos em busca de emprego, renda e, por consequência, melhor qualidade de vida.

A renda per capita média de Taquara cresceu 58,81% nas últimas duas décadas, de 1991 a 2010, conforme apresentado na Tabela 2. Isso equivale, a uma taxa média anual, de crescimento nesse período de 2,46%. Em variação absoluta, a renda per capita de Taquara, cresceu R\$ 129,67 entre 1991 e 2000, e R\$ 193,04 entre 2000 e 2010. Considerando o período de 1991 a 2010, a renda per capita de Taquara cresceu R\$ 322,71.

Tabela 2 - Renda per capita mensal dos municípios. Taquara/RS, Brasil (2019)

Municípios	Renda per capita 1991	Renda per capita 2000	Renda per capita 2010
Igrejinha	461,22	615,29	848,23
Parobé	399,06	479,00	625,40
Riozinho	255,78	402,88	587,62
Rolante	295,34	470,18	656,75
Taquara	548,71	678,38	871,42
Três Coroas	405,84	604,95	799,41
Rio Grande do Sul	507,61	708,12	959,24

Fonte: Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil (BRASIL, 2015a)

Taquara é o município da região que apresenta a maior renda per capita, no ano de 2010, porém inferior à renda per capita do Estado, o que indica fragilidades socioeconômicas daquele, especialmente ao levar em conta que em 1991 a renda per capita do município era superior à do Estado. Entretanto verifica-se que o VAB (Valor adicionado bruto) apresenta um decréscimo para o período. Considerando ainda que, entre 1991 e 2010, apenas Parobé apresentou variação absoluta de renda per capita inferior à de Taquara, os demais tiveram taxas superiores, sendo que Três Coroas obteve a maior variação, salienta-se que há fragilidades que necessitam de maior atenção no município central deste estudo. A diferença da renda final em comparação aos demais municípios apresenta-se pelo fato deste ser um polo da região, onde concentra-se o maior número de prestação de serviços.

No entanto, cada município deve ser tratado, de acordo com a sua estrutura produtiva, sendo que as diferenças entre os municípios, podem revelar distintas estruturas geradoras de riqueza, de vulnerabilidade social e até mesmo de pobreza. Essas diferenças, não são aprofundadas nesta pesquisa, uma vez que não é objetivo, identificar as suas causas.

A proporção de pessoas pobres, ou seja, com renda domiciliar per capita inferior a R\$ 140,00, tendo como base valores de agosto de 2010, passou de 16,18%, em 1991, para 10,70%, em 2000, e para 4,81%, em 2010. A evolução da desigualdade de renda, nesses dois períodos, pode ser descrita através do Índice de Gini, apresentado na Tabela 3, que passou de 0,52, em 1991, para 0,53, em 2000, e para 0,50, em 2010.

Tabela 3 – Renda, Pobreza e Desigualdade. Taquara/RS, Brasil (2019)

	1991	2000	2010
Renda per capita	548,71	678,38	871,42
% de pobres	16,18	10,70	4,81
% de extremamente pobres	4,55	2,92	1,19
Índice de Gini	0,52	0,53	0,50

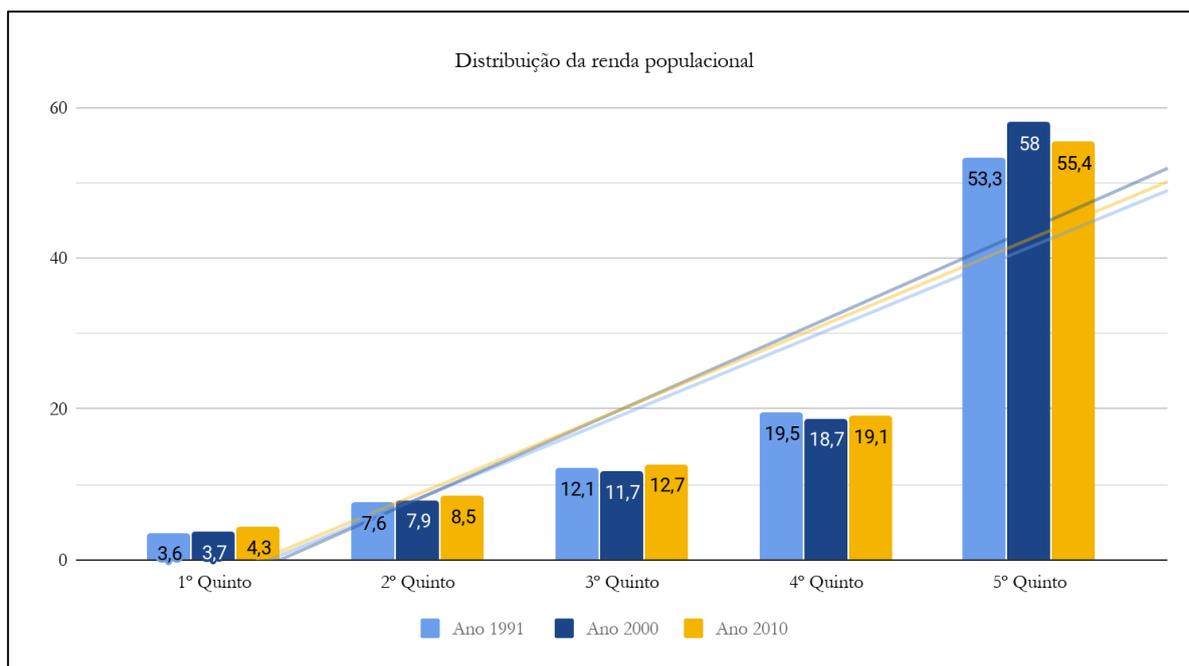
Fonte: Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil (BRASIL, 2015a)

Por meio desses dados, verifica-se uma variância negativa para desigualdade social, pois os indicadores apresentam um aumento na primeira década analisada, e na década seguinte uma redução, posto que, passou de 0,52 em 1991 para 0,50 em 2010. Em comparação com o Rio Grande do Sul (RS), Taquara apresenta-se menos desigual, visto que em 2010, o estado apresentava seu Gini⁴ em 0,54. Corroboram com esses resultados a análise dos percentuais que dizem respeito à proporção de renda e os quintis populacionais, presentes na Figura 1. Verifica-se que, em 2010, enquanto no primeiro quintil, 20% da população detém somente 4,34% da renda total do município, no outro extremo, os 20% mais ricos dominam 55,4% da renda total. Além disso, em 2010, o município apresentava um índice de 1,19% de pessoas extremamente

⁴ Ressalta-se que o Índice de Gini é um instrumento usado para medir o nível de concentração de renda, e mostra a diferença entre a renda dos mais pobres e dos mais ricos.¹¹ Varia de 0 a 1, sendo 0 a situação de igualdade total e 1 à completa desigualdade.

pobres em relação a uma população total de 54.643 habitantes naquele ano. Ainda segundo os dados coletados, verifica-se que havia uma taxa de 16,89% de população em vulnerabilidade à pobreza para o mesmo ano (BRASIL, 2015a). Por meio dessa análise, é possível constatar que os indicadores sociais são variáveis que estão diretamente relacionadas à redução da vulnerabilidade social, a qual pode ocorrer por aumento da renda per capita.

Figura 1 – Distribuição da renda do município de Taquara por quintos da população, Taquara, Brasil (2019)



Fonte: Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil (BRASIL, 2015a)

No que se refere à educação e à vulnerabilidade social, os indicadores destacam que do ano de 2000 para o ano de 2010, conforme a Tabela 4, houve um aumento significativo da quantidade de crianças de 0 a 5 anos na escola, em todos os municípios da região e no estado. No entanto, em 2010, os índices de crianças fora da escola ainda eram muito elevados e preocupantes. Particularmente, Taquara, com relação ao percentual verificado pelo censo de 2010, 35% é um índice alarmante porque com base nos dados do Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil, no ano de 2010, o município possuía 4.301 crianças nesta faixa etária (BRASIL, 2015a).

Assim, este percentual aponta que 2.796 crianças não estavam frequentando a escola, demonstrando um grande déficit de acesso de crianças, nessa faixa etária, à escola. Esses dados indicam ao poder público municipal, responsável pela educação infantil, que está diante de um desafio, para dar acesso e estrutura suficiente a toda essa população. Destaca-se que no Brasil, os municípios são responsáveis por fornecer a educação de base, ou seja: creches (até 3 anos), pré-escolas (educação infantil; 4 e 5 anos) e o ensino fundamental (7 a 14 anos).

Tabela 4 – Percentual de crianças de 0 a 5 anos na escola em 2000 e 2010. Taquara/RS, Brasil (2018)

Municípios	% de 0 a 5 anos escola 2000	% de 0 a 5 anos escola 2010
Igrejinha	11,5	37
Parobé	14,4	24
Riozinho	18,4	60
Rolante	25,9	47
Taquara	13,7	35
Três Coroas	23,2	39
Rio Grande do Sul	16,3	35,38

Fonte: Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil (Brasil, 2015a)

Ao analisar os indicadores sociais relacionados à educação infantil, conclui-se que o município de Taquara apresenta desempenho preocupante nos índices educacionais. Nesse sentido, vale ressaltar que é importante apresentar esses dados, para chamar a atenção do poder público na promoção de ações ou programas que minimizem esses fatores preocupantes. Há expectativa de melhoria no quadro educacional para o próximo levantamento, visto que em 2013, por meio da Lei Federal nº 12.769, passou-se a exigir a obrigatoriedade da matrícula de crianças aos quatro anos de idade no ensino fundamental (BRASIL, 2015b).

Os indicadores de mortalidade infantil, são calculados verificando, entre mil crianças nascidas vivas, quantas morreram antes de completar um ano de vida. Os índices de mortes infantis são utilizados como parâmetros, pois existe maior risco de mortalidade nesta etapa da vida, e, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o índice considerado aceitável é de 10 mortes para cada mil nascimentos. Esses indicadores, também são utilizados para facilitar a comparação entre diferentes países ou regiões (RIPSA, 2008). É possível observar, nos dados apresentados na Tabela 5, que a cada nova contagem do censo demográfico, houve diminuição dos casos de mortalidade infantil, e, em 2010, Taquara não apresentava números preocupantes, estando dentro do padrão aceitável, segundo dados apresentados no Atlas do Desenvolvimento Humano do Brasil (2015a). Destaca-se, ainda, que apresentou melhores resultados que o próprio estado.

Tabela 5 – Mortalidade infantil em 1991, 2000 e 2010. Taquara, RS, Brasil (2019)

	Mortalidade infantil 1991	Mortalidade infantil 2000	Mortalidade infantil 2010
Igrejinha (RS)	19,71	19,10	9,60
Parobé (RS)	17,90	15,30	8,90
Riozinho (RS)	17,90	12,20	9,00
Rolante (RS)	22,20	20,40	13,00
Taquara (RS)	14,60	13,90	9,15
Três Coroas (RS)	24,48	22,80	13,10
Rio Grande do Sul	22,53	16,71	12,38

Fonte: Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil (BRASIL, 2015a)

Nos indicadores relacionados ao desenvolvimento humano, o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) no Brasil, considera as mesmas dimensões do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) global, que são: longevidade, renda e educação. Observa-se na Tabela 6, que houve uma evolução do IDHM no período analisado, em todas as localidades, a cada novo censo demográfico. Em 2010, Taquara apresentou um resultado considerado alto na faixa de desenvolvimento humano, juntamente com os municípios de Igrejinha, Parobé e Três Coroas e com o Estado do Rio Grande do Sul, enquanto os demais municípios, Rolante e Riozinho apresentaram resultados considerados médio (BRASIL, 2015a).

Tabela 6 – Índice de Desenvolvimento Humano Municipal em 1991, 2000 e 2010. Taquara, RS, Brasil (2019)

	IDHM 1999	IDHM 2000	IDHM 2010	IDHM Renda 2010	IDHM Longevidade 2010	IDHM Educação 2010
Igrejinha (RS)	0,481	0,603	0,721	0,749	0,876	0,571
Parobé (RS)	0,444	0,6	0,704	0,700	0,886	0,562
Riozinho (RS)	0,420	0,568	0,661	0,690	0,885	0,472
Rolante (RS)	0,444	0,595	0,688	0,708	0,830	0,553
Taquara (RS)	0,537	0,651	0,727	0,754	0,880	0,579
Três Coroas (RS)	0,478	0,61	0,710	0,740	0,829	0,584
Rio Grande do Sul	0,542	0,664	0,746	0,769	0,840	0,642

Fonte: Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil.¹¹

O cálculo do IDHM Renda, considera a renda per capita dos residentes em determinado lugar, medindo a capacidade média de aquisição de bens e serviços dos habitantes do local de referência, para manter suas necessidades básicas (BRASIL, 2015a). Nota-se uma evolução deste indicador, a cada nova coleta de dados do censo demográfico. Somente um município apresenta índice com nível médio, os demais apresentam índice classificado como alto.

O IDHM Longevidade considera os anos médios de vida que os cidadãos de determinada localidade vão viver a partir do nascimento. Desta forma, quanto mais anos de vida de cada pessoa, maior será o índice de longevidade. Calcula-se este índice por meio da idade máxima e mínima, respectivamente, 85 anos e 25 anos. Para os indicadores relacionados ao desenvolvimento humano, é necessária uma reflexão acerca de sua importância nas dimensões renda, educação e saúde. São necessárias avaliações da administração pública que priorizem ações que promovam a melhoria das variáveis, em especial a dimensão Educação, que compõem o IDHM (BRASIL, 2015a).

O IDHM Educação apresenta baixo desempenho quando se relaciona o % de jovens com 18 anos ou mais com fundamental completo. Nesse quesito a razão entre a população de 18 anos ou mais de idade que concluiu o ensino fundamental em qualquer de suas modalidades (regular seriado, não seriado, EJA ou supletivo e o total de pessoas nesta faixa etária, é baixa (48,41%), segundo PNUD (2010).

Com isso, verifica-se que as ações de distintos atores sociais, sobre fatores ligados ao processo de desenvolvimento regional, subsidiam a compreensão do território. Interligados o contraste social, as diferenças territoriais, os avanços tecnológicos e econômicos, perpassam a evolução do desenvolvimento social, e impactam nas reais necessidades dos cidadãos.

O índice de vulnerabilidade social (IVS) construído a partir de três dimensões, a saber: a) infraestrutura urbana; b) capital humano e, c) renda e trabalho é outra forma de dimensionar a exclusão e a vulnerabilidade social no Brasil. As faixas do IVS são: 0 a 0,200 – muito baixa vulnerabilidade social; 0,201 a 0,300 – baixa vulnerabilidade social; 0,301 a 0,400 – média vulnerabilidade social; 0,401 a 0,500 – alta vulnerabilidade social e, 0,501 a 1 – muito alta vulnerabilidade social. A Tabela 7 apresenta o IVS do município de Taquara para os anos 2000 e 2010.

Tabela 7 - Índice de Vulnerabilidade Social em 2000 e 2010, Taquara, RS, Brasil (2020)

Município	IVS	Infraestrutura Urbana	Capital Humano	Renda e Trabalho
Taquara 2000	0,271	0,068	0,414	0,331
Taquara 2010	0,194	0,046	0,313	0,223

Fonte: Atlas, IVS (2020)

Se percebe que o IVS apresentou melhorias em todas as dimensões ao longo da década 2000-2010. Comparado ao Brasil cujo IVS (2010) é de 0,326 o município de Taquara apresenta leve vantagem. Nesse período o IVS relacionado ao capital humano se desloca de alta

vulnerabilidade para média e na dimensão renda e trabalho sai de média vulnerabilidade para baixa vulnerabilidade social.

3.2 O DESENVOLVIMENTO DE PRÁTICAS COMUNITÁRIAS EM CENÁRIO DE VULNERABILIDADE SOCIAL: MOBILIZ (AÇÕES) EM PROL DA CIDADANIA

As reflexões apresentadas foram elaboradas a partir do desenvolvimento de ações comunitárias realizadas mediante processos de territorialização e diagnóstico situacional na área de abrangência de uma Estratégia de Saúde da Família (ESF) localizada no município investigado, entre os meses de março e julho de 2017. A comunidade localiza-se em um bairro periférico do município, e apresenta arranjos sociais que denotam situação de vulnerabilidade social, falta de saneamento básico e problemas habitacionais. Dentre os principais problemas habitacionais que afligem esse território estão as irregularidades fundiárias, carência e deficiência de infraestruturas urbanas, localização de domicílios em situação de risco, em áreas suscetíveis a alagamentos e/ou de proteção ambiental, estruturas domiciliares precárias, famílias numerosas convivendo em domicílios com espaços residenciais diminutos, ou ainda a coabitação de mais de uma família em uma mesma moradia. Estes problemas concentram-se, predominantemente, na periferia da mancha urbana⁵, frequentemente habitada por população com renda de até três salários mínimos per capita com características de ocupação recente (MORAIS e BASSAN, 2011). Quando se faz a leitura atenta do IVS se verifica que as três subcategorias da infraestrutura urbana apresentam muito alta vulnerabilidade social em 2010, isto é, 1) o % de pessoas em domicílios com abastecimento de água esgoto sanitário inadequado (1,10); 2) % da população que vive em domicílios urbanos sem os serviços de coleta de lixo (0,62) e, 3) % de pessoas que vivem em domicílios com meio salário mínimo (de 2010) e que gastam mais de uma hora até o trabalho (1,53).

O desenvolvimento das intervenções, partiu da premissa inicial, de que os profissionais do serviço de saúde seriam referência para as intervenções que envolvessem a assistência prática, em parceria com os docentes e acadêmicos na produção de referências teóricas. As intervenções constituíram-se espaços de reflexão e produção de conhecimento, a partir da problematização e registro de experiências nos processos de trabalho dos profissionais da ESF, configurando um modo de aproximação entre a Universidade e os serviços de saúde.

Ressalta-se que a nova organização da atenção em saúde, estabelecida pelo Ministério da Saúde (MS), designa a ESF como principal ordenadora da APS, e assume a premissa de levar saúde para perto das famílias, sendo a porta de entrada para a Rede de Atenção à Saúde (BRASIL, 2011). Essa nova estratégia, proporciona maior contato do sistema de saúde com a vida das pessoas, assim como facilita o reconhecimento do território e das demandas em saúde existentes em uma coletividade, na própria comunidade. Além disso, favorece a formação de vínculos entre profissionais de saúde e população assistida. Atuam nesse cenário, equipes multidisciplinares, que têm como princípios de reorganização: a adscrição da população do território, o vínculo entre população e equipes, a territorialização, o diagnóstico situacional do território, mediante cadastramento das famílias e indivíduos, e o planejamento baseado na

⁵ Indica os limites da cidade, dentro do qual encontram-se as áreas construídas, os aglomerados urbanos, entre outros.

realidade local, que permite a organização de ações de saúde coerentes com as necessidades da população (ALBUQUERQUE et al. (2017).

Dentre os profissionais da equipe multiprofissional na APS, o enfermeiro destaca-se por sua atuação nas ações de promoção da saúde, sendo importante que essas ações sejam geridas de maneira a conhecer a população, bem como as situações de necessidades e vulnerabilidades do território. Entre as atividades realizadas pelo enfermeiro junto à comunidade, destaca-se a visita domiciliária (VD) que constitui ferramenta estratégica à atuação do enfermeiro na APS, trazendo benefícios à assistência da família e conferindo visibilidade à realidade do território mediante identificação dos riscos à saúde e potencialidades locais (Gomes, Fracolli e Machado, 2015), o que favorece a gestão da prática clínica nessas visitas.

Para que atenda plenamente suas funções, a VD deve ser previamente planejada e realizada de forma sistematizada, sendo necessário o levantamento e avaliação das condições clínicas e socioeconômicas do indivíduo e seus familiares, priorizando residências com maiores vulnerabilidades, e elaborando um plano de cuidado específico para cada caso (KEBIAN; ACIOLI, 2014).

No contexto de incorporação da ESF, torna-se fundamental a figura do Agente Comunitário de Saúde (ACS), visto que sua atuação vai além do espaço físico reservado ao serviço de saúde, cujo intuito é de se aproximar dos contextos existenciais dos usuários. Além de ser um membro integrante do território, conhecedor da realidade vivida pela população, enriquece o nível de informações sobre a saúde da comunidade adstrita, ao sair do serviço de saúde e ir até o usuário, aproximando-se do seu modo de viver (ALBUQUERQUE et al., 2017). Os ACS atuam diretamente com a equipe de saúde, sendo o elo principal entre a comunidade e a unidade de saúde, com a função de identificar as necessidades, orientar e encaminhar, quando necessário, devendo ter habilidades e competências para isso.

Os ACS desempenham vários trabalhos junto à comunidade, como: realização do mapeamento de sua área, por meio da visita domiciliar; acompanhamento mensal de todas as famílias sob sua responsabilidade; cadastramento das famílias e atualização permanentemente desses cadastros; desenvolvimento de ações de educação e vigilância à saúde, com ênfase na promoção da saúde e na prevenção de doenças; identificação de indivíduos e famílias expostas à situações de risco, bem como áreas de risco; orientação junto às famílias para utilização adequada dos serviços de saúde, encaminhando e agendando consultas, exames e atendimento odontológico (BRASIL, 2017). Além disso, a atual Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) estabelece novas atividades aos ACS, a serem realizadas em caráter excepcional, assistidas por profissional de saúde de nível superior, membro da equipe, após treinamento específico e fornecimento de equipamentos adequados, em sua base geográfica de atuação, encaminhando o paciente para a unidade de saúde de referência (BRASIL, 2017).

No âmbito deste estudo, salienta-se que a comunidade pertence a uma microárea desassistida pela ESF, portanto não dispõe de ACS para atender essa população, dando os subsídios necessários estabelecidos pelo MS, conforme preconiza a Política Nacional da Atenção Básica (COLEHO e SAVASSI, 2004). Desta forma, é deficitário o acesso a orientações, que visem à prevenção, promoção e reabilitação da saúde. Consequentemente, não havia cadastramento/adscrição adequado dos moradores, sinalizando a necessidade de atualização dos dados da população pertencente à comunidade, assim como dos recursos de

informação que a Unidade de Saúde dispõe para prestar atenção à saúde de maneira efetiva a esta comunidade.

Devido à falta de atuação de ACS no local, uma vez que essa área estava sem cobertura da ESF, realizou-se inicialmente o cadastramento e atualização da “Ficha A” do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). Mediante a análise situacional, foram diagnosticados cenários de vulnerabilidade biopsicossocial, passíveis de intervenção. Muitos moradores não trabalhavam, alguns encontravam-se restritos ao domicílio, por algum tipo de deficiência ou distúrbio psíquico. Várias pessoas idosas, e um grande número de crianças desnutridas, sem condições adequadas de higiene. Além disso, torna-se agravante o descaso dos órgãos governamentais e esquecimento urbano, há aproximadamente vinte anos, passando por várias gestões políticas que perpetuam a condições e problemas identificados nessa microárea.

É elevado o índice de usuários de drogas, tabagismo e álcool, e grande o número de relatos de violência sexuais e doméstica. Condições de saneamento precárias, com esgoto e fossas sépticas céu aberto, utilização de água de poço artesiano não tratadas. As casas são construídas pelos próprios moradores, sem planta arquitetônica ou estrutura segura, muitas construídas uma ao lado da outra, sem espaço entre elas e sem ventilação, conforme IVS já apresentados anteriormente. Os cômodos nem sempre são separados por paredes. O número de moradores é geralmente mais elevado que o número de cômodos. As ruas são estreitas, com grande quantidade de lixo espalhado em meio ao esgoto a céu aberto.

Realizou-se, ainda, a identificação de vulnerabilidade dessa população através da Escala de Risco Familiar de Coelho Savassi (ERF-CS). Trata-se de um instrumento aplicado às famílias adscritas a uma ESF, com o intuito de determinar seu risco social e de saúde, refletindo o potencial de adoecimento de cada núcleo familiar (COELHO; SAVASSI, 2004). Utiliza-se os dados presentes na ficha A do SIAB e outros, disponíveis na rotina das ESF (MENEZES et al., 2012) para indicar a vulnerabilidade da população.

A aplicação da Escala, favoreceu a organização da atenção domiciliar, para as famílias de maior risco de vulnerabilidade. Além disso, a aplicação da escala pelos acadêmicos envolvidos no projeto de intervenção, por meio do processo de estratificação de risco das famílias pertencentes a comunidade, evidenciou-se que a categorização do risco familiar permite direcionar as ações mediante critérios definidos. A classificação do risco familiar, possibilitou determinar a frequência das visitas domiciliares, pelos diferentes profissionais de saúde que atuam na ESF, priorizando as famílias mais vulneráveis, as quais deverão ser assistidas com mais atenção e cujo acompanhamento deverá ocorrer em intervalos mais curtos que o das outras famílias. Tais resultados possibilitaram o planejamento adequado das ações programáticas e melhoria da qualidade da assistência.

Foram desenvolvidas ações de educação e vigilância à saúde, com ênfase na promoção da saúde e na prevenção de doenças, e orientações às famílias para acesso aos serviços de saúde. Cabe ressaltar que mesmo sabendo de seus direitos, os próprios moradores, vivem em situação de comodidade com a realidade e, muitas vezes, aceitam a situação em que vivem, deixando de buscar recursos na própria ESF que atende a comunidade, assim como, nos demais órgãos públicos.

Entretanto, o grande desafio para o aprimoramento da ESF, condiciona-se a fatores complexos e que exigem maiores esforços político-institucional, e que requer, paralelamente,

ações de planejamento com participação social nas questões organizativas de modo a atender às reais necessidades da população, a fim de garantir a atenção de forma integral para o alcance do equilíbrio adequado, entre a necessidade comunitária e em tempo oportuno, para enfrentar os determinantes sociais (ARANTES, SHIMIZU e MERCHÁN-HAMANN, 2016).

Por meio das intervenções realizadas, os acadêmicos tiveram oportunidade de estabelecer uma rede de relações com a comunidade, que mesmo de forma dubiente, participaram do planejamento e da execução das atividades, contribuindo com o seu processo educacional, e assumindo, portanto, contribuição ímpar no processo pedagógico de futuros enfermeiros e no processo de cuidado em enfermagem e saúde. Esses processos tornam-se fundamentais, uma vez que, debater e identificar tais determinantes junto à comunidade é fundamental, especialmente quando se relacionam os cuidados e direitos em saúde e direitos sociais, buscando assegurar que todos tenham oportunidade de acesso e de garantia de direitos sociais universais (FERRERA et al., 2018).

É essencial que as IESs busquem a formação de profissionais de saúde, baseados no desenvolvimento de competências profissionais, em dimensões que extrapolem o âmbito técnico-científico, tornando-os instruídos para capacidade de compreensão política, sobre a realidade de vida da população. Nessa perspectiva enfatiza-se que a utilização de dados de fontes distintas, para uma análise com método de investigação e interpretação de um território, possibilita a verificação dos contrastes do território, seus condicionantes, suas tendências e seus movimentos dominantes.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Torna-se possível observar, com base nos indicadores, que o recorte utilizado para o estudo do município investigado apresenta problemas críticos que situam a condição de vulnerabilidade social como fator marcante, presente na realidade observada. a quantidade expressiva de pessoas com renda per capita muito baixa, um percentual alto de pessoas com baixa escolaridade, assim como o difícil acesso e permanência na escola. Mesmo com os indicadores, apontando uma melhora nas condições de pessoas vulneráveis à pobreza, verifica-se ainda, um expressivo número de pessoas em condições precárias de condições sociais e de saúde, conforme dados expostos do IVS (2010).

Os indicadores, não apresentam, de forma congruente, as vivências na realização das intervenções. Isso pode ser explicado em razão da diferença temporal, entre os indicadores coletados e a realização das ações. Em todos estes indicadores, o município em tela foi o que menos se desenvolveu em relação às diferenças sociais, dentre aqueles situados no Vale do Paranhana, ocupando a pior posição no ranking de acesso de crianças à escola. Os resultados são preocupantes, ilustrando uma clara defasagem no Índice de Desenvolvimento Humano. Este panorama endossa a condição de desigualdade social, impactando diretamente na atuação do Estado, que precisa desempenhar importante papel na promoção de soluções para os problemas da sociedade.

Além disso, a experiência de atuação, de fazer saúde no território, demonstra que não é possível ignorar que a saúde está envolvida com vários setores sociais, implicando desta forma,

numa proposta de articulação com outros serviços e esferas governamentais. Dessa forma, a interlocução do SUS, com outras políticas sociais, é imprescindível, quando se atua numa perspectiva de prevenção e promoção de saúde, e não apenas de tratamento à doença.

A redução da pobreza e das desigualdades sociais é crucial para o desenvolvimento humano e, conseqüentemente, para o desenvolvimento municipal e regional. Nesse âmbito, as situações de vulnerabilidade apresentadas, sugerem a atuação, tanto de profissionais de saúde, quanto das demais áreas do conhecimento, guiado por competências, que expressam a necessidade de adotar visão sistêmica, frente às demandas de assistência às necessidades de uma comunidade.

Além disso, faz-se necessário que se atue de forma veemente, junto às autoridades municipais e regionais, para fortalecer a construção de políticas públicas, que visam as necessidades da população. Este estudo traduziu-se simplesmente numa tentativa de conferir visibilidade à situação atual da região, para que novas intervenções sejam pensadas, em articulação com esferas públicas e atores sociais, em prol de melhorias na qualidade de vida e saúde da população.

Assim, sugere-se a aplicação de novas ações, programas ou políticas sociais, que contribuam para a redução da vulnerabilidade social, e que novas pesquisas sejam realizadas, de modo a contribuir e aprofundar a discussão sobre os indicadores sociais regionais, como forma de mensurar o desenvolvimento humano e, de modo constante, a ação governamental, em todas as esferas - municipal, estadual e federal - para que estes atuem diretamente na redução da pobreza, da vulnerabilidade e da desigualdade social.

AGRADECIMENTOS

CAPES - Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, M. V. et al. Desigualdades regionais na saúde: mudanças observadas no Brasil de 2000 a 2016. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 4, p. 1055-1064, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232017002401055&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 19 mar. 2019.
- ARANTES, L. J.; SHIMIZU, H. E. MERCHÁN-HAMANN E. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 5, p. 1499-1510, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232016000501499&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 19 mar. 2019.

BASSAN, D. S. **Mobilidade espacial**: a dinâmica das migrações e a trajetória dos migrantes na região do Vale do Paranhana/RS, Brasil. Santa Cruz. 2017. Tese (Doutorado em Desenvolvimento Regional) - Universidade de Santa Cruz do Sul. Santa Cruz, 2017.

BRASIL, Atlas. **Atlas do desenvolvimento humano no Brasil**. Consulta de Indicadores 2015. Disponível em: <<http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/consulta/>>. Acesso em: 30 mar. 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria N. 2.488 de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 30 mar. 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html>. Acesso em: 30 mar. 2019.

_____. Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação. **Programas: Proinfância**. 2015. Disponível em: <<http://www.fnde.gov.br/index.php/programas/proinfancia/proinfancia-apresentacao>>. Acesso em: 30 mar. 2019.

CALDERÓN A. I.; GOMES, C. F.; BORGES R. Responsabilidade social da educação superior: mapeamento e tendências temáticas da produção científica brasileira. **Revista Brasileira de Educação**, v. 21, n. 66. p. 653-679. 2016. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/rbedu/v21n66/1413-2478-rbedu-21-66-0653.pdf>>. Acesso em: 30 mar. 2019.

CARMO, M. E.; GUIZARDI, F. L. O conceito de vulnerabilidade e seus sentidos para as políticas públicas de saúde e assistência social. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, p. 1-14, 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/csp/v34n3/1678-4464-csp-34-03-e00101417>>. Acesso em: 26 fev. 2019.

COELHO, F. L. G.; SAVASSI, L. C. M. Aplicação de Escala de Risco Familiar como instrumento de priorização das Visitas Domiciliares. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 1, n. 2, p. 19-26. 2004. Disponível em: <<https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/104>>. Acesso em: 26 fev. 2019.

COGO, E. L.; DALLABRIDA, V. R. Descentralização e participação social: constatações e análises comparativas em experiências brasileiras de descentralização político-administrativa. **REDES: Revista do Desenvolvimento Regional**, v. 20, n. 1, p. 36-51. 2015. Disponível em: <<https://online.unisc.br/seer/index.php/redes/article/view/3186>>. Acesso em: 25 mar. 2019.

DRUCK, G. A terceirização na saúde pública: formas diversas de precarização do trabalho. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 14, p. 15-43, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462016000400015>. Acesso em: 25 mar. 2019.

FERREIRA, G. E. et al. Intervenções comunitárias em enfermagem: intersectorialidade, formação empreendedora e desenvolvimento regional em saúde. **Redes: Revista do Desenvolvimento Regional**, v. 23, n. 3, p. 317-335, 2018. Disponível em: <<https://online.unisc.br/seer/index.php/redes/article/view/12182>>. Acesso em: 25 mar. 2019.

GOMES M. F. P.; FRACOLLI, L. A.; MACHADO, B. C. Atenção domiciliar do enfermeiro na estratégia saúde da família. **O mundo da Saúde**, v. 39, n. 4, p. 470-75, 2015. Disponível em: <http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/155572/A08.pdf>. Acesso em: 25 mar. 2019.

JANNUZZI, P. M. **Indicadores socioeconômicos na gestão pública**. 3. ed. rev. atual. Florianópolis. Departamento de Ciências da Administração. UFSC; Brasília: CAPES: UAB, 2014. Disponível em: <<https://educapes.capes.gov.br/bitstream/capes/145410/1/PNAP%20-%20Modulo%20Basico%20-%20GPM%20-%20Indicadores%20Socioeconomicos%20na%20Gestao%20Publica.pdf>>. Acesso em: 25 mar. 2019.

KEBIAN, L. V. A.; ACIOLI, S. A visita domiciliar de enfermeiros e agentes comunitários de saúde da Estratégia Saúde da Família. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiás, v. 16, n. 1, p. 161-9, 2014. Disponível em: <<https://revistas.ufg.br/fen/article/view/20260>>. Acesso em: 25 mar. 2019.

MENEZES, A. H. R. et al. Classificação do risco familiar segundo escala de Coelho e Savassi—um relato de experiência. **Ciência cuidado e saúde**, Maringá, v. 11, n. 1, p. 190-195, 2012. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/18877>>. Acesso em: 04 abr. 2019.

MORAIS, R. T. R.; BASSAN, D. S. Cenários prospectivos para o plano municipal de habitação: estudo de caso no município de Taquara/RS. In: CONFERÊNCIA EM PLANEJAMENTO REGIONAL E URBANO DA UNIVERSIDADE DE AVEIRO; 1. 2011. Aveiro. **Anais...**, 2011, Aveiro, Portugal, 2011.

PESSOTO, U. C., RIBEIRO, E. A. W.; GUIMARÃES, R. B. The role of the state in health public policies: an overview of the debate on the concept of State and the Brazilian case. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 9-22, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902015000100009&script=sci_arttext&tlng=es>. Acesso em: 30 mar. 2019.

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÃO PARA A SAÚDE (RIPSA). **Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações**. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/livroidb/2ed/indicadores.pdf>>. Acesso em: 30 mar. 2019.

SCALON, C., SALATA, A. Desigualdades, estratificação e justiça social. **Civitas: Revista de Ciências Sociais**, Porto Alegre, v. 16, n. 2, p. 179, 2016. Disponível em: <<https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/civitas/article/view/24479>>. Acesso em: 30 mar. 2019.

SILVA, A.S. Agir na globalização: condições e orientações da ação coletiva. **Sociologia, Problemas e Práticas**, v. 84, p. 121-138, 2019. Disponível em: <<https://journals.openedition.org/spp/3145>>. Acesso em: 04 abr. 2019.

VAITSMAN, J.; ANDRADE, G. R. B. D.; FARIAS L. O. Proteção social no Brasil: o que mudou na assistência social após a Constituição de 1988. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 3, p. 731-741, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232009000300009&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 04 abr. 2019.